

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2013

Прямая линия с Президентом Российской Федерации
В.В. Путиным

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. Скворцова провела видеоселекторное совещание
с руководителями здравоохранения регионов

Отдельные вопросы реализации программы
государственных гарантий

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION»**

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2013**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 2013

Рецензируемый научно-практический журнал.

Издание входит в перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.В. Юрин – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

О.В. Андреева – Начальник Инспекции Счетной палаты РФ

по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение и за бюджетом ФОМС, д.м.н., профессор

П.В. Бреев – Советник Председателя ФОМС

А. Гиуффрида – Старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)

С.А. Карчевская – Заместитель Председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

Д. Лангенбрюннер – Ведущий экономист Всемирного банка

по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научно-исследовательской работе национального НИИ общественного здоровья РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – Директор Московского городского фонда ОМС,

академик РАМН, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – Заместитель Председателя ФОМС

В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор, академик

РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царёва – Начальник Управления модернизации системы ОМС

ФОМС, к.м.н.

И.М. Шейман – Профессор кафедры управления и экономики

здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики

здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

В.В. Повод – Начальник Управления правовой и международной

деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 08.05.2013 года, Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм, Объем: 74 полосы

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А, Тел.: (499) 488-87-03

E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)

Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2013

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия

Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 2, 2013

Peer-reviewed scientific practical journal.

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

A.V. Yurin – Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

O.V. Andreyeva – MD, PhD, Professor, the Account Chamber of the Russian Federation

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the FCHIF

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist with the World Bank (USA)

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University at the Higher School of Economics

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Drug Supply and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank,

PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, the Research Institute for Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, the Moscow City FCHIF

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, Vice-President of the Russian Academy

of Medical Sciences, Director of the Central Research Institute of Health Service Organization and Information

O.V. Tsaryova – MD, PhD, Head of the Department for

Modernization of OMI System, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for Public

Health Management and Economics of the National Research University at the

Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Scientific Director of the Institute of Public Health Economy

of the National Research University "Higher Institute of Economy", PhD, Dr.

Economic Sc.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International

FOMI Activity

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund

House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 08.05.2013, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 74 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow 127486, Russia Tel.: +7 (499) 488-87-03

E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)

Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance

in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2013

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observation in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation

Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Прямая линия с Президентом Российской Федерации
Владимиром Владимировичем Путиным.
Вопрос о ситуации в медицине 4

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. Скворцова провела видеоселекторное совещание
с руководителями здравоохранения регионов. 6

Н.Н. Стадченко
Отдельные вопросы реализации программы
государственных гарантий. 8

Информационное письмо Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 15 марта 2013 г. № 2361/26-и 12

В Минздраве России прошел День донора 14

Акция «Стань донором» прошла в Федеральном фонде
обязательного медицинского страхования 15

Новые кадровые назначения 16

СОВЕТ ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОМС

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС. . 18

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Н.А. Кравченко, А.В. Рагозин, В.Б. Розанов
Почему «голландская модель»
медицинского страхования не подходит России
N.A. Kravchenko, A.V. Ragozin, V.B. Rozanov
Why the «Dutch Model» of health insurance
is not suitable for Russia 24

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Антонио Гууффрида, Александр Кацага, Джон К. Лангенбруннер
Введение в систему клинико-статистических групп:
уроки для Российской Федерации
Antonio Giuffrida, Alexander Katsaga, John K. Langenbrunner
Introduction to the system of clinical and statistical groups:
lessons for the Russian Federation. 30

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

В.А. Поухало
Формирование корпоративной культуры безопасной
работы персонала с информационными ресурсами – основа
поддержания высокого уровня защищенности в сфере
обязательного медицинского страхования
V.A. Poikhalo
Formation of corporate culture for a safe work of personnel with
information resources - the basis of maintaining a high level of
protection in the field of obligatory medical insurance 40

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

Г.Б. Артемьева, И.А. Гехт
Диспансеризация населения – важный фактор
сохранения здоровья
G.B. Artemyeva, I.A. Gekt
Health Assessment of the Population as the Main Factor
of Health Preservation 44

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина
Уровень удовлетворенности застрахованных граждан при
получении медицинской помощи в Рязанской области
G.B. Artemyeva, E.V. Manukhina
Satisfaction level of insured citizens while getting
healthcare in the Ryazan region 50

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная
политика в СМИ. 56

НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ 71

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского стра-
хования от 13 февраля 2013 г. № 34 «О комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения
вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на
приобретение жилого помещения на 2013 год» (72)

Прямая линия с Президентом Российской Федерации Владимиром Владимировичем Путиным

25 апреля 2013 года, Москва



В прямом эфире «Первого канала», телеканалов «Россия 1» и «Россия 24», радиостанций «Маяк», «Вести FM» и «Радио России» вышла специальная программа «Прямая линия с Владимиром Путиным».

В рамках программы Президент Российской Федерации ответил на более чем 85 вопросов россиян по самым актуальным общественно-политическим темам.

Общая продолжительность программы составила 4 часа 47 минут.

Вопрос о ситуации в медицине

К.КЛЕЙМЁНОВ: Владимир Владимирович, у нас ещё очень много вопросов, мы почти не говорили о ситуации в медицине. Люди многие не могут разобраться в смысле перемен, которые происходят в этой отрасли. Я позволю себе прочесть одно из сообщений, которое пришло на прямую линию: «Непонятно зачем был придуман полис ОМС (обязательного медицинского страхования), если по нему можно только взять талончик на приём к врачу, а далее всё лечение, рецепты, лекарства, операции – только успевай отстёгивать наличные». И в дополнение люди спрашивают вообще, что будет бесплатным и на что хватит полиса ОМС?

В.ПУТИН: Чрезвычайно важный вопрос и очень острый. Изначально задумывалось, что реформа в сфере здравоохранения будет проходить путём внедрения новых стандартов лечения. Примитивно скажу – для людей, ко-

торые не погружены в этот материал. Укол раньше стоил от государства 100 рублей условно, при внедрении стандарта он будет стоить, тоже условно, не 100 рублей, а 150. И за это государство платит через систему ОМС. Это в том числе должно было привести и к повышению уровня заработных плат среди медицинских работников за счёт государственного финансирования. Это первая часть.

Вторая часть заключается в том, что у нас коечный фонд в Российской Федерации сопоставим, а в некоторых случаях – даже больше, чем в развитых экономиках мира. И по мере роста технологичности оказываемых медицинских услуг количество койко-дней должно сокращаться, потому что больничные койки – это не социальные койки, где люди просто отдыхают и поправляют здоровье, а это койки, предназначенные для определённого курса лечения, который должен закончиться положительным результатом, основываясь на современных методиках, и новых материалах, и новой медицинской технике. И в целом этот процесс правильный. Но что произошло? У

нас не разработано основное количество медицинских стандартов. Это первое.

Второе. Поскольку стандарты не разработаны, то в субъектах местные власти начинают внедрять по своему усмотрению, что является платным, а что бесплатным. То есть в целом мы наблюдаем довольно тревожный элемент, связанный с произволом в этой сфере, на что граждане справедливо обращают своё внимание, и Правительство должно на это очень быстро отреагировать. Нужно завершить работу по этим стандартам, чтобы было точно и ясно для всех понятно, что является обязательным и бесплатным, а на что медицинское учреждение может претендовать с точки зрения платности тех или иных услуг. Но эти стандарты связаны с поддержанием здоровья нации, они должны быть, в конце концов, сделаны.

Что касается коечного фонда, ведь там что происходит: начали сокращать не то, что нужнее, а то, что легче сокращать. И количество койко-дней уменьшают не по росту технологичности услуг, а чисто механически. В

каком-нибудь отдалённом посёлке или в деревне просто медицинские работники беззащитны, и легче там сократить. А попробуй в какой-нибудь крупной больнице что-нибудь сократи – шум, гам, близость к начальству, и вот там процесс заторможен.

А где людям вообще не к кому обратиться – это фельдшерские пункты. Вместо того, чтобы развивать эту систему, их начинают сокращать. Я тоже обратил на это внимание, в том числе и в ходе подготовки к сегодняшнему мероприятию. У нас ведь одной из целей преобразований в медицине за последние годы было как раз развитие фельдшерско-акушерских пунктов на селе. А их сокращать начали. Обращаю на это внимание и Правительства, и региональных властей.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова провела видеоселекторное совещание с руководителями здравоохранения регионов

20 марта 2013 года



**В. И. Скворцова, Министр
здравоохранения
Российской Федерации**

Министр отметила, что завершен серьезный этап работы - согласование «дорожных карт» для каждого из 83 регионов. Следующим этапом станет согласование блоков региональных программ развития здравоохранения до 2020 года. «Нужно активизировать эту работу: все региональные программы должны быть приняты до 1 апреля текущего года», - сказала Министр.

Представители Министерства здравоохранения совместно с ФОМС и Росздравнадзором начинают с 6 апреля выезжать в территории. Запланированы выезды в каждый федеральный округ, где будет проводиться защита региональных программ развития здравоохранения. Докладчиками будут выступать руководители региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Все блоки в каждой региональной программе должны быть согласованы с Минздравом России.

В «дорожных картах» должны быть определены задачи по снижению смертности и заболеваемости населения, реструктуризации инфраструктуры отрасли и самой системы организации медицинской помощи в каждом регионе.

Далее Министр обратила внимание на то, что при проведении оптимизации коечного фонда действия

руководителей в отдельных регионах не являются достаточно деликатными и комфортными для населения, какими должны быть. Особенно это касается сельской местности, пожилых людей. «В Ярославской области мы столкнулись с ситуацией, когда у местного населения имелись свои собственные пожелания к оказанию медицинской помощи, и эти пожелания совсем нетрудно было учесть. В результате они были учтены, но после того, когда создалась конфликтная ситуация», - сказала Министр. Она подчеркнула, что все нововведения проводятся для людей, а не для отчетности и статистики. Поэтому необходима кропотливая работа по созданию всех условий, в том числе и транспортных, если в небольших населенных пунктах закрываются несоответствующие современным требованиям медицинские учреждения. Нужна разъяснительная работа среди населения, чтобы все действия были правильно поняты и услышаны».

Далее Министр сказала, что в 2013 году впервые сделан переход к новой финансово-экономической модели на основе равного подушевого финансового норматива вне зависимости от того, где проживает гражданин – в городе или на селе. «Через систему ОМС мы воссоздали единый «государственный карман», в котором собраны

деньги, распределяемые на все население, независимо от того, какой посильный вклад вносит каждый регион в его формирование», - сказала Министр. По сравнению с 2012 годом объем этих средств вырос на 61%. В регионы ежемесячно идут субвенции, их общая сумма на 2013 год – 985,4 млрд. руб. Она выросла по сравнению с 2012 годом на 61%. Субвенции включают в себя суммы, необходимые для сохранения всех стимулирующих надбавок, предусмотренных в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональных программ модернизации здравоохранения. Сумма надбавок работникам в совокупном размере субвенции на 2013 год составляет 114,9 млрд. рублей. Кроме того существенно увеличены тарифы.

Таким образом, необходимый уровень заработной платы врачей абсолютно финансово обеспечен. Деньги до регионов доходят в большем объеме, чем прежде. Нет никаких оснований понизить зарплату хоть одному медработнику.

«Но в отдельных регионах идет искажение федеральной политики и то финансирование, которое государство доводит до региона, не доходит в результате до врачей и до получателей медицинских услуг. В каждом регионе должно быть проведено обсуждение этой ситуации», - сказала Вероника Скворцова. Она рекомендовала пересмотреть составы тарифных комиссий. В некоторых регионах представители профсоюзов, представители медицинских организаций до сих пор не входят в тарифные комиссии и не могут участвовать в решении важнейших вопросов, в том числе касающихся размеров заработной платы сотрудников. Отсюда возникают искажения. Вероника Скворцова попросила обратить на это самое пристальное внимание.

По поводу платных услуг Министр еще раз напомнила, что стандарты оказания медпомощи для взрослых на 2013 год финансово наполнены на 70%, что в отдельных случаях подразумевает привлечение средств от платных услуг, но для детей - на все 100%. Поэтому ни одному ребенку ни в одном регионе не может оказываться помощь за деньги. Если требуется какая-то эксклюзивная услуга, то средства на это могут быть найдены совместно с благотворительными организациями – Министерство сейчас плотно с ними взаимодействует.

«Благодаря конструктивному диалогу, который возник с благотворительными организациями, мы планируем совместно находить финансирование для тех эксклюзивных позиций, которые в настоящее время не являются частью стандартов. Но таких позиций немного. Все виды медицинской помощи, начиная от первичной и скорой медицинской помощи, входят в стандарты», - отметила Министр. - Что касается взрослого населения - на полный тариф мы выйдем к 2015 году, поэтому просьба - активизировать работу региональных тарифных комиссий. Тарифные комиссии должны очень грамотно с учетом объема финансовых средств и заболеваемости в каждом регионе формировать тарифы».

Министерство со следующего месяца начинает собирать из регионов данные по зарплате в разрезе каждого медицинского учреждения, а не по муниципалитетам или регионам в целом. Подробные отчеты по каждому учреждению. Эти отчеты будет анализировать не только Минздрав, но и другие заинтересованные госорганы.

«Минздрав налаживает общественный контроль через Народный фронт, через Росмолодежь, через все структуры, которые готовы нам помогать, через каждого конкретного жителя», - сказала Министр.

<http://www.rosminzdrav.ru/health/med-service/229>

Отдельные вопросы реализации программы государственных гарантий



**Н.Н. Стадченко, Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования**

Вопросы обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи актуальны для населения во всех странах мира. Наибольшую актуальность они имеют сегодня в связи с изменением законодательства в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

Право каждого гражданина России на охрану здоровья и медицинскую помощь, установленное статьей 41 Конституции Российской Федерации, реализуется в рамках программы государственных гарантий.

Медицинская помощь оказывается бесплатно гражданам за счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и для застрахованных лиц за счет средств обязательного медицинского страхования.

Таким образом, и застрахованные и незастрахованные граждане имеют возможность получить необходимую медицинскую помощь.

Объемы медицинской помощи и нормативы финансовых затрат установлены Постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

За счет средств обязательного медицинского страхования оказывается медицинская помощь застрахованным лицам по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования:

- Первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь;
- Скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);
- Специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологической медицинской помощи в 2013 и 2014 годах).

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации оказывается медицинская помощь не застрахованным лицам:

- по заболеваниям, входящим в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Застрахованным и не застрахованным лицам:

- При заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования (наркология, психиатрия, туберкулез, болезни, передающиеся половым путём, СПИД);
- Специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;
- Высокотехнологичная медицинская помощь;
- Паллиативная медицинская помощь.

Бесплатная медицинская помощь оказывается по следующим заболеваниям

В рамках базовой программы ОМС	За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ
<ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; 2) новообразования; 3) болезни эндокринной системы; 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ; 5) болезни нервной системы; 6) болезни крови, кроветворных органов; 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; 8) болезни глаза и его придаточного аппарата; 9) болезни уха и сосцевидного отростка; 10) болезни системы кровообращения; 11) болезни органов дыхания; 12) болезни органов пищеварения; 13) болезни мочеполовой системы; 14) болезни кожи и подкожной клетчатки; 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; 17) врожденные аномалии (пороки развития); 18) деформации и хромосомные нарушения; 19) беременность, роды, послеродовой период и аборт; 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период 	<ol style="list-style-type: none"> 1) инфекционные и паразитарные болезни, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита; 2) психические расстройства и расстройства поведения; 3) употребление психоактивных веществ, в том числе: профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ;

Случаи, не подлежащие оплате за счет личных средств граждан, установлены статьей 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно важных, лечебного питания по медицинским показаниям в соответствии со стандартами и порядками;
- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно важных – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям;
- размещение в маломестных палатах (боксах) пациентов – по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
- создание условий пребывания в стационарных условиях, при совместном нахождении одного из родителей или иного законного представителя с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- транспортные услуги при сопровождении пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в случае необходимости проведения такому пациенту диагностических исследований – при отсутствии возможности их проведения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациенту.

С 1 января 2013 года Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг установлены Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, установлен перечень случаев, при которых они имеют право предоставлять платные медицинские услуги, а именно:

- 1) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий, по желанию пациента, включая в том числе:
 - установление индивидуального поста медицинского наблюдения по желанию граждан при отсутствии медицинских показаний;
 - применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно важных, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями;
- 2) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;
- 3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся

ся застрахованными, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- 4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Предоставление платных медицинских услуг в медицинских организациях осуществляется на основании перечня работ (услуг), в соответствии с лицензией. Ухудшение предоставления бесплатных медицинских услуг при этом не допустимо.

Порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Минздравом, должны соблюдаться и при предоставлении платных медицинских услуг. Платные услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Обязательно до заключения договора пациенту предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий.

Телефоны главного врача медицинской организации, управления здравоохранения, территориального фонда, страховой медицинской организации должны быть на видном месте, чтобы в случае необходимости вопросы

по качественному оказанию медицинской помощи были урегулированы.

Медицинские организации обязаны размещать на своих сайтах в сети Интернет, а также на информационных стендах (стойках) информацию о медицинской организации и предоставляемых ею медицинских услугах.

Должна быть доступна в течение всего рабочего времени медицинской организации следующая информация:

- о порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий;
- о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг и уровне их профессиональной квалификации.

Территориальная программа государственных гарантий обеспечивает право на:

- бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при наступлении страхового случая;
- выбор медицинской организации;
- выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача);
- внеочередное оказание медицинской помощи отдельным категориям граждан;
- получение информации о видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи.

Данные права не гарантирует территориальная программа государственных гарантий на:

- возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи;
- защиту прав и законных интересов;
- выбор страховой медицинской организации.

В целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов по реализации ОМС в бюджете Федерального фонда предусмотрены субвенции на 2013 год в сумме 985,4 млрд. рублей, что превышает размер 2012 года на 61 процент и в обязательном порядке включает в себя суммы, необходимые для сохранения всех стимулирующих надбавок, предусмотренных в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», ранее финансируемых за счет средств федерального бюджета:

- медицинскому персоналу в рамках финансового обеспечения меро-



Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, предусматривают рост заработной платы



Д.А. Медведев: «...Многие виды лечения гарантированы обязательным медицинским страхованием и оказываются в нашей стране бесплатно, но, к сожалению, люди об этом далеко не всегда знают, и даже не знают, куда обратиться-то на самом деле. Надо, чтобы эта информация была доступной...».

Совещание Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева с вице-премьерами 11 марта 2013 года

приятый по дополнительной диспансеризации работающих граждан и диспансеризации детей-сирот;

- участковым врачам-педиатрам, участковым врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным врачам), работающими с ними медицинскими сестрами;
- медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов и скорой медицинской помощи;

- медицинскому персоналу, участвующему в 2011 и 2012 годах в реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Сумма указанных надбавок в совокупном размере субвенции на 2013 год составляет 114,9 млрд. рублей.

Таким образом, средства на выплату стимулирующих надбавок указанным категориям медицинских работников предусмотрены в полном объеме.

Средние нормативы финансирования, предусмотренные Программой государственных гарантий за счет субвенций Федерального фонда на финансирование базовой программы составляют следующие показатели:

- на 1 посещение в поликлинику в 2013 году – 266,3 рубля, что на 57,1% выше уровня 2012 года, в том числе рост заработной платы составляет 45,1%;
- на 1 койко-день в стационарных условиях – 1 756,2 рубля, что выше уровня 2012 года на 50,5%, в том числе рост заработной платы составит 67,9%.

Средний подушевой норматив финансирования включает в том числе:

- финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Минздравом;
- расходы на финансовое обеспечение дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми, врачей-терапевтов

участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

- расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;
- расходы на обеспечение доступности и внедрение стандартов медицинской помощи.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» дано поручение, в том числе органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, предусмотреть при формировании бюджетов субъектов на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов бюджетные ассигнования на реализацию мер, предусмотренных Указом, а именно повышение к 2018 году средней заработной платы:

- врачей – до 200 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе;
- младшего медицинского персонала и среднего медицинского (фармацевтического) персонала – до 100 процентов.

Доведенный во все субъекты размер субвенции позволяет сохранить стимулирующие надбавки всем указанным выше категориям медицинских работников в полном объеме в целях обеспечения выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной политики».

Мероприятия, обеспечивающие повышение заработной платы медицинских работников, должны находиться под личным контролем глав регионов.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования совместно с Росздравнадзором и его территориальными органами будут осуществлять проверки в субъектах Российской Федерации по вопросам реализации территориальных программ государственных гарантий, оказанию платных медицинских услуг, выплаченной заработной платы медицинскому персоналу.



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Новослободская ул. 37, Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (499) 973-44-55, факс: (499) 973-49-30

15.03.2013 № 2361/26-и

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья

Директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее также - ФОМС) информирует, что в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных в соответствии с частью 1 статьи 6 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полномочий Российской Федерации по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, в бюджете ФОМС Федеральным законом от 3 декабря 2012 г. № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» предусмотрены субвенции в сумме: на 2013 год - 985,4 млрд. рублей, на 2014 год - 1 154,6 млрд. рублей, на 2015 год - 1 406,4 млрд. рублей.

Расчет размера предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субвенций производится в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» и в 2013 году включает денежные выплаты медицинским работникам, финансовое обеспечение которых осуществлялось в 2012 году за счет средств федерального бюджета и средств бюджета ФОМС, предусмотренные на следующие цели:

финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

оплата труда медицинского персонала в рамках финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

дополнительные стимулирующие выплаты врачам и среднему медицинскому персоналу, участвующим в 2011 и 2012 годах в реализации мероприятий реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации (далее также – программы модернизации) по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования (за счет субвенций Феде-

рального фонда обязательного медицинского страхования) составляют в 2013 году - 5942,5 рубля, в 2014 году - 6962,5 рубля, в 2015 году - 8481,5 рубля, и в том числе включают:

финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей);

расходы на денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

расходы на финансовое обеспечение повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами.

Расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), врачами-специалистами (в части обеспечения повышения доступности амбулаторной медицинской помощи), а также медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи, осуществляются в соответствии с порядком, установленным нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, относятся к выплатам стимулирующего характера и осуществляются по результатам их деятельности.

С учетом вышеизложенного, органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования следует принять исчерпывающие меры по недопущению снижения в 2013 году заработной платы медицинского персонала в сравнении с 2012 годом. Оценка эффективности принятых в субъектах Российской Федерации мер будет осуществляться Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в рамках мониторинга заработной платы медицинского персонала в разрезе учреждений, участвующих в реализации программ территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Председатель
Н.Н. Стадченко

В Минздраве России прошел День донора

1 марта 2013 года



Министр В.И. Скворцова приняла участие в Дне донора. Министр отметила, что за два прошедших месяца количество крови по регионам увеличилось от 5 до 8%, число доноров возросло на 8-10%.

В целом тенденция сохраняется: чем больше доноров, тем меньше процент платного донорства в регионе. Регионы-лидеры вообще не выделяют бюджетных денег на акции, но при этом разрабатывают широкий спектр мер социальной поддержки: от бесплатных билетов в театр и бесплатного проезда на общественном транспорте до бесплатных парковок в разных городах. Возможностей много. Это может быть и внеочередное медицинское обслуживание, предоставление путевок в санатории. Есть отдельные регионы, их около 10, в которых платное донорство превышало 30%. В среднем по результатам 2012 года процент платного донорства по регионам не превышал 8%.

Вероника Скворцова опровергла информацию о том, что в регионах складывается непростая ситуация с запасом крови. Она подчеркнула, что каждый год форми-

руется мобилизационный резерв по каждому региону, который постоянно восполняется. По каждому из случаев, связанных с нехваткой донорской крови, о которых сообщали в том числе и СМИ, были проведены проверки: кровь сейчас есть, опасности дефицита крови нет.

«Операции отменяться из-за того, что не хватает донорской крови, не могут. Это не соответствует действительности. Если вы узнаете хотя бы об одном таком реальном случае, сообщите в Министерство», - обратилась Министр к представителям СМИ.

Министр сообщила, что ежегодно заготавливается около 2 миллионов литров цельной крови, из которых примерно 80% составляет плазма и примерно 20% заготавливается в виде тех или иных компонентов крови. На тысячу жителей необходимо иметь около 23-25 доноров, тогда можно быть абсолютно уверенными, что крови хватит всем медицинским учреждениям. В настоящее время этот показатель составляет от 22 до 23 доноров на тысячу.

Вероника Скворцова подчеркнула, что «донорство - это почетная обязанность любого здорового гражданина страны».

«Мы проводим активную работу по развитию донорства крови. Во всех медицинских вузах запланированы Дни донора. Надеемся, что откликнутся и немедицинские вузы. Рассчитываем на помощь и поддержку наших инициатив со стороны журналистского сообщества», - сказала Министр. Она отметила тесное сотрудничество с объединением всех молодежных общественных организаций «Росмолодежь» и важную роль волонтерского движения в развитии донорства крови.

На вопрос журналистов о том, как часто самой приходится сдавать кровь, Вероника Скворцова ответила, что для нее это дело привычное: «Работая в течение десяти лет в реанимации, заведую нейрореанимационным отделением 1-й Градской московской больницы, для меня было привычным делом сдавать кровь».

Также Министр подчеркнула, что это полезная процедура, которая позволяет существенно ускорить кровобращение и способствует различным процессам омоложения и обновления организма, поэтому совершенно нормально 2 раза в год сдавать кровь.

В заключение Вероника Скворцова сказала, что не сможет воспользоваться своими выходными, которые положены за сданную кровь, и спешит на выездное совещание.

День донора в ближайшее время планируется провести в Правительстве Российской Федерации.

<http://www.rosminzdrav.ru/health/donors/85>

Акция «Стань донором» прошла в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования

4 апреля 2013 года



Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко участвует в сдаче крови

По всей стране в эти дни проходят акции в поддержку добровольного донорства. В них уже приняли участие представители государственной власти, звезды кино, музыки, спорта, общественные деятели. 4 апреля 2013 г. акция «Стань донором» прошла в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования. В добровольной сдаче крови приняли участие 104 сотрудника ФОМС, то есть больше половины от общего числа работающих в Фонде.

На Дне донора в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования работала выездная бригада отделения переливания крови НЦССХ им. А.Н. Бакулева. Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН — лечебное учреждение, поэтому вся кровь идет напрямую пациентам, в том числе грудным детям с болезнями сердца.

Большинство сотрудников ФОМС впервые участвовали в подобном благотворительном мероприятии, для некоторых это стало серьезным испытанием. Ведь надо было сразу сдать 450 мл крови! Сотрудники мобильного центра принимали кровь без остановки в течение всего дня и отметили высокую активность сотрудников Федерального Фонда ОМС.



Сотрудники Федерального фонда ОМС в акции «Стань донором»

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации



Повод Владислав Валерьевич назначен на должность начальника Управления правовой и международной деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа ФОМС от 11 марта 2013 г. № 64-л.

В.В. Повод 1977 г.р. В 2000 г. окончил Краснодарский юридический институт МВД Российской Федерации по специальности «Юриспруденция».

1995-2001 гг. – служба в органах внутренних дел.

2001-2002 гг. – юрист ООО «АСБОЦЕММОНТАЖ» г. Новороссийска.

2002-2006 гг. – начальник юридического отдела Юго-Западные Электросети ОАО «Кубань-энерго» г. Новороссийска.

2006-2007 гг. – заведующий юридическим сектором Министерства здравоохранения Краснодарского края.

2007 г. – заместитель генерального директора ГУП «Кубань фармация» г. Краснодара.

2007-2013 гг. – начальник отдела правового и кадрового обеспечения территориального фонда ОМС Краснодарского края.

В.В. Повод имеет классный чин государственной гражданской службы Краснодарского края. Советник государственной гражданской службы Краснодарского края 3 класса.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области



Решетников Алексей Валентинович назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ростовской области на основании распоряжения Губернатора Ростовской области от 28 февраля 2013 г. № 26.

А.В. Решетников 1972 г.р. Окончил Ростовский государственный экономический университет по специальности «Экономист».

Получил дополнительное образование в институтах повышения квалификации городов Москвы и Ростова-на-Дону по вопросам организации менеджмента и стратегического планирования на предприятии.

С 1995 г. работал на руководящих должностях в организациях крупного и среднего бизнеса Ростовской области.

С 2011 по февраль 2013 гг. года работает в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Ростовской области в должности заместителя директора.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики



Александров Вячеслав Николаевич назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики на основании распоряжения Кабинета министров Чувашской Республики от 4 марта 2013 г. №131-р.

В.Н. Александров 1954 г.р. В 1986 г. окончил Московский ордена Дружбы народов кооперативный институт, экономист. В 1989 г. окончил Московский финансовый институт, организатор контрольно-ревизионной работы в финансово-кредитных органах. В 1997 г. окончил Академию народного хозяйства при Правительстве Российской Федерации, магистр управления.

1972 г. – инспектор госдоходов Козловского райфинотдела Чувашской АССР.

1972-1975 гг. – служба в рядах Военно-Морского флота.

1975-1986 гг. – старший ревизор-инспектор отдела госдоходов Министерства финансов Чувашской АССР.

1986-1988 гг. – начальник отдела ревизий хозорганов КРУ Министерства финансов РСФСР по Чувашской АССР.

1988-1990 гг. – начальник отдела ревизий предприятий (объединений) КРУ Министерства РСФСР по Чувашской АССР.

1990-1992 гг. – заместитель начальника государственной налоговой инспекции по Чувашской АССР Министерства финансов Чувашской АССР.

1992-1996 гг. – заместитель начальника Государственной налоговой инспекции по Чувашской ССР.

1996-2000 гг. – председатель Чувашского банка Сбербанка России.

Январь-июнь 2001 года – управляющий Чувашским отделением № 8613 Сбербанка России.

2001-2010 гг. – заместитель председателя Правления Волго-Вятского банка – управляющий Чувашским отделением № 8613 Сбербанка России.

2010-2013 гг. – заместитель председателя Волго-Вятского банка – управляющий Чувашским отделением № 8613 Сбербанка России.

Расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС

11-12 февраля 2013 года, Тюмень



В президиуме совещания первый заместитель Губернатора Тюменской области Н.А. Шевчик, Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко и директор территориального фонда ОМС Тюменской области Т.В. Чиряева (слева направо)

11-12 февраля 2013 года в Тюмени состоялось расширенное совещание Совета директоров фондов ОМС и представителей ФОМС в федеральных округах, на котором рассматривалась реализация обязательного медицинского страхования в 2013 году.

Ключевой темой совещания стали вопросы реализации Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».



Открыла совещание **Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко**, отметив, что Тюмень была выбрана дискуссионной площадкой не случайно. Тюменская область в 2005 году одной из первых в Российской Федерации внедрила механизм одноканального финансирования в действие и сегодня признана одной из самых успешных террито-

рий в этом направлении: «Это достаточный период, чтобы накопить положительный опыт и новаторские решения. В области довольно давно работает скорая помощь в системе ОМС. Это одна из болевых точек для субъектов, которые

только начинают вводить скорую помощь в систему обязательного медицинского страхования».

На совещании был обсужден широкий круг вопросов, касающийся самых последних изменений в системе ОМС. Это, в первую очередь, вступление в силу с 1 января 2013 года ряда норм Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» - переход всех субъектов на одноканальное финансирование, включение в систему ОМС скорой медицинской помощи, завершение региональных программ модернизации здравоохранения.



Начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования С.Г. Кравчук выступила с докладом «Взаимодействие участников системы обязательного медицинского страхования при реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2013 году». В соответствии с Федеральным законом

от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федерального зако-



В зале заседания совещания Совета директоров фондов ОМС

на от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2013 года Территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи впервые формируются на три года. В Программу дополнительно включен раздел «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи».

Средний подушевой норматив финансирования увеличен и составляет за счет средств обязательного медицинского страхования, выделяемых в виде субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования: в 2013 году – 5 942,5 рубля, выделенных с учетом скорой медицинской помощи 6 486,3 рубля; в 2014 году – 6 962,5 рубля, с учетом скорой медицинской помощи 7 540,6 рубля, в 2015 году – 8 481,5 рубля. В базовой программе обязательного медицинского страхования на 2013 год изменены нормативы объемов медицинской помощи. Впервые в качестве норматива установлены: посещение с профилактической целью, обращения в связи с заболеваниями, увеличены показатели объема медицинской помощи в дневных стационарах (норматив на одного застрахованного – 0,52 пациенто-дней), сокращены показатели объема медицинской помощи в стационарах (норматив на 1 застрахованного – 1,74 койко-дней).

С 2013 года за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой авиационным транспортом. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи застрахованным лицам в 2013 году осуществляется за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъекта Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В целях увеличения доступности и качества медицинской помощи, увеличен объем медицинской помощи в условиях дневных стационаров различных типов, что должно способствовать развитию стационарозамещающих технологий и повышению доступности медицинской помощи для населения.

С 1 января 2013 года структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностиче-

ского оборудования), организация питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Субъектам Российской Федерации рекомендуется применять эффективные способы оплаты медицинской помощи при реализации ОМС, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по клинико-статистической группе заболеваний).

Разъяснения были даны по многим вопросам, касающимся вхождения скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, взаимодействия с медицинскими страховыми организациями, информирования медицинского персонала и населения, изменениям во взаимодействии с медицинскими организациями.



Начальник Управления модернизации системы обязательного медицинского страхования Федерального фонда обязательного медицинского страхования О.В. Царева подвела итоги реализации в регионах программ модернизации здравоохранения. В большей степени доклад был акцентирован на те проблемы, которые выявились в ходе программ модернизации,

и те задачи, которые предстоит решить в 2013 году. В целом стоимость программ по всем источникам практически достигла 665 млрд. рублей, в том числе за счет субсидий Федерального фонда – 420 млрд. рублей.

Практически все регионы осуществили мероприятия в части закупки оборудования, осуществления ремонта лечебных учреждений, оснащения машин скорой помощи системой ГЛОНАСС, по выплате надбавок медицинским работникам амбулаторного звена.

По состоянию на 8 февраля 2013 года высокий уровень исполнения региональных программ за счет субсидий ФОМС (более 90%) достигнут в Хабаровском крае, Ульяновской области, Брянской, Тамбовской, Ивановской областях. В число регионов, чьи расходы за счет субсидий ФОМС составили менее 78%, вошли Еврейская автономная область, Ярославская область, Чукотский автономный округ, Республика Ингушетия.

На укрепление материально-технической базы регионами было использовано 83,3% от предоставленных ФОМС субсидий, на внедрение современных информационных систем в здравоохранении – 73,1%. В Чукотском автономном округе использование субсидий на внедрение информационных систем так и не начали.

В части завершения строительства ранее начатых объектов мероприятие выполнено в 18 субъектах Российской Федерации, в том числе: Республиках Алтай, Татарстан, Удмуртия, Хабаровском крае, Белгородской, Липецкой областях. Капитальный ремонт закончен в полном объеме в Хабаровском крае (98,2%), Брянской области (98%), Пензенской области (97,3%). Свыше 96% оборудования закуплено в 11 регионах, в том числе: Республика Мордовия, Чеченская Республика, Хабаровский край, Тамбовская, Новгородская области и другие.

Мероприятия по внедрению стандартов медицинской помощи реализованы полностью в Ростовской, Московской, Ивановской областях, Чувашской Республике, Хабаровском, Забайкальском краях, Брянской области. Показатель использования менее 80% отмечен в Республике Коми, Орловской области, Чеченской Республике, Республиках Северная Осетия, Ингушетия, Ямало-Ненецком автономном округе. Стандарты медицинской помощи внедрены в 3 545 медицинских учреждениях, что составляет 82% от участвующих в системе ОМС, 99,6 % от плана, предусмотренного Программами модернизации, в среднем более 20 стандартов в каждом субъекте Российской Федерации.

Увеличение заработной платы медицинских работников в ходе внедрения системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на результат, составило у врачей на 17,5%: с 32,1 тыс. руб. в 2011 году до 37,7 тыс. руб. в 2012 году, у среднего мед. персонала на 14,6%: с 18,6 тыс. руб. в 2011 году до 21,6 тыс. руб. в 2012 году.

Дополнительные денежные выплаты получают 169 тыс. врачей-специалистов (100% от плана), 277 тыс. среднего медицинского персонала (100,1%).

Средний размер стимулирующей выплаты на одного врача-специалиста – 10 429 рублей, или 98,2% от плана. Средний размер выплаты на одного среднего медицинского работника – 5 408 рублей, или 97,9% от плана.

Модернизация в 2013 году продолжается по двум направлениям: укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение в них современных информационных технологий. При этом приоритетным направлением должно стать развитие детской медицины и родовспоможения.



Заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ю.А. Нечепоренко сообщил об уточненных нормах Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Предполагается, что в каждом субъекте Российской Федерации

гражданину будет предложено получить полис обязательного медицинского страхования, как в бумажной, так и в электронной форме по выбору: либо электронный полис, либо универсальная электронная карта. Субъект должен будет определиться, на какой период времени будет выдаваться полис и в составе универсальной электронной карты, и в составе электронного полиса.

С начала года на всей территории Российской Федерации принято 8000 запросов на изготовление универсальной электронной карты. Все запросы поступили в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и этим гражданам осуществляется изготовление универсальных электронных карт.

Первый заместитель Губернатора Тюменской области Н.А. Шевчик рассказала, о реализуемых принципах одноканального финансирования: оплата фактически выполненного объема медицинских услуг (законченного случая оказания медицинской помощи), оплата всех основных гарантированных видов медицинской помощи на основе единой тарифной политики, гарантированного стандартизованного объема медицинских услуг и создание равных финансовых возможностей медицинским организациям («свободное хождение полиса»).

Единая тарифная политика не в полной мере учитывает разнородность имущественных комплексов ЛПУ (количество и состояние зданий и сооружений, коммунальной инфраструктуры, видов энергоисточников) и величину соответствующих затрат. Другая проблема - инерционность административно-управленческого звена в подходах к механизму определения объемов и стоимости медицинской помощи в рамках государственного задания на оказание бесплатной медицинской помощи: сохранение стереотипа планирования потребности в трудовых ресурсах и объемов труда медицинского персонала по временному принципу, а не от объема медицинских услуг; недостаточная эффективность экономического анализа и прогнозирования в сфере здравоохранения; субъективизм в отношении отдельных медицинских организаций. Было предложено усовершенствовать процедуру

и критерии отбора медицинских и страховых медицинских организаций для работы в системе ОМС, повысить уровень подготовки административно-управленческих кадров системы здравоохранения по вопросам организации медицинской помощи применительно к современным требованиям, переориентировать их функционал с контрольно-ревизионного направления преимущественно на организационно-методическое сопровождение.

Несовершенство методологических подходов при формировании государственного задания на оказание бесплатной медицинской помощи предложено было решить за счет применения различных методов изучения потребности населения в медицинской помощи. В Тюменской области это реализуется с помощью развития системы планирования персонализированного объема медицинской помощи: раздельный учет лиц, обратившихся за медицинской помощью, и лиц, обратившихся за продлением рецепта, оформлением справок и т.п.; по результатам диспансеризации (прогнозирование потребности), профилактические осмотры, группа пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

На сегодняшний день краеугольным камнем является система оплаты труда. Неудовлетворенность каждого работника связана с тем, что работник оценивает себя достаточно выше, чем он заслуживает. Поэтому основным направлением работы в текущем году является доведение отраслевой системы оплаты труда на территории Тюменской области до совершенства.

В своем докладе **начальник управления обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи и развития медицинского страхования департамента здравоохранения Тюменской области О.И. Фролова** остановилась на основных вопросах по оплате профилактической работы на территории Тюменской области.

Вступив в одноканальное финансирование, появилась необходимость обозначить, в том числе нормативно, оплату профилактической помощи в условиях обязательного медицинского страхования. При определении приоритетов в профилактической работе основные ориентиры – это показатели смертности, инвалидности населения, проведение профилактической работы среди населения, т.к. у населения зачастую отсутствует мотивация к сохранению здоровья.

Все профилактические усилия направлены не только на выявление уже заболеваний, но и на активный поиск и коррекцию факторов риска. Медицинская профилактика в Тюменской области осуществляется отделениями, кабинетами профилактики. С 2009 года в Тюменской области функционируют 13 центров здоровья для взрослых, 3 центра здоровья для детей и 4 мобильных центра здоровья.

В Тюменской области это реализуется с помощью развития системы планирования персонализированного объема медицинской помощи: раздельный учет лиц, обратившихся за медицинской помощью, и лиц, обратившихся за продлением рецепта, оформлением справок и т.п.; по результатам диспансеризации (прогнозирование потребности), профилактические осмотры, группа пациентов, страдающих хроническими заболеваниями.

С 2006 года ведена оплата обучения в «Школах здоровья по отдельным заболеваниям либо по факторам риска (сахарный диабет, АГ, БА и т.д.) по законченному случаю независимо от количества человек.

С 2007 года впервые в рамках пилотного проекта проводилась оплата посещений доврачебных кабинетов, что значительно активизировало работу смотровых кабинетов.

С 2009 года проводился пилотный проект и впервые был внедрен подушевой способ оплаты профилактической работы с частичным фондодержанием при достижении целевых индикаторов эффективности. Первоначально было выбрано 4 критерия – это отсутствие запущенных случаев туберкулеза, онкологических заболеваний, выполнение плана флюорографических осмотров, вакцинация населения. Впоследствии был добавлен такой показатель, как удельный вес вызовов скорой медицинской помощи к пациентам, страдающим хроническими заболеваниями, в часы работы поликлиники.

Принцип подушевого финансирования с частичным фондодержанием, которые реализовался в Тюменской области с 2009 года, заключался в следующем: 75% финансирования доводилось до медицинской организации

при предоставлении счетов, оставшиеся 25% раз в квартал начислялись только при достижении целевых показателей.

Представителям регионов был интересен опыт Тюменской области в аспекте финансового обеспечения скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. **Главный врач ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи» г. Тюмени Л.А. Остроумова** рассказала о специфике работы станции скорой медицинской помощи в условиях одноканального финансирования: «В принципе, ни для населения, ни для наших выездных бригад ничего не поменялось. Мы постарались максимально локализовать работу на уровне управления. В плане управления пришлось многое поменять. Система ОМС предполагает другую систему отчетности, учета, не жели бюджетная, и она очень громоздкая. В ходе переговоров и дискуссий со специалистами территориального фонда обязательного медицинского страхования мы



Участники совещания в радиологическом центре ГБУЗ ТО «Онкодиспансер» (Тюмень)



У макета строящегося «Медицинского городка» (Тюмень)

старались примерить те подходы, которые существуют в системе обязательного медицинского страхования к тем обязательствам, которые должна выполнять скорая медицинская помощь в соответствии с законодательством. В обязательном медицинском страховании деньги платят за застрахованного. Мы, в свою очередь, не имеем право требовать документы у пациента при оказании экстренной помощи, если он сам их не предъявит. На сегодняшний день оплата осуществляется по подушевому принципу и реализуется следующая технология: станция скорой медицинской помощи предоставляет территориальному фонду ОМС персональные данные и дату рождения пациента, территориальный фонд ОМС идентифицирует и определяет страховую принадлежность, затем станция скорой медицинской помощи программным способом дополняет реестр и передает его в страховую медицинскую организацию».

За восемь лет существования в системе обязательного медицинского страхования станция скорой медицин-

ской помощи работает на высоком профессиональном уровне. Медицинские работники службы скорой медицинской помощи не только не ощутили потери в заработной плате, но увидели преимущество работы в системе обязательного медицинского страхования.

После пленарного заседания и обмена мнениями участники встречи познакомились с работой ГБУЗ ТО «Станция скорой медицинской помощи», побывали в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), посетили Радиологический центр ГБУЗ ТО «Областной онкологический диспансер», ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Минздрава РФ (г. Тюмень), ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», ОАО «Медико-санитарная часть «Нефтяник».

В ходе посещения руководители территориальных фондов познакомились с опытом работы учреждений здравоохранения области в условиях одноканального финансирования.

УДК 614.2

Почему «голландская модель» медицинского страхования не подходит России

Н.А. Кравченко¹, А.В. Рагозин^{1,2}, В.Б. Розанов¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский Университет им. И.М. Сеченова», Москва;

²Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением



Н.А. Кравченко



А.В. Рагозин



В.Б. Розанов

Резюме

Цель проведенного исследования состояла в анализе объективных факторов, обуславливающих более высокую эффективность страховой (рыночной) модели финансирования медицинской помощи (МП) в странах, использующих эту модель. Был сформирован перечень факторов, наиболее весомо, с точки зрения авторов, влияющих на рыночную конкуренцию между лечебными учреждениями, как ключевого инструмента управления ценой и качеством МП при использовании страховой (рыночной) модели финансирования лечебно-профилактических учреждений. Такими факторами были: уровень производства; плотность населения; размер территории и равномерность её заселения; развитие транспорта и сети городов; условия для ведения бизнеса; уровень централизации налоговой системы; активность анти-монопольного регулирования рынка медицинских услуг и др. С учетом этих факторов, было проведено сравнение 30 стран-лидеров по эффективности здравоохранения

(в комплексном рейтинге Bloomberg), использующих различные модели его финансирования, а также США и России. Результаты исследования показали, что ухудшение или отсутствие даже нескольких из вышеперечисленных параметров приводит к снижению эффективности страховой модели финансирования МП, что особенно наглядно демонстрируют результаты анализа по США. Результаты проведенного исследования указывают на то, что в России нет объективных условий для развития «конкурентной» модели обязательного медицинского страхования, по примеру Голландии или Франции.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, финансирование здравоохранения, страховая (рыночная) модель, эффективность здравоохранения, конкуренция лечебных учреждений, доступность медицинской помощи, плотность населения, расселение, транспортная доступность, налоговая система.

Abstract

Why the «Dutch Model» of health insurance is not suitable for Russia

N.A. Kravchenko¹, A.V. Ragozin^{1,2}, V.B. Rozanov¹

¹«The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University», Moscow;

²The Research Institute of Public Health and Healthcare Management

The purpose of performed study consisted in the analysis of objective factors contributing to a higher efficiency of the insurance (market) model of health care (HC) funding in the

countries which use this model. There was formed a list of factors, from the point of view of the authors, that influence most significantly on market competition between medical institu-

tions, as a key instrument in control of HC price and quality when using insurance (market) model of treatment-and-prophylactic institution financing. Such factors were: the level of production; population density; the size of the territory and the uniformity of its population density; development of transport and of the cities network; conditions to make business; the level of centralization of the tax system; activity of antimonopoly regulation of the medical services market, etc. Taking into account these factors a comparison of 30 countries-leaders on the effectiveness of health care (in the integrated rating of Bloomberg), which use different models of its financing, as well as the USA and Russia. The results of the study showed that the deterioration or lack of even a few

of the above parameters leads to a decrease in the efficiency of the insurance model of HC financing, that is especially clearly demonstrated by the results of the analysis in the United States. The results of the performed study indicate that there are no objective conditions in Russia for the development of «competitive» model of obligatory medical insurance, according to the example of the Netherlands or France.

Key words: obligatory medical insurance, healthcare financing, insurance (market) model, healthcare efficiency, competition between medical institutions, availability of medical aid, population density, uniformity of population density, transport accessibility, tax system.

Более чем за 20 лет работы системы ОМС в Российской Федерации сложилась т.н. «бюджетно-страховая» модель финансирования медицинской помощи (МП), весьма отличающаяся от того, что называется в развитых странах медицинским страхованием. Громоздкость, участие большого числа коммерческих посредников, плохая управляемость и низкая эффективность этой системы послужили причиной принятия комплекса решений и мер, предусмотренных утвержденной в декабре 2012 года Правительством РФ, Государственной Программой «Развитие здравоохранения» [2], направленных на модернизацию системы ОМС путем роста рыночной конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ). Но возможно ли это в условиях России?

В качестве эталонных моделей системы ОМС некоторые эксперты (Кузнецов Д.Ю., 2012) предлагают рассматривать т.н. «конкурентные» модели страхового финансирования, в частности, «французскую» и «голландскую» модели [3]. Однако насколько эти рекомендации учитывают различия между российскими реалиями (историческими, социально-экономическими, демографическими и транспортными условиями) и Франции и Голландии? Необдуманное заимствование иностранного опыта без учета условий и особенностей России заставляет вспомнить старую русскую поговорку: «Гладко было на бумаге, да забыли про овраги».

С нашей точки зрения, на основе проведенного анализа, в России нет объективных условий, необходимых для появления реальной конкуренции между ЛПУ – этого ключевого инструмента управления ценой и качеством медицинской помощи в «конкурентных» моделях обязательного медицинского страхования. Почему? Попробуем это аргументировать.

С одной стороны, общеизвестно, что специфика «медицинских услуг» априори ограничивает конкуренцию между ЛПУ по следующим причинам:

- > неэластичность спроса и невозможность отложенного спроса на медицинскую помощь в силу её жизненной важности для потребителя (более 90% случаев обращений требуют помощи «здесь и сейчас»);

- > необходимость жёсткой привязки оказания медицинской помощи к территории проживания потребителей (потеря времени может обернуться катастрофой для пациента);
- > естественный монополизм наиболее востребованного населениям многопрофильных ЛПУ, обусловленный исключительно высокой их капиталоемкостью, уникальностью ключевых (порой единственных) специалистов, очень высокими постоянными издержками и низкой маржинальностью, а также длительными (3-5 лет для поликлиник, 7-10 лет для стационаров) сроками окупаемости инвестиций.

С другой стороны, принцип страховой медицины «Деньги следуют за пациентом» жёстко связывает целесообразность рыночных вложений в создание, содержание и развитие тех ЛПУ, у которых большое число обращений за медицинской помощью. А это, в свою очередь, обусловлено характером заселённости и радиусом транспортной доступности медицинских организаций («Приоритет обращаемости над доступностью»).

Поэтому появление реальной рыночной конкуренции между ЛПУ, как фактора управления ценой и качеством МП, напрямую зависит от целого ряда объективных условий:

1. Высокий уровень освоения (развития) территории страны:
 - > высокая плотность населения и равномерность его расселения;
 - > развитая транспортная система (позволяет населению пользоваться ЛПУ соседних территорий);
 - > высокая эффективность сети городов - небольшие расстояния между соседними городами, что позволяет жителям сельской местности пользоваться городской медицинской инфраструктурой, а горожанам – пользоваться ЛПУ соседних городов; большая доля городов с населением 100 тыс. человек и более, чья демография и экономика позволяют рассчитывать на рыночное развитие адекватной медицинской инфраструктуры.
2. Высокий уровень производства, обуславливающий высокую платежеспособность населения,

Факторы, влияющие на конкуренцию лечебно-профилактических учреждений, здоровье населения и уровень расходов на здравоохранение в странах, занимающих первые 30 мест в рейтинге агентства Bloomberg, а также в США и России

Место в мировом рейтинге здоровья населения, 2012 [5]	Страна	Факторы, влияющие на конкуренцию ЛПУ				Факторы, влияющие на здоровье населения					Общие расходы на здравоохранение	
		Плотность населения, чел/км [6]	Плотность дорожной сети с твердым покрытием, км/км ² [6]	ВВП на душу населения, \$, 2010 [6]	Рейтинг «Doing Business», 2012 [10]	Средний возраст населения, лет [6]	Распространенность туберкулеза, на 100 000 чел. в год [11]	Потребление алкоголя, литры чистого спирта в год на душу населения старше 16 лет [11]	Распространенность регулярного курения среди взрослых, % [11]	Распространенность ожирения среди взрослых, % [6]	% ВВП, 2010 г. [11]	на душу населения (\$, исходя из ППС), 2010 г. [11]
2	ИТАЛИЯ	193	1,61	30 900	73	43,8	6,0	8,0	22	9,8	9,5	3 022
3	АВСТРАЛИЯ	2,8	0,07	40 800	10	37,9	8,0	9,9	16,6	16,4	8,7	2 340
4	ШВЕЙЦАРИЯ	185	1,73	44 500	28	42	9,4	10,1	19	8,2	11,5	3 184
5	ЯПОНИЯ	336	2,57	34 700	24	45,4	27	8	25	3,1	9,5	3 204
6	ИЗРАИЛЬ	354	0,88	31 500	38	29,5	5,8	2,5	20,9	22,9	7,6	2 186
7	ИСПАНИЯ	92	1,34	30 500	44	40,9	18	10	26,2	15,6	9,5	3 027
8	НИДЕРЛАНДЫ	404	3,29	42 000	31	41,5	9	9,5	21,5	нет данных	11,9	5 038
9	ШВЕЦИЯ	20	1,39	40 900	13	42,2	8,8	6,6	13	12	9,6	3 757
10	ГЕРМАНИЯ	230	1,8	38 100	20	45,3	5,9	11,7	21,9	12,9	11,6	4 332
11	КИПР	119	2,08	27 500	36	35,1	37,2	9,3	23,9	12,3	6,0	1 842
12	АВСТРИЯ	98	1,34	42 400	29	43,4	5,8	12,7	44	11	11,0	4 388
13	ФРАНЦИЯ	118	1,48	35 600	34	40,4	12	13,2	25	16,9	11,9	4 021
14	КАНАДА	3	0,05	44 100	17	41,2	5,6	7,8	13,6	23,1	11,3	4 404
15	НОВАЯ ЗЕЛАНДИЯ	15,8	0,23	28 000	3	37,2	9,2	9,3	18,1	26,5	10,1	3 020
16	ГРЕЦИЯ	81	0,88	26 300	78	42,8	5,7	9,2	49	22,5	10,2	2 853
18	НОРВЕГИЯ	14	0,004	53 400	6	40,3	7,5	6,4	21	10	9,5	5 426
19	ИРЛАНДИЯ	66	1,36	40 800	15	35,1	9,7	13,4	нет данных	13	9,2	3 704
20	БЕЛЬГИЯ	341	5,03	37 800	33	42,6	11	9,7	20,5	10,8	10,7	4 025
21	ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	255	1,61	36 600	7	40,2	15	11,5	16,6	22,7	9,6	3 480
22	ФИНЛЯНДИЯ	15	0,15	36 000	11	42,7	8,5	10	18,6	15,7	9,0	3 281
23	ПОРТУГАЛИЯ	116	0,77	23 400	30	40,4	32	12,2	18,7	14,2	11,0	2 818
24	КОСТА-РИКА	88	0,18	12 100	41	29,2	18	4,2	6	нет данных	10,9	1 242
25	СЛОВЕНИЯ	99	1,92	28 800	35	42,8	14	10,5	19,4	15	9,4	2 552
26	ДАНИЯ	128	1,69	37 000	5	41,2	7,4	11,3	нет данных	11,4	11,4	4 537
27	ЧИЛИ	60	0,02	17 400	37	32,8	25	6,8	34	нет данных	8,0	1 199
28	КУБА	104	0,20	9 900	нет данных	38,9	13	4,5	20,8	нет данных	10,6	431
29	ЮЖНАЯ КОРЕЯ	494	1,03	31200	8	39	151	11,8	25	3,2	6,9	2023
30	ОАЭ	61,6	0,04	47700	26	30,2	6,2	0,3	12,8	33,7	3,7	1544
33	США	32	0,47	49 000	4	37,1	4,8	8,5	15,2	33,9	17,9	8 362
97	РОССИЯ	8	0,05	17 000	112	38,8	136	11	33,8	нет данных	5,1	998

- страны, использующие бюджетный принцип финансирования здравоохранения

- страны со страховой моделью здравоохранения

работодателей и государства и высокие тарифы обязательного медицинского страхования, привлекательные и доступные для инвестиций в ЛПУ, как для коммерческих, так и некоммерческих инвесторов.

3. Высокая доля налогов, остающихся в распоряжении региональных правительств и/или муниципалитетов (особенно это важно для стран с большими территориями).
4. Благоприятные условия для ведения бизнеса и долгосрочных (5-10 лет и более) инвестиций.
5. Жёсткое государственное антимонопольное регулирование «рынка медицинских услуг» (контроль сделок слияний и поглощений, обоснованности тарифов, лимиты на маржинальность бизнеса и гонорары врачей и пр.).
6. Зрелость «общества потребления» и высокая культура потребления социальных услуг, эффективная система защиты прав потребителей.

Отсутствие хотя бы нескольких из вышеуказанных параметров влечет за собой значительное ухудшение эффективности страховой модели организации и финансирования здравоохранения. В этом легко убедиться (табл. 1), сравнив показатели эффективности здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования МП, занимающих первые 30 мест в мировом рейтинге агентства Bloomberg (2012) [5], с аналогичными показателями США (33 место в рейтинге Bloomberg) - страны с наиболее инновационной и технологически передовой медициной в мире, мощной экономикой, привлекательным инвестиционным климатом, очень высокой свободой рыночных отношений в медицинском секторе, развитой транспортной сетью, но огромной, неравномерно заселенной территорией (плотность населения колеблется от 200-300 чел./км² и более до 2 чел./км² и менее).

Из таблицы 1 видно, что все страны с высокой эффективностью «страхового» здравоохранения (незаштрихованные строки) в рейтинге Bloomberg объединяют общие черты:

- > высокая плотность населения;
- > относительно небольшая, достаточно равномерно развитая территория с эффективной сетью городов (расстояния между соседними городами в сравниваемых странах Западной Европы 5-15 км), например, основная часть населения Японии и Кореи живет в обширных городских агломерациях;
- > высокий уровень инвестиционной привлекательности и условий ведения бизнеса.

Во всех этих странах государство ведет достаточно активную политику в регулировании рынка медицинских услуг. Для них характерны высокие показатели развития производства и дорожной сети. В этом отношении стоят особняком Чили и Коста-Рика, однако относительно невысокий уровень производства в обеих странах компенсируется высокими темпами роста их привлекательных

для инвестиций экономик и очень молодым, по сравнению со сравниваемыми странами, населением. Невысокая средняя плотность дорожной сети Чили и Коста-Рики компенсируется малыми размерами территории Коста-Рики, а в Чили – компактным проживанием 90% населения в центральных районах страны.

На примере США также видно, какое колоссальное влияние на эффективность здравоохранения (33 место в рейтинге Bloomberg) оказывают неравномерность развития и заселения территории, отсутствие государственного регулирования медицинского сектора, при том, что США, безусловно, является лидером по расходам на здравоохранение (8362\$ на душу населения в 2010 г.), примерно в 2 раза больше сравниваемых стран [11]. Следует подчеркнуть, что США имеют серьёзные проблемы с доступностью МП для значительной части населения. Так, в 2011 году не имели страхового покрытия 48 млн. (18%) американцев в возрасте до 65 лет, в т.ч. 7,6 млн. детей [9]. В 2010 году 26100 американцев в возрасте от 25 до 64 лет умерли из-за отсутствия страховки [7]. Более того, у пациентов без страховки сроки лечения в стационаре были значительно сокращены [8]. Следует подчеркнуть, что здравоохранение США находится в более благоприятных условиях по сравнению с другими странами по социальным факторам, влияющим на здоровье. Как показано в табл. 1, американцы моложе по возрасту, живут в более благоприятных климатических и социально-бытовых условиях и в меньшей степени потребляют табак и алкоголь.

Анализируя аналогичные показатели по России (табл. 1) становится понятной бесперспективность использования опыта «конкурентной - страховой» модели обязательного медицинского страхования по примеру Голландии и Франции. В России нет ни одного объективного фактора, необходимого для появления реальной рыночной конкуренции между ЛПУ:

1. Очень низкая плотность населения (8 чел./кв.км), в сочетании с огромной, крайне неравномерно заселенной территорией и слаборазвитой сетью городов, среднее расстояние между которыми в наиболее заселенной европейской части России составляет 40-50 км и 150-300 км – в менее заселенной, восточной части страны. При этом т.н. «эффективных городов» с населением от 100 тысяч жителей и более по итогам переписи 2010 года было всего 164 [1]. При этом число таких городов сокращается.
2. Неразвитость дорожной сети (плотность дорожной сети с твердым покрытием всего лишь 0,05 км/кв.км) с неудовлетворительным её состоянием и неэффективным дорожным движением, которая серьёзно ограничивает возможность рыночной конкуренции ЛПУ.
3. Низкий уровень производства, невысокий уровень ВВП на душу населения, жёстко привязанный к мировой конъюнктуре цен на энергоносители и,

как результат, – низкая платёжеспособность населения, корпораций и системы ОМС. Общеизвестно, что тарифы ОМС недостаточны для полного возмещения расходов ЛПУ на оказание медицинской помощи, что является основным препятствием для широкого участия в системе ОМС частных, федеральных государственных и ведомственных ЛПУ.

4. Избыточно централизованная налоговая система России сейчас оставляет в распоряжении муниципалитетов и региональных правительств недостаточно средств, что серьёзно ограничивает их возможности для инвестиций в медицинскую инфраструктуру своих территорий.
5. Низкая инвестиционная привлекательность (в 2012 году 112 место в рейтинге «Doing Business»), хронический отток капитала и средний горизонт планирования бизнеса в России, не превышающий 3 лет (при средней окупаемости инвестиций в многопрофильные ЛПУ 5-7 лет), по существу, исключает частные инвестиции в многопрофильные ЛПУ регионов.
6. Отсутствие антимонопольного регулирования рынка медицинских услуг России. Наглядный пример – проведенная в 2012 году реорганизация ЛПУ г. Москвы, в рамках которой произошло слияние нескольких сотен ранее автономных ЛПУ г. Москвы в несколько десятков амбулаторно-поликлинических объединений: по сути, с молчаливого согласия Федеральной антимонопольной службы и Минздрава была проведена монополизация огромного рынка услуг амбулаторно-поликлинической помощи г. Москвы.

Очевидно, что вышеперечисленные условия, влияющие на развитие здравоохранения в России, по своей значимости ощутимо весомее непоследовательных деклараций государства о необходимости стимулирования конкуренции ЛПУ. Если бы эта политика была последовательной, то, например, вместо вышеупомянутого слияния нескольких сотен московских ЛПУ им следовало бы предоставить реальную экономическую свободу.

Таблица 2

Численность ЛПУ (всех форм собственности) в России [4]

ЛПУ	1995 г.	2000 г.	2008 г.
Стационары, всего	12762	10704	6545
Поликлиники, всего	21071	21254	15625
в т.ч. в сельской местности			
Стационары, всего	5437	4378	1414
в т.ч. районные больницы	178	118	89
в т.ч. участковые больницы	4813	3280	456
Поликлиники, всего	9217	8389	2871

Точно также становится понятной несостоятельность рекомендаций некоторых экспертов, предлагающих модернизировать российскую систему ОМС по «рецептам» Франции и Голландии – стран с огромным ВВП, привлекательной для инвестиций экономикой, буквально пронизанных эффективной сетью городов и транспортными коммуникациями (плотность дорог с твердым покрытием во Франции – 1,48 км/кв.км, а в Нидерландах – целых 3,29 км/кв.км) и с очень высокой плотностью населения.

Поэтому в условиях, когда на основной части территории России нет никаких объективных условий для появления реальной рыночной конкуренции между ЛПУ, в обозримом будущем не следует ожидать значимого роста негосударственных инвестиций в медицинскую инфраструктуру. Основным провайдером доступной МП для большинства населения ещё долго будут оставаться ЛПУ, созданные в СССР. Хотя и их число стремительно сокращается из-за замены бюджетного финансирования «рыночной - страховой» моделью, приоритетом которой является экономическая целесообразность расходов на создание и содержание ЛПУ без оглядки на ухудшение доступности МП и качества жизни населения.

Типовой для российской глубинки сценарий: из-за низкой заселенности территории сокращается единственная поликлиника, больница, амбулатория или фельдшерско-акушерский пункт (табл. 2). В свою очередь, не имея доступа к МП, население стремится перебраться (если представляется такая возможность) в более крупные населенные пункты, усиливая тем самым российское безлюдье, опустынивание территорий (порочный круг).

Как результат - многолетний устойчивый тренд сокращения числа ЛПУ и монополизации рынка медицинских услуг, что не даёт никаких надежд на перспективность использования в России «голландской» или «французской» конкурентной модели ОМС.

Выводы

1. Россия не располагает объективными условиями, необходимыми для развития реальной рыночной конкуренции между ЛПУ, что делает крайне сомнительным использование опыта Голландии и Франции по развитию «конкурентной модели обязательного медицинского страхования», и представляет главный источник проблем и трудностей, с которыми сегодня сталкивается система ОМС России.

2. Для научного обоснования оптимальной модели организации и финансирования МП населению России следует более предметно и глубоко изучить опыт стран с «бюджетными» моделями финансирования здравоохранения, демонстрирующими более высокую эффективность по критерию «затраты – результат», приведенными в данном исследовании (табл. 2).

Литература

1. Всероссийская перепись населения 2010 года: о России языком цифр. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. URL: <http://www.perepis-2010.ru> (Дата обращения 02.04.2013).
2. Государственная Программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения». URL: <http://www.rosminzdrav.ru/health/72/gprzo.pdf> (Дата обращения: 01.02.2013).
3. Кузнецов Д.Ю. Голландская модель финансирования здравоохранения наиболее перспективна для России. Российское агентство медико-социальной информации (АМИ). URL: <http://ria-ami.ru/news/56931> (Дата обращения: 01.11.2012).
4. Федеральная служба государственной статистики: Здравоохранение. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (Дата обращения 05.09.2012).
5. Bloomberg rankings. The World's Healthiest Countries. Bloomberg. URL: http://images.businessweek.com/bloomberg/pdfs/worlds_healthiest_countries_v2.pdf (Дата обращения: 05.09.2012).
6. Central Intelligence Agency (CIA). The World Factbook. URL: <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html> (Дата обращения 05.09.2012).
7. Dying for Coverage: The Deadly Consequences of Being Uninsured. Dying for Coverage: The Deadly Consequences of Being Uninsured. A report from Families USA, 2012. URL: <http://www.familiesusa.org/> (Дата обращения 04.04.2013)
8. Mainous AG 3rd, Diaz VA, Everett CJ, Knoll ME. Impact of insurance and hospital ownership on hospital length of stay among patients with ambulatory care-sensitive conditions. // Ann. Fam. Med. 2011. – V. 9. – № 6. – P. 489-95.
9. The Uninsured: A Primer - Key Facts About Americans Without Health Insurance. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2012. URL: <http://www.kff.org/uninsured/7451.cfm> (Дата обращения: 02.04.2013).
10. The World Bank. Doing Business project. URL: <http://www.doingbusiness.org/rankings> (Дата обращения 15.10.2012)
11. WHO. Global Health Observatory Data Repository. URL: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=country> (Дата обращения: 02.04.2013).

Для корреспонденции:

Кравченко Наталия Александровна – д.м.н., профессор, заведующая отделом проблем информационного обеспечения здравоохранения ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28 (к. 105);
моб. тел.: 8 (903) 016-33-54; e-mail: na.kravchenko@yandex.ru

Рагозин Андрей Васильевич – к.м.н., заведующий лабораторией правового и организационно-методического обеспечения информационных технологий в здравоохранении отдела проблем информационного обеспечения здравоохранения НИИ ОЗ и УЗ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28;
тел. 8 (925) 507-46-28; e-mail: avragozin@mail.ru

Розанов Вячеслав Борисович – д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории проблем медицинской статистики и информатики отдела проблем информационного обеспечения здравоохранения ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

109004, Москва, ул. Александра Солженицына, дом 28 (к. 102);
раб. тел.: 8 (499) 763-68-34; e-mail: vbrozanzov@gmail.com

For correspondence:

Kravchenko Natalia A. - MD, PhD, Professor, Head of department for health information ensuring of Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28 (room 105)
mob. tel.: 8 (903) 016-33-54; e-mail: na.kravchenko@yandex.ru

Ragozin Andrey V. - PhD, Head of the Laboratory for the legal and organizational methods of information technology in department for health information ensuring of Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28,
tel.: 8 (925) 507-46-28; e-mail: avragozin@mail.ru

Rozanov Vyatcheslav B. - MD, PhD, Leading Researcher of the Laboratory for Medical Statistics and Informatics in department for health information ensuring of Sechenov First Moscow State Medical University,

109004, Moscow, ul. Alexander Solzhenitsyn, Building 28 (k. 102) office.
tel.: 8 (499) 763-68-34; e-mail: vbrozanzov@gmail.com

УДК 614.2

Введение в систему клинико-статистических групп: уроки для Российской Федерации

Антонио Гиуффрида, Александр Кацага, Джон К. Лангенбруннер
Всемирный Банк



Антонио Гиуффрида



Александр Кацага



Джон К. Лангенбруннер

Резюме

Ключевые слова: Клинико-статистические группы (КСГ), оплата стационарной помощи, финансирование здравоохранения.

Предупреждение. Сведения, трактовки и заключения, изложенные в данной статье, отражают мнение только авторов и не представляют точку зрения Всемирного Банка, его исполнительных директоров или стран, которые они представляют.

Выражение признательности. Данная статья является результатом работы, проведенной в рамках соглашения о техническом содействии в совершенствовании

методов оплаты медицинской помощи между Всемирным Банком и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Авторы выражают признательность Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, а также Глобальной группе экспертов в области систем здравоохранения Всемирного Банка за предоставленную поддержку. Даниел Дулицки, руководитель сектора здравоохранения, питания и народонаселения Региона Европы и Центральной Азии Всемирного Банка осуществлял общее руководство работой по подготовке данной статьи.

Abstract

Introduction to the system of clinical and statistical groups: lessons for the Russian Federation

Antonio Giuffrida, Alexander Katsaga, John K. Langenbrunner

The World Bank

Key words: Clinical statistical groups (CSG), payment for hospital care, healthcare financing.

Warning. Information, interpretations, and conclusions expressed in this article reflect the opinion only of the authors and do not represent the views of the World Bank, its Executive Directors or the countries which they represent.

Acknowledgement. This article is the result of work carried out within the agreement about technical assistance in the improvement of the methods of payment for

medical assistance between the World Bank and the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance.

The authors express their appreciation to the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance, as well as a Global Group of Experts in the field of healthcare systems the World Bank, for the provided support. Daniel Dulitski, Head of the Sector of Healthcare, Food and Population of the Region of Europe and Central Asia of the World Bank, provided overall leadership in the preparation of this article.

Введение

Впервые клинико-статистические группы¹ (КСГ) были разработаны группой специалистов из Йельского университета (США) в конце 70-х годов прошлого века. КСГ были созданы одновременно с введением современных систем учета затрат в стационарных лечебных учреждениях. Изначально предполагалось, что КСГ будут использоваться для расчета объемов потребления ресурсов по каждому случаю госпитализации, исходя из продолжительности пребывания больного в стационаре. Однако проведенные исследования показали, что потенциал КСГ максимально раскрывается при использовании этой системы для расчета общего объема ресурсов, необходимых для лечения пациентов в стационаре. В связи с чем в 1983 году Администрация финансирования здравоохранения США (The United States Health Care Finance Administration - HCFA) выбрала КСГ в качестве основной системы для оплаты стационарной помощи в рамках программы Медикэр (Medicare).

¹ Применяемый в настоящей статье термин «клинико-статистические группы» и аббревиатура «КСГ» равнозначны международному термину «Diagnosis-Related Groups» и аббревиатуре «DRG».

Сегодня система оплаты стационарной помощи на основе КСГ получила широкое распространение в европейских странах (см. рис. 1), но реализуется она по-разному. В некоторых странах КСГ используются для формирования бюджетов стационаров, исходя из структуры пролеченных случаев (например, в Швеции и Финляндии), а в других – для определения тарифов оплаты стационарной помощи (например, в США, Франции и Германии).

Вне зависимости от целей применения КСГ этот метод имеет два основных достоинства. Во-первых, КСГ дают возможность получить более прозрачную картину о фактически предоставляемых услугах стационара (за счет классификации пролеченных случаев, измерения результатов деятельности стационаров и т.д.). Такой эффект возникает в процессе отнесения большого числа пролеченных случаев, каждый из которых уникален, к одной из немногочисленных групп в зависимости от ряда общих характеристик (Fetter et al., 1980). Во-вторых, система оплаты медицинской помощи, основанная на КСГ, формирует мотивацию для эффективного использования ресурсов внутри стационаров, так как оплата услуг стационаров производится в соответствии с количеством и видами пролеченных случаев. Кроме того, предполагает

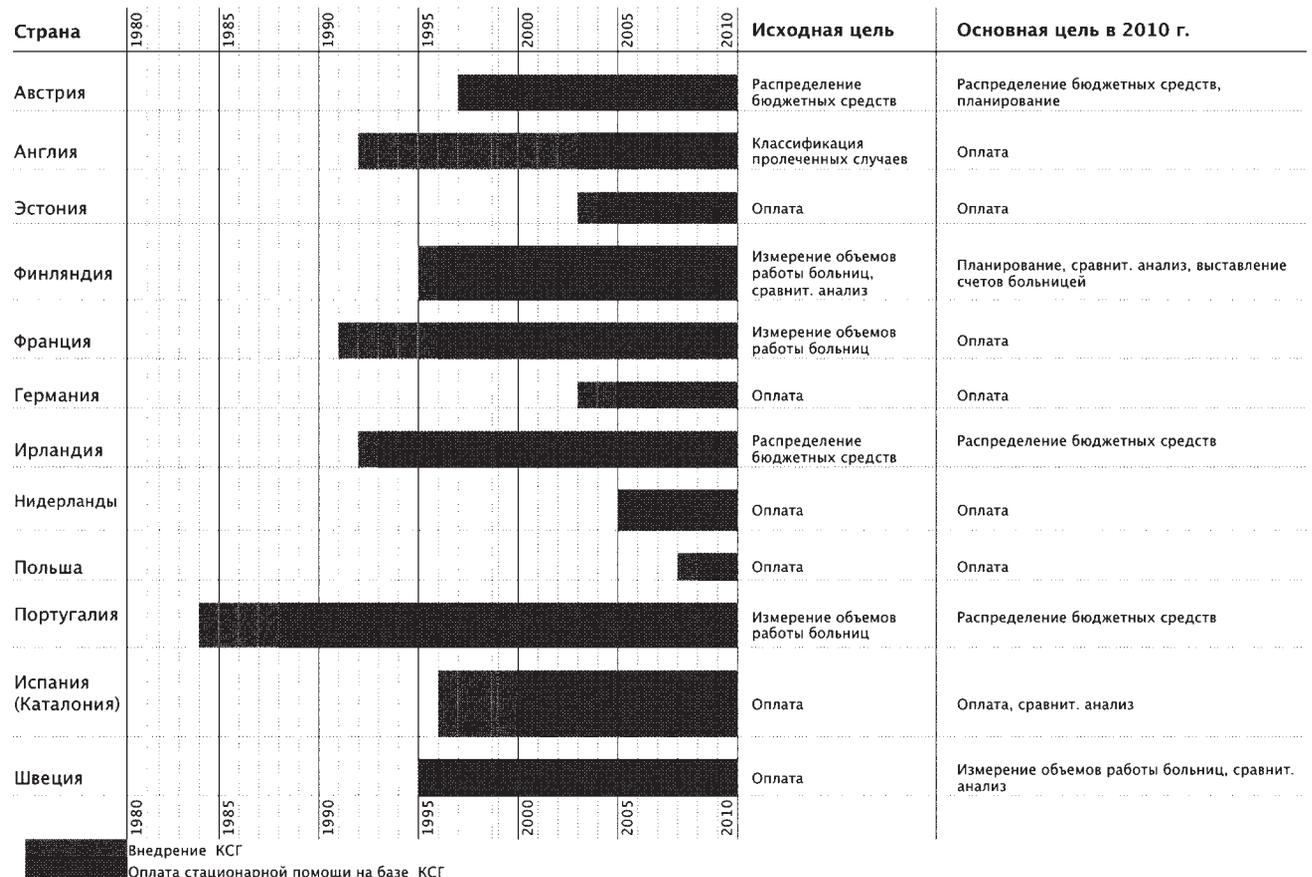


Рис. 1. Европейские страны, использующие систему оплаты стационарной помощи на основе КСГ

ся, что сочетание прозрачности и эффективного использования ресурсов способствует повышению качества медицинского обслуживания или, как минимум, поддержанию его на надлежащем уровне.

Основные компоненты систем оплаты стационарной помощи на основе КСГ

Несмотря на то, что КСГ активно применяются во многих странах мира, и количество таких стран постоянно растет (Kimberly et al., 2008), можно констатировать, что какой-либо стандартной (идеальной) модели не создано. Каждая страна определяет свои подходы к определению основных параметров модели, исходя из уровня развития клинических и информационных технологий, наличия экономической информации, структурных особенностей и иных факторов.

Система оплаты стационарной помощи на основе КСГ включает четыре основных компонента:

- Система классификации пролеченных случаев используется для группировки случаев по взаимно-исключающим категориям (группам), число которых может варьироваться. Эти категории объединяют диагнозы, клинически связанные и схожие по затратоемкости (т.е. однородные как с медицинской, так и с экономической точки зрения);
- Система учета затрат стационара необходима для определения относительной стоимости каждой категории (группы), которая, как правило, рассчитывается исходя из стоимости лечения «среднего» пациента в данной конкретной категории;
- Экономические параметры системы включают «базовую ставку», которая представляет собой стоимость среднего по системе случая и используется для последующего расчета стоимости пролеченного случая, исходя из относительной стоимости группы, а также поправочные коэффициенты, учитывающие различия в структурных или иных

факторах. Например, поправочные коэффициенты могут отражать уровень организации стационарной помощи, географические особенности, а также факторы, специфичные для конкретного случая (нетипичная продолжительность пребывания в стационаре, использование дорогостоящих медикаментов и т.д.);

- Система управления, включающая в себя информационную систему, порядок выставления счетов и отчетности, а также систему мониторинга и оценки.

Эффективность функционирования системы оплаты на основе КСГ зависит от того, насколько хорошо выполнен дизайн каждого компонента и продуманы связи между ними (рис. 2).

Система классификации пролеченных случаев

Большинство классификаторов КСГ берут свое начало от системы классификации пролеченных случаев, разработанной в Йельском университете и примененной Администрацией финансирования здравоохранения США (Fetter et al., 1980). Фактическая классификация случаев практически всегда производится при помощи прикладных программных средств, которые присваивают случаю соответствующий код КСГ, исходя из вводимых данных.

На рис. 3 приведены наиболее часто встречающиеся классификационные критерии и частота их применения.

Как показано на рис. 3, клинические данные, такие как диагноз и хирургическое вмешательство, являются наиболее важными критериями для классификации пролеченных случаев и используются во всех моделях КСГ. Важнейшее требование к системе КСГ – это кодирование клинических данных в соответствии со стандартизированными системами классификации. Большинство стран используют 10-ю редакцию Международной классификации болезней (МКБ-10) для кодирования диагнозов. Что ка-

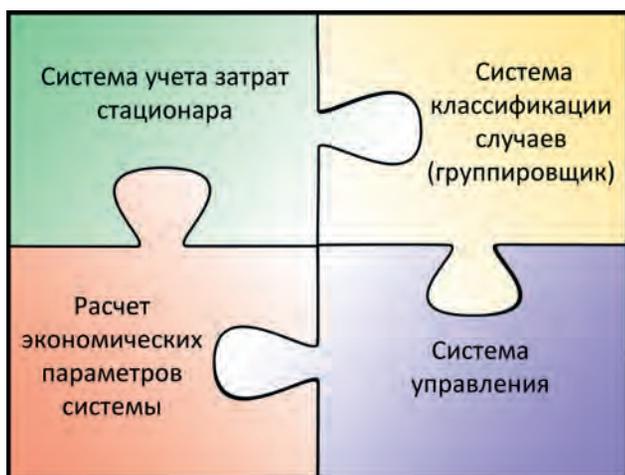


Рис. 2. Основные компоненты системы оплаты на основе КСГ



Рис. 3. Классификационные критерии КСГ

Таблица 1. Примеры подходов к кодировке клинических параметров

Страна	Кодирование диагнозов	Кодирование хирургических вмешательств и процедур
Австрия	МКБ-10-АТ	Справочник операций «Leistungskatalog»
Англия	МКБ-10	OPCS – классификация Бюро переписи населения и исследований
Эстония	МКБ-10	NCSP – Классификация хирургических процедур Nomesco
Финляндия	МКБ-10	NCSP – Классификация хирургических процедур Nomesco
Франция	МКБ-10	CCAM – Классификация операций для системы здравоохранения
Германия	МКБ-10-GM	OPS – Справочник операций и процедур
Ирландия	МКБ-10-АМ	АСНІ – Австрийская классификация медицинской помощи
Нидерланды	МКБ-10	Электронный справочник видов услуг
Польша	МКБ-10	МКБ-9-СМ
Португалия	МКБ-9-СМ	МКБ-9-СМ
Испания	МКБ-9-СМ	МКБ-9-СМ
Швеция	МКБ-10	NCSP - Классификация хирургических процедур Nomesco
	В целом стандартный подход	Нет единого стандарта

сается кодирования хирургических вмешательств и процедур, то здесь международного стандарта нет. В связи с этим многие страны разработали свои собственные классификаторы: эти системы довольно разнообразны с точки зрения количества позиций, концепции классификации, стандартов кодирования и руководств (см. табл. 1). Несмотря на относительную схожесть структуры многих систем КСГ, точное определение конкретной КСГ в разных системах может сильно отличаться (Kobel et al., 2011).

К другим часто используемым критериям классификации относятся: возраст, пол, основание для выписки из стационара (например, смерть или перевод в другое учреждение), продолжительность пребывания в стационаре, степень тяжести или сложности случая (часто определяемая сопутствующими диагнозами). Введение дополнительных критериев может повысить экономическую однородность групп, но вместе с тем может возрасти и соблазн манипуляции кодами или методами лечения. Это необходимо принимать во внимание при отборе дополнительных классификационных критериев.

Классификатор КСГ необходимо регулярно обновлять для обеспечения клинической и экономической однородности групп, особенно в случаях, когда технологические инновации или иные факторы приводят к существенным изменениям в подходах к лечению и в стоимости услуг. В большинстве стран для регулярного обновления систем КСГ используются подробные клинические и экономические данные, которые предоставляют стационары на репрезентативной основе.

Анализ развития классификаторов КСГ с течением времени показывает следующие основные тенденции. Системы КСГ, изначально разработанные для многопрофильных стационаров, постепенно расширяются через включение в них отдельных амбулаторных услуг, услуг дневной хирургии, а также услуг специализированных стационаров.

Количество групп увеличилось во всех странах. Для этого существует несколько основных причин. Во-первых, критерии классификации КСГ дополнились критерием степени тяжести для более четкой дифференциации сложности случая. Во-вторых, в некоторых странах введен отдельный раздел для услуг дневных стационаров.

Система учета затрат стационаров

Подробные данные о затратах стационара имеют важнейшее значение для определения стоимости каждой КСГ и, в целом, для разработки справедливой системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ. Если данные о затратах стационара не позволяют выявить различия в затратах на лечение отдельных пациентов, то невозможно сформировать экономически однородные КСГ. Кроме того, если данные о затратах стационара не точны, рассчитанные весовые коэффициенты для отдельных КСГ могут оказаться либо выше, либо ниже фактических, и, следовательно, оплата услуг стационара по конкретной КСГ может либо превысить фактические затраты, либо не покрыть их. Поэтому справедливость систем оплаты стационарной помощи на основе КСГ и способность этих систем стимулировать рост эффективности во многом зависят от качества данных о затратах стационара, лежащих в основе разработки этих систем и расчета весовых коэффициентов КСГ.

Во многих странах отсутствуют стандартизированные и, следовательно, сопоставимые данные о затратах стационаров. Это одна из причин, по которой страны, не обладающие высококачественными данными о затратах стационаров, импортировали системы КСГ, включая весовые коэффициенты (Ирландия, Италия, Португалия и Испания). При этом они внесли поправки в импортированные весовые коэффициенты с учетом местных цен,

Таблица 2. Сбор данных о затратах в ряде европейских стран

	Количество (доля) стационаров, собирающих данные о затратах	Прямое отнесение затрат на пролеченный случай
Австрия	20 референтных стационаров (~8% всех стационаров)	Учет валовых затрат
Англия	Все стационары	Отнесение затрат «сверху-вниз»
Эстония	Все стационары, заключившие договоры с национальным фондом медицинского страхования	Отнесение затрат «сверху-вниз»
Финляндия	5 референтных стационаров (~30% специализированной помощи)	Отнесение затрат «снизу-вверх»
Франция	99 стационаров (~ 13% госпитализаций)	В основном, отнесение затрат «сверху-вниз»
Германия	~250 стационаров (~ 15% всех стационаров)	В основном, отнесение затрат «снизу-вверх»
Нидерланды	себестоимость: 15-25 стационаров (~ 24% всех стационаров)	Отнесение затрат «снизу-вверх»
Швеция	(~ 62% госпитализаций)	Отнесение затрат «снизу-вверх»

используя укрупненные данные о затратах. Другие страны (например США) разработали системы КСГ на основе данных о продолжительности пребывания пациента в стационаре, которые рассматривались как косвенный показатель затрат.

Введение КСГ во многих европейских странах содействовало совершенствованию систем учета затрат в стационарах. После введения КСГ для целей классификации пролеченных случаев, и, тем более, после введения систем оплаты стационарной помощи на основе КСГ в большинстве стран были внедрены стандартизированные системы учета затрат. Были изданы национальные справочники по учету затрат, где приводятся подробные правила и определения центров затрат и категорий затрат, описаны методы и принципы распределения средств по конечным центрам затрат и пролеченным случаям. В табл. 2 приведены примеры размеров выборки стационаров, участвующих в исследованиях по анализу затрат, и критерии отнесения прямых затрат на стоимость случая.

Введение системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ пробуждает у руководства стационаров стремление оптимизировать существующие системы учета затрат, так как без качественных учетных данных сложно оценить, возможно ли оказывать медицинскую помощь с затратами ниже установленной ставки оплаты, рентабельно ли их учреждение, или оно несет убытки по каким-то определенным КСГ. Кроме того, для определения затратнообразующих факторов в разрезе КСГ и для управления процессом предоставления услуг руководству стационара необходима подробная информация о стоимости вводимых ресурсов – это та информация, которая может быть получена с помощью качественной системы учета затрат.

Экономические параметры системы

Оплата стационарной помощи на основе КСГ определяется исходя из весового коэффициента КСГ, отражающего относительную стоимость пролеченного случая в рамках данной КСГ. Для определения фактического платежа за лечение случая, относящегося к определенной группе, весовой коэффициент данной группы умножается на «базовую ставку», которую можно определить как среднюю стоимость лечения случая в системе КСГ.

Как правило, существуют два основных варианта использования системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ. В первом случае, каждый пролеченный случай относится к соответствующей группе, а стационар получает оплату за пролеченный случай, определяемый весовым коэффициентом соответствующей КСГ. Во втором случае, бюджетные средства распределяются по отдельным стационарам исходя из количества и структуры КСГ, сложившихся в один из предыдущих годов или ожидаемых в следующем году.

Типология пролеченных случаев (т.е. сумма весов всех КСГ, «пролеченных» стационаром) и средний весовой коэффициент затратоемкости, как правило, являются определяющими факторами при распределении бюджетных средств. Помимо этого, применяются поправочные коэффициенты, учитывающие структурные показатели и отдельные высокозатратные случаи. В некоторых странах (Германия, Финляндия) проводятся переговоры по бюджетному лимиту, который ограничивает общую сумму средств, которые стационары могут получить в системе оплаты на основе КСГ.

Для различных видов стационаров могут устанавливаться различные коэффициенты коррекции, например, с учетом специализации или географического располо-

2000-2002 гг. 2003 - 2004 гг. 2005 - 2009 гг. с 2010 г.

1) Этап подготовки	2) Этап, нейтральный к бюджету	3) Этап сближения с базовыми ставками по всему региону	4) Обсуждение стратегии
	Ретроспективный бюджет (2003) ↓ Преобразования ↓ Бюджет по системе КСГ (2004)	<p>Ставка, устанавливаемая для конкретной больницы</p> <p>↓ 15%</p> <p>↑ 20%</p> <p>↑ 20%</p> <p>↑ 20%</p> <p>↑ 25%</p> <p>Базовая ставка для всего региона</p> <p>↑ 25%</p> <p>↑ 20%</p> <p>↑ 20%</p> <p>↑ 15%</p> <p>Ставка, устанавливаемая для конкретной больницы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксированные или максимальные цены • Переговоры по выборочным или единым ценам • Обеспечение качества (корректировка) • Бюджетирование (объем услуг) • Бюджетирование по принципу многоканальности или одноканальности

Рис. 4. Иллюстрация этапов перехода к единой ставке в Германии

жения учреждения. Иногда для отдельных стационаров устанавливаются индивидуальные поправочные коэффициенты, которые защищают стационары от катастрофических потерь в случае сокращения бюджета, что приводит к существенному снижению эффекта от использования системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ. В то же время важно учитывать индивидуальные особенности на этапе внедрения системы, когда стационар еще не адаптировался к новым стимулам и условиям. Например, в Германии индивидуальные поправочные коэффициенты для отдельных стационаров использовались в течении 5 лет, пока страна не подготовилась к установлению единой базовой ставки (рис. 4).

Также в системе КСГ могут использоваться дополнительные коэффициенты для учета отдельных особо затратных случаев. Это могут быть случаи госпитализации, при которых пациент лежит в стационаре гораздо дольше, чем в среднем, или случаи, по которым стационар не получает адекватного возмещения в рамках системы оплаты на основе КСГ (например, гемодиализ или другие высоко затратные технологии).

В большинстве стран, использующих систему оплаты за случай на основе КСГ, применяются меры макроэкономического контроля цен/объемов для предупреждения чрезмерного роста стоимости услуг (глобальные бюджеты стационаров, отраслевые бюджеты или снижение цен).

Система управления

Для функционирования системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ необходима информационная система для сбора информации, которая будет использоваться для определения ставки оплаты по каждому

случаю, а также для документирования процесса выставления счетов и оплаты. Кроме того, информационные системы способствуют повышению уровня управляемости, как на уровне поставщика услуг, так и на уровне покупателя услуг. Поставщик услуг может использовать информационные системы для оптимизации процессов распределения своих ресурсов и предоставления услуг, а покупатель услуг - для совершенствования систем обеспечения качества, оптимизации использования ресурсов и повышения эффективности организации медицинской помощи. Базовая информационная система состоит из двух компонентов:

- ➔ База данных стационарных больных, содержащая данные о всех пациентах, выписанных из всех стационаров, включенных в систему оплаты на основе КСГ;
- ➔ База данных, содержащая информацию по учету затрат.

Информационные системы должны не только обеспечивать расчеты по выставленным счетам, но и обеспечивать мониторинг изменений в типологии пролеченных случаев, поддерживать систему обеспечения качества медицинской помощи и подготовку статистической отчетности.

Внедрение системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ

Понимание эффектов

Система оплаты стационарной помощи на основе КСГ формирует три основных экономических стимула:

- (1) Сокращение расходов в расчете на один пролеченный случай;

- (2) Увеличение доходов в расчете на один пролеченный случай;
- (3) Увеличение числа пролеченных случаев.

В связи с тем, что система оплаты на основе КСГ стимулирует стационары к повышению уровня производительности и максимальному снижению затрат, есть основания полагать, что эта система способствует росту эффективности. Данная система оплаты предполагает соревнование стационаров (Schleifer, 1985). Суть указанного соревнования состоит в том, что цена на конкретный продукт (например, конкретную КСГ) устанавливается на уровне средней стоимости данного продукта в других учреждениях. Если стационар затрачивает на лечение случая, относящегося к данной КСГ, меньше средней стоимости по другим стационарам, он получает непосредственную выгоду от сохранения за собой остатка средств. Если у стационара наблюдается перерасход, у него образуется дефицит средств и формируется риск банкротства. Все стационары, включая работающие наиболее эффективно, мотивированы на постоянное сокращение расходов. В распоряжении стационаров существует множество путей повышения эффективности: оптимизация потоков пациентов для сокращения их продолжительности пребывания в учреждении; предупреждение дублирования диагностических исследований или проведения ненужных исследований; замена дорогостоящих методов лечения аналогичными по эффективности, но менее затратными методами.

Степень воздействия данных стимулов определяется долей поступлений от системы оплаты на основе КСГ в общих доходах стационара и той степенью, в которой весовые коэффициенты КСГ и коэффициенты их конвертации в денежный эквивалент отражают структуру расходов конкретного стационара.

Предполагается, что чем выше доля поступлений от системы оплаты на основе КСГ в общих доходах стационара, тем более эффективно будут работать стимулы, создаваемые этой системой. Например, в таких странах, как Германия или Нидерланды, где системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ дополняются ограничениями общего бюджета стационаров, стимулы к повышению активности работы стационара оказываются слабее, чем в Венгрии или США, где к бюджетам стационаров и производимым ими объемам услуг не применяются предельные значения. Кроме того, в странах, где системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ работают в рамках предельных размеров бюджетов, ситуация может различаться в зависимости от того, допускается ли превышение бюджетных лимитов. Например, в Германии стационары вправе превысить бюджетный лимит, но по случаям, пролеченным сверх согласованного бюджета, платежи будут осуществляться по заниженной ставке. В Нидерландах в конце года стационары должны возвращать все поступления, полученные в системе оплаты на основе КСГ, по случаям, пролеченным сверх бюджетных ограничений.

Применение индивидуальных поправочных коэффициентов снижает степень воздействия стимулов. Например, в Польше, где применяются единые государственные ставки тарифов, стационары серьезно мотивированы на снижение затрат на лечение до уровня ниже тарифа по КСГ. В Финляндии наблюдается иная картина: платежи стационарам осуществляются по индивидуальной ставке стационара, причем базовая ставка определяется делением суммы согласованного бюджета стационара на прогнозный показатель объема деятельности. Следовательно, у финских стационаров нет стимула для снижения своих затрат до уровня стоимости лечения в других стационарах. Более того, любой накопленный в стационаре дефицит возмещается муниципальными властями, которые являются одновременно и покупателями, и поставщиками стационарных услуг.

КСГ позволяют представить результаты деятельности стационаров в форме комплексных стандартизованных показателей и проводить анализ, который в противном случае был бы невозможен. Например, руководители учреждений и лица, принимающие решения, могут сопоставить такие показатели, как продолжительность пребывания в стационаре и затраты в рамках одной КСГ в разрезе стационаров или отделений стационара. Кроме того, КСГ представляет собой основу для точного расчета затрат на лечение конкретного пациента, учитывающего измеряемые характеристики пациента и характеристики оказываемой медицинской помощи. Таким образом, система КСГ обеспечивает возможность проведения сравнительного анализа результатов работы и эффективности стационаров, а также делает прозрачной информацию об оказываемых в стационаре услугах и о затратах на предоставление данных услуг.

Проводилось несколько исследований для сравнения эффективности до и после введения системы КСГ, основываясь на таких показателях, как продолжительность пребывания в стационаре, уровень стационарной активности и уровень затрат. При рассмотрении результатов подобных долгосрочных исследований необходимо учитывать сложность определения прямых эффектов именно от введения системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ в ряду иных параллельных воздействий (развитие медицинских технологий, изменение законодательства). Кроме того, исследования показали, что эффект от введения системы оплаты на основе КСГ зависит от метода оплаты, который применялся до внедрения новой системы. В США, где система оплаты стационарной помощи на основе КСГ пришла на смену методу оплаты за услуги, новая система обеспечила более сильную мотивацию к снижению издержек (Berki, 1985). И, наоборот, в Европе, где система оплаты на основе КСГ во многих случаях заменила систему сметного финансирования, стационары, скорее, склонны наращивать объемы деятельности, что может привести к росту затрат. В большинстве стран (за исключением США) с введением системы оплаты стационарной помощи на основе

КСГ средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре в целом сократилась, а число пролеченных случаев увеличилось. В большинстве стран введение данной системы оплаты привело к повышению общих расходов стационара, что частично связано с повышением уровня активности. Вместе с тем, показатель удельных затрат снизился. В целом система мотивации, формирующаяся при системе оплаты услуг стационара на основе КСГ, способствует перенесению акцента со стационарного звена медицинской помощи на медицинскую помощь, оказываемую в дневных стационарах, и амбулаторную помощь (Street et al., 2011).

При слишком сильной мотивации к сокращению затрат и отсутствии у регулирующих органов соответствующих возможностей для адекватного мониторинга качества медицинской помощи введение системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ может привести к нежелательным последствиям. С другой стороны, в связи с тем, что КСГ предоставляют четкие и значимые показатели измерения результатов деятельности стационара и, таким образом, обеспечивают основу для мониторинга и сравнительного анализа работы стационаров, они могут внести свой вклад в повышение качества медицинского обслуживания. Помимо этого, повышение качества может стать результатом усилий по сокращению затрат. Например, совершенствование координации деятельности стационарных учреждений, амбулаторных учреждений и учреждений долговременного пребывания может привести как к сокращению затрат, так и к повышению качества медицинского обслуживания. Тем не менее, у специалистов остаются основания для опасений (Rogers et al., 1990) по поводу искушения для стационаров сокращать издержки за счет снижения качества. Например, в связи с тем, что в КСГ не указаны конкретные услуги, которые должны быть оказаны при лечении конкретного пациента, стационары могут «сэкономить» на качестве, опуская определенные диагностические исследования, не соблюдая требования гигиены, сокращая количество персонала или выписывая пациентов слишком рано.

Наконец, ряд специалистов продолжают выражать озабоченность в связи с тем, что данная система не достаточно поощряет внедрение и использование технологических инноваций в области здравоохранения (ОТА, 1983). Внедрение любой инновации зависит от того, как это внедрение скажется на общих расходах стационарного учреждения (как капитальных, так и текущих затрат). Технологические инновации могут и увеличить, и уменьшить капитальные затраты или текущие расходы или обе эти статьи. В системе оплаты стационарной помощи на основе КСГ выгоднее инвестировать в технологические инновации, которые снижают затраты в расчете на пролеченный случай, и наоборот, не выгодно инвестировать в те технологические инновации, которые приводят к росту затрат на случай. Вместе с тем, является ли воздействие системы оплаты на основе КСГ на решение вопроса о внедрении технологической инновации зна-

чимым или нет, зависит от того, действительно ли данная конкретная инновация повышает качество медицинского обслуживания. В тех случаях, когда технологическая инновация стоит дороже, но не повышает качества медицинского обслуживания, эффект воздействия системы оплаты на основе КСГ (а именно недопущение внедрения подобных инноваций) соответствует общественным интересам. Однако когда технологические инновации повышают качество медицинского обслуживания и, вместе с тем, приводят к увеличению расходов, оплата стационарной помощи на основе КСГ может стать антистимулом. Чтобы не допустить этого и отразить изменения в медицинских технологиях, многие страны со временем изменяют значения весовых коэффициентов КСГ.

Вопросы внедрения

Поэтапное внедрение. Как правило, лучше начать с экспериментального внедрения новой системы оплаты в «бумажной» форме без рисков и без каких-либо изменений существующих потоков финансирования. Экспериментальная «бумажная» апробация полезна для моделирования изменений и расчета возможных последствий перехода на новый метод оплаты. Кроме того, на этом этапе начинается формирование информационной системы и сбора данных о пролеченных случаях для моделирования изменений в системе распределения ресурсов после введения системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ. «Бумажная» система может быть использована для демонстрации медицинским организациям воздействия новой системы на их бюджеты, чтобы они заранее начинали подстраивать методы внутреннего управления учреждением к новой системе во избежание финансовых потерь. По окончании экспериментального внедрения, новая система оплаты может внедряться поэтапно несколькими методами:

- Поэтапное включение стационарных учреждений в новую систему (введение новой системы в ряде стационаров, затем постепенное ее тиражирование на другие стационары; или введение системы во всех стационарах одной административно-территориальной единицы и постепенное тиражирование системы в других административно-территориальных единицах);
- Поэтапное включение расходов, возмещаемых в рамках новой системой оплаты (сначала возмещение только ряда статей расходов стационара, а затем постепенное добавление других статей);
- Поэтапное включение различных видов случаев (сначала возмещение расходов по ограниченному ряду случаев, а затем постепенное добавление других видов);
- Поэтапный переход от индивидуальных ставок к единой для всех учреждений базовой ставке (введение индивидуальных коэффициентов стационаров в качестве поправочных коэффициентов к базовой ставке для поддержания исторически

сложившегося распределения ресурсов между стационарами и постепенный переход к единой ставке для всех стационаров в системе).

Установление адекватных тарифов для оплаты на основе КСГ. Критически важно обеспечить сбор данных по учету затрат в стационарных учреждениях для введения поправочных коэффициентов в дополнение к весовым коэффициентам КСГ и для обеспечения адекватного уровня возмещения затрат. Если ставки оплаты стационарной помощи на основе КСГ воспринимаются как слишком низкие, возникает риск недостаточного предоставления услуг, снижения качества медицинского обслуживания или систематических злоупотреблений при кодировании случаев, когда выбираются более дорогостоящие коды.

Выбор модели КСГ. Существуют два варианта перехода на систему КСГ: импортирование модели КСГ и разработка отечественной модели КСГ. В табл. 3 приведены примеры из разных стран. Очевидно, что у обоих подходов есть преимущества и недостатки, и решения принимаются исходя из совокупности факторов, включая наличие систем кодировки данных, состояние информационных технологий и т.д.

Анализ и постоянное развитие. Необходимо проводить постоянный анализ и корректировку системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ для учета изменений в медицинских технологиях и в потреблении ресурсов. В одних странах за разработку, сопровождение и дальнейшее развитие системы КСГ несут ответ-

ственность независимые организации. В других странах эти функции выполняют организации системы медицинского страхования.

Предельные размеры бюджетов стационарных учреждений. В большинстве стран системы оплаты стационарной помощи на основе КСГ были внедрены наряду с показателем предельной величины бюджета учреждения, который определяется в ходе переговоров между покупателем и поставщиком услуг. Предельная величина может выражаться в форме максимальной суммы расходов или в форме максимального объема услуг, который подлежит возмещению в течение конкретного года. Предельные величины могут устанавливаться для каждого стационара или для всего сектора стационарной помощи.

Автономность стационарного учреждения. Для достижения желаемого уровня эффективности, стационарам необходима определенная степень автономности в управлении учреждением и расходовании средств. Применение систем оплаты стационарной помощи на основе КСГ может повысить эффективность только в том случае, если руководство учреждением будет вправе вносить изменения в структуру ресурсов, используемых учреждением. К сожалению, это условие сложно выполнить в постсоветских странах, где стационары продолжают функционировать в рамках системы бюджетного финансирования, которая требует предоставления отчетности в соответствии с логикой сметного финансирования, что ограничивает автономность учреждений.

Совершенствование системы оплаты стационарной помощи является частью более широкой программы ре-

Таблица 3. Примеры подходов к выбору модели КСГ

Страна	Год	Модель КСГ	Собственная/Адаптиров.	Основа для адаптации
Австралия	1992 1999	AN-DRG AR-DRG	Адаптированная Собственная	AP-/APR-DRG AN_DRG 3.1, RDDRG
Дания	2002	DkDRG	Собственная	NordDRG
Германия	1995 2003	FP/SE G-DRG	Собственная Адаптированная	AR-DRG 4.1
Франция	1986 1997 1999	GHM 0-3 GHM EfP	Адаптированная Собственная	HCFA-DRG 3.0 GHM-3/AP-DRG GHM
Великобритания	1992 1995 1998	HRG HBG HCF	Собственная Собственная Собственная	
Япония	1998 2003	J-DRG DPC	Собственная Собственная	
Голландия	2003	DBC	Собственная	
Австрия	1997	LDF	Собственная	
Скандинавские страны	1996	NordDRG	Адаптированная	HCFA-DRG 12.0
Швеция	2003-2005	SwissDRG		
Венгрия	1995	HBC	Адаптированная	HCFA-DRG12.0
Румыния	2007		Адаптированная	AN-DRG

формы системы здравоохранения. Переход на систему оплаты стационарных услуг на основе КСГ будет содействовать повышению эффективности и прозрачности деятельности стационарных учреждений, а следовательно, и качества медицинского обслуживания населения.

Литература

1. Berki, S.E. (1985). DRGs, incentives, hospitals, and physicians. *Health Affairs (Millwood)*, 4(4):70–76.
2. Fetter, J., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Casemix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, 18(Suppl. 2):1–53.
3. Fried HO, Knox Lowel CA, Schmidt SS. (2008). *The Measurement of Productive Efficiency and Productivity Growth*. Oxford University Press.
4. Kimberly, J.R., de Pourvoirville, G., D'Aunno, T.A., eds. (2008). *The Globalization of Managerial Innovation in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Kobel C., Thuilliez J, Bellanger M, Pfeiffer KP. (2011). DRG systems and similar patient classification systems in Europe. In Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, (Eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Open University Press.
6. Liu X. 2003. *Policy Tools for Allocative Efficiency of Health Services*. Geneva: World Health Organization.
7. OTA-Office of Technological Assessment. (1983). *Diagnosis Related Groups (DRGs) and the Medicare Program: Implications for Medical Technology – A Technical Memorandum*. OTA-TM-H-17, Washington DC.
8. Prendergast C. (1999). The provision of incentives in firms. *Journal of Economic Literature*, 37, pp. 7-63.
9. Shleifer, A. (1985). A theory of yard-stick competition. *RAND Journal of Economics*, 16(3):319–327.
10. Street, A., O'Reilly J, Ward P, Mason A. (2011). DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence and challenges. In Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, (Eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Open University Press.

Для корреспонденции:

Антонио Гиуффрида – старший специалист в области экономики здравоохранения, Регион Европы и Центральной Азии, Всемирный Банк;

Александр Кацага – консультант, Всемирный Банк;

Джон К. Лангенбруннер – ведущий специалист в области экономики здравоохранения, Всемирный Банк

For correspondence:

Antonio Giuffrida – Senior specialist in the field of healthcare economics, Region of Europe and Central Asia, World Bank;

Alexander Katsaga – Consultant, World Bank;

John K. Langenbrunner – Leading specialist in the field of healthcare economics, World Bank

УДК 614.2

Формирование корпоративной культуры безопасной работы персонала с информационными ресурсами – основа поддержания высокого уровня защищенности в сфере обязательного медицинского страхования

В.А. Поихало

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



В.А. Поихало

Резюме

Руководством Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования уделяется большое внимание вопросам защиты персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, а также других сведений ограниченного доступа, обрабатываемых субъектами и участниками обязательного медицинского страхования. В системе обязательного медицинского страхования создана и постоянно совершенствуется комплексная система информационной безопасности, важнейшей составной частью которой является про-

ведение мероприятий по повышению компетентности работников сферы ОМС в вопросах обеспечения информационной безопасности.

Ключевые слова: сфера обязательного медицинского страхования, защита персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, информационная безопасность, «человеческий фактор», компетентность работников сферы обязательного медицинского страхования в вопросах обеспечения информационной безопасности.

Abstract

Formation of corporate culture for a safe work of personnel with information resources - the basis of maintaining a high level of protection in the field of obligatory medical insurance

V.A. Poikhalo

Head of the Department for Information Security

The management of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance and the Territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance pays a great attention to matters of the protection of personal data of insured individuals and the information on the medical aid provided to them, as well as other information of restricted access, processed by acting subjects and participants in obligatory medical insurance.

In the system of obligatory medical insurance an integrated system of information security has been created and is

constantly being improved which most important part is to carry out measures to increase the competence of OMI employees in the matters of information security.

Key words: field of obligatory medical insurance, protection of personal data of insured individuals and information of provided medical aid, information security, «the human factor», competence of employees of obligatory medical insurance sector in matters of information security.

Публикацией данного материала мы начинаем знакомить читателей журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» с вопросами обеспечения информационной безопасности в сфере ОМС. Необходимость освещения данных вопросов на страницах журнала вызвана прежде всего тем огромным значением, которое имеют в нашей повседневной деятельности задачи защиты персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, а также иных сведений ограниченного доступа, обрабатываемых субъектами и участниками обязательного медицинского страхования в своих информационных системах.

Многим специалистам сферы обязательного медицинского страхования, связанным с областью информационных технологий, хорошо известны аналитические отчеты исследовательской и консалтинговой компании Gartner, посвященные оценке состояния различных аспектов мировых IT-рынков.

Проводя анализ статистики нарушений информационной безопасности в различных организациях, компания Gartner делает заключение, что порядка 60% всех подобных нарушений происходят по вине работников организаций, 80% нарушений информационной безопасности связаны с халатностью, недостаточной компетентностью и безответственностью персонала.

К аналогичным выводам приводят исследования Аналитического центра InfoWatch, которые показывают, что в 77% случаев основной причиной утечки конфиденциальной информации явились небрежность и безответственность сотрудников компаний.

Таким образом, так называемый «человеческий фактор» оказывает значительное влияние на состояние информационной безопасности, представляет для неё серьёзную угрозу.

Как известно, человек является самым непредсказуемым звеном любой системы. Работник может забыть ознакомиться с правилами и требованиями по обеспечению информационной безопасности, недооценить или превратно истолковать, не понять их и даже в силу различных причин игнорировать или сознательно нарушать установленные в организации требования.

В ряде случаев такое непонимание может происходить не потому, что работник не хочет овладеть специальными знаниями, а из-за отсутствия навыков и умения грамотно донести необходимую информацию до персонала у руководителей и работников, являющихся специалистами в области информационной безопасности.

Фонды обязательного медицинского страхования, в базах данных которых ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, заинтересованы в нейтрализации данной угрозы.

Как же бороться с такой негативной ситуацией?

Следует отметить, что качественное обеспечение ин-



*Работник территориального фонда, не забудь сменить пароль!
Регулярная смена пароля – основа успешной и безопасной работы!*

формационной безопасности любой организации, функционирующей в системе обязательного медицинского страхования, невозможно без надлежащей поддержки руководства.

Ведь руководителям имеют самое непосредственное отношение к проблемам информационной безопасности. Руководители принимают стратегические решения по всем вопросам совершенствования нормативной документации, функционирования информационных систем, развития информационной базы, построения комплексных систем информационной безопасности организации, о принятии на работу специалистов различных профилей.

Более того, национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р ИСО/МЭК 17799-2005 (пункт 4.1.1. «Управляющий совет по вопросам информационной безопасности») и международный стандарт ISO/IEC 27002:2005 (пункт 6.1.1. «Обязательства руководства по защите информации») прямо определяют, что руководству организации следует активно поддерживать информационную безопасность в организации посредством четких распоряжений, демонстрируемых обязательств, точного



*Соблюдай правила работы с конфиденциальной информацией!
Не забудь сдать в архив отработанные конфиденциальные документы!*

назначения и признания обязанностей в области защиты информации.

Для этого, в соответствии с вышеприведенными стандартами, руководству организации следует:

- убедиться, что цели в области защиты информации определены, отвечают требованиям законодательства Российской Федерации по вопросам обеспечения информационной безопасности и встроены в значимые процессы;
- определять, пересматривать и утверждать политику информационной безопасности организации;
- предоставить четкие указания и поддержку инициатив

циатив в области информационной безопасности;

- выделять ресурсы, необходимые для обеспечения информационной безопасности;
- утвердить назначение конкретных ролей и ответственности за обеспечение информационной безопасности;
- инициировать выполнение планов и программ по поддержанию осведомленности работников в вопросах информационной безопасности;
- убедиться, что внедрение механизмов контроля состояния информационной безопасности реализуется и координируется по всей организации.

Таким образом, одним из путей исключения возможных нарушений системы информационной безопасности со стороны работников организации является внедрение в сфере обязательного медицинского страхования комплексной системы информационной безопасности, включающей проведение мероприятий по повышению компетентности работников всех уровней в вопросах обеспечения информационной безопасности.

Необходимо, чтобы каждый работник знал требования концепций и политик информационной безопасности, принятых в организации, ознакомился под роспись с Инструкцией по конфиденциальному делопроизводству, Перечнем конфиденциальной информации (документов, носящих конфиденциальный характер) и других сведений ограниченного доступа своего фонда обязательного медицинского страхования, законодательными актами Российской Федерации и иными нормативными документами по вопросам защиты информации.

Осведомленность персонала в вопросах обеспечения информационной безопасности позволяет каждому работнику узнать о возможных опасностях и проблемах, которые могут возникать при работе с информацией, носящей конфиденциальный характер, научиться избегать проблемных ситуаций, выработать полезные навыки,



Обеспечение защиты персональных данных застрахованных в системе обязательного медицинского страхования граждан – одна из основных задач работников сферы ОМС!

способствующие поддержанию высокого уровня информационной безопасности.

В случае невозможности повысить осведомленность работников в вопросах информационной безопасности собственными силами, руководству следует определить потребность во внешних консультациях специалистов по данному вопросу. Тем более, что такие возможности предоставляются в настоящее время многими учебными центрами.

Обучение персонала, направленное на получение знаний в области основ защиты информации, изуче-

ние политик информационной безопасности, принятых в организации, формирование корпоративной культуры безопасной работы с информационными системами и информационными ресурсами – это только первый шаг в работе по повышению уровня осведомленности работников в вопросах информационной безопасности.

Далее следует организовать повседневную работу по поддержанию соответствующей атмосферы информационной безопасности в организации, по контролю знаний работниками требований в данном вопросе, а также применения полученных знаний на практике.

Для корреспонденции:

Поихало Владимир Андреевич – канд. тех. наук, доцент, начальник отдела информационной безопасности Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

E-mail: poihrvad@ffoms.ru

Тел.: 8496 987 03 80, добавочный тел. 1591

Адрес г. Москва ул. Новослободская, д.37, ГСП-4, 127994

For correspondence:

Poikhalo V.A. – PhD in Technical Sc., Associate Professor, Head of the Department of Information Security of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance.

E-mail: poihrvad@ffoms.ru

Tel.: 8496 987 03 80, add. tel. 1591

Address: Moscow, Ul. Novoslobodskaya 37, GPS-4, 127994

УДК 616-084

Диспансеризация населения – важный фактор сохранения здоровья

Г.Б. Артемьева¹, И.А. Гехт²¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области²Самарский государственный медицинский университет

Г.Б. Артемьева



И.А. Гехт

Резюме

Одной из важных особенностей современного здравоохранения Российской Федерации является перенос акцентов на профилактику заболеваний. Этой цели призвана служить диспансеризация. В рамках национального проекта «Здоровье», начиная с 2006 года, дополнительную диспансеризацию прошло 129560 человек. В 1 группу здоровья вошли 25,3% осмотренных граждан, 2 группу здоровья составили 6,6%, 3 группу - 66,3% лиц, прошедших диспансеризацию, в 4 группу здоровья вошло 1,7% подвергнутых диспансеризации граждан, 0,04% по итогам диспансеризации нуждались в высокотехнологичной медицинской помощи. Среди

выявленных больных на диспансерный учет в поликлиниках были взяты 31,6% пациентов. Полностью признаны выздоровевшими после соответствующего лечения 12,4%, улучшение состояния здоровья отмечено у 20%, у 9,7% пациентов состояние ухудшилось, среди них каждый третий был признан инвалидом, у 57,9% не отмечено каких-либо изменений в состоянии здоровья.

Ключевые слова: Профилактика, диспансеризация, национальный проект «Здоровье».

Abstract

Health Assessment of the Population as the Main Factor of Health Preservation

G.B. Artemyeva¹, I.A. Gekt²¹The Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance in the Ryazan Region;²The Samara State Medical University

One of the important features of the modern Russian Healthcare Service is the focus shift to diseases prevention. The health assessment of the population is designed to serve this goal.

Since 2006 in the framework of the National Project «Health» 129,560 individuals were subject to an additional health assessment. The 1st health group included 25.3% of the examined patients, the 2nd health group - 6.6%, the 3rd group - 66.3% and the 4th group consisted of 1.7%. According to the results of the health assessment 0.04% of

citizens required a high-tech medical care. Among the identified sick people 31.6% of patients were admitted to hospitals subject to the prophylaxis. After the proper treatment 12.4% are considered completely healthy. Improvement in health was noted for 20% of patients. The health condition deteriorated in 9.7% of patients; among them every third was recognized as a handicapped person. There were no changes in health status of 57.9%.

Key words: Prevention, health assessment, the National Project «Health».



Диспансеризация работающих граждан в ГБУ РО ОКБ

Одной из важных особенностей современного здравоохранения Российской Федерации является перенос акцентов на профилактику заболеваний. Этой цели призвана служить диспансеризация – система мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качество жизни [4, 5, 6].

Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в рамках национального проекта «Здоровье», начатое в 2006 году, являлось одним из ведущих направлений в деятельности медицинских организаций Рязанской области в течение последних 7 лет. За истекший период дополнительную диспансеризацию прошло 129560 человек, 57,2% из которых составляют горожане, 42,8% – сельские жители. Следует отметить, что в 2011 году для проведения диспансеризации стали активно использовать выездные бригады, 12,2% прошедших диспансеризацию были осмотрены врачами-специалистами выездных бригад.

Представляет интерес распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья.

В 1 группу здоровья (практически здоровые) вошли 25,3% осмотренных граждан. 2 группу здоровья (риск развития заболеваний) в структуре осмотренных составили 6,6%. Нуждались в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторно-поликлинических условиях (3 группа здоровья) 66,3% лиц, прошедших диспансеризацию. В 4 группу здоровья (нуждавшиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарах субъекта РФ) вошло 1,7% подвергнутых диспансеризации граждан, 0,04% по итогам диспансеризации нуждались в высокотехнологичной медицинской помощи (5 группа здоровья) (рис. 1). В течение всего периода проведения дополнительной диспансеризации наблюдается тенденция снижения числа лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании в стационарных условиях с 5,1% в 2006 году до 0,5% в 2011 году. Это связано с укреплением материально-технической базы амбулаторного звена, в частности, с укомплектованием медицинских организаций необходимой диагностической аппаратурой.

При анализе заболеваемости, выявленной во время прохождения дополнительной диспансеризации, было установлено, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения, причем с годами уровень выявленной заболеваемости растет: 2009 год – 39 на 100

Схема проведения анализа диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье»



осмотренных, 2010 год – 40,1, 2011 год – 41,5 (рост по сравнению с 2009 годом на 6,4%) (рис. 2).

Примерно на одном уровне регистрируется заболеваемость при болезнях мочеполовой системы и нервной системы: соответственно 16,0-16,6 на 100 осмотренных и 10,2-10,6.

В текущем году в 7 медицинских организациях города Рязани были изучены отдаленные результаты до-

полнительной диспансеризации работающих граждан, которая была проведена в рамках национального проекта «Здоровье» в 2008 году. Репрезентативная выборка составила 215 амбулаторных карт работающих жителей города Рязани, прошедших диспансеризацию, у которых была выявлена патология. Из амбулаторных карт этих пациентов были выкопированы данные о всех проведенных медицинских мероприятиях. Нами была

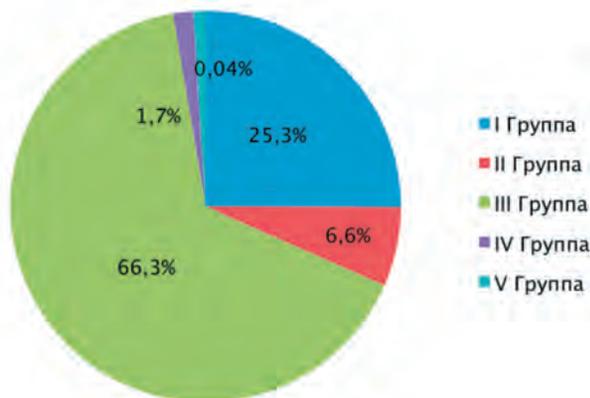


Рис. 1. Распределение лиц, прошедших диспансеризацию, по группам здоровья

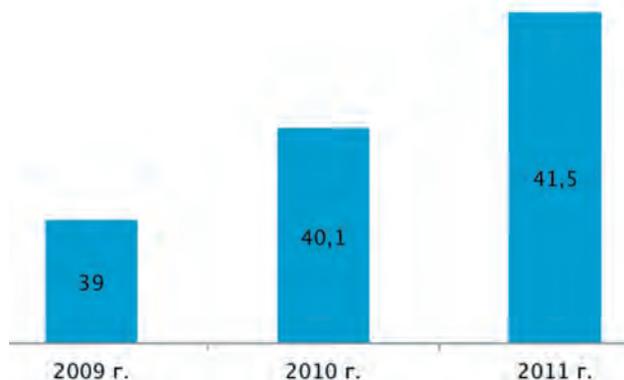


Рис. 2. Диаграмма выявленных при диспансеризации болезней системы кровообращения (на 100 чел.)



Диспансеризация в ГБУ РО «Скопинская ЦРБ» (Рязанская обл.)

разработана соответствующая схема проведения анализа диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье», которая применяется в медицинских организациях (см. схему 1).

Анализ показал, что в исследуемой группе в соответствии с результатами диспансеризации 13,7% нуждались в помещении в стационары для лечения и уточнения диагноза, 39,6% должны были получить дополнительное об-

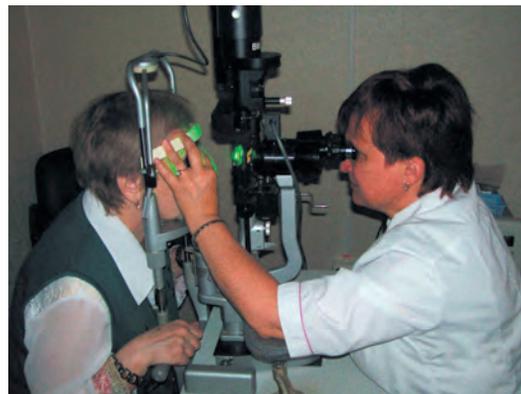


Диспансеризация в ГБУ РО «Скопинская ЦРБ» (Рязанская обл.)





Рис. 3. Структура результатов диспансеризации



Прием в консультационно-поликлиническом отделении ГБУ Рязанской области «Клиническая больница им. Н.А. Семашко»

следование или лечение в амбулаторных условиях, еще 46,7% были направлены в диагностические подразделения медицинских организаций для уточнения диагноза (рис. 3).

Данные медицинских документов свидетельствуют о том, что только 68% из направленных в стационары были госпитализированы, амбулаторное лечение прошли больше – 91%, лишь 73,8% воспользовались направлениями в лаборатории и в другие диагностические подразделения. Всего были обследованы и получили лечение 85% из лиц, прошедших диспансеризацию, с обнаруженной патологией. Среди выявленных больных на диспансерный учет в поликлиниках были взяты 31,6% пациентов, большинство из них регулярно наблюдалось и получало соответствующее заболеванию лечение.

Следует отметить, что среди тех, кто по направлению врачей прошел амбулаторное и стационарное обследование и лечение, у 14,2% не был подтвержден первоначальный диагноз, и адекватное лечение было назначено только после его уточнения.

К сожалению, у 2% выявленных больных в медицинских документах не оказалось никаких сведений о медицинских мероприятиях и состоянии здоровья, то есть не удалось проследить их судьбу. Что же касается остальных, то оказалось, что полностью признаны выздоровевшими после соответствующего лечения 12,4% работающих жителей города с выявленной при диспансеризации патологией. Улучшение состояния здоровья отмечено у 20% из изучаемого контингента. У 9,7% пациентов состояние ухудшилось, среди них каждый третий был признан инвалидом. У остальных 57,9% не отмечено каких-либо изменений в состоянии здоровья (рис. 4).

Таким образом, для адекватной оценки результатов диспансеризации работающих граждан, которая ежегодно проводится на территориях всех регионов России, необходимо проводить анализ ее результатов не только в год ее проведения, когда актуальными выступают лишь показатели, характеризующие охват этим мероприятием, но и по результатам динамики состояния здоровья лиц, прошедших диспансеризацию, в течение нескольких лет.

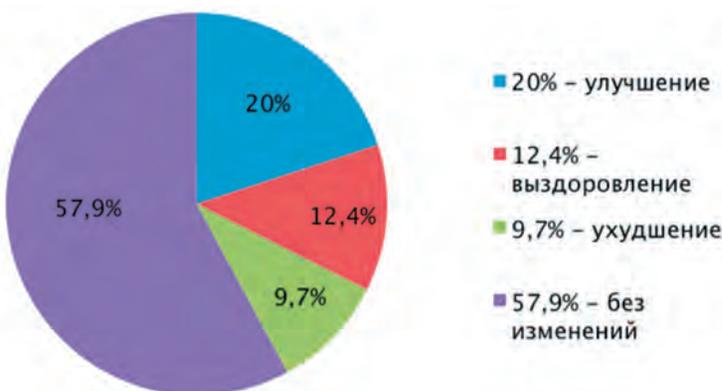


Рис. 4. Результаты диспансеризации



Прием в консультационно-поликлиническом отделении ГБУ Рязанской области «Клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Литература

1. Виноградов К.А. Итоги реализации ПНП «Здоровье» в 2006 году [Текст] /К.А. Виноградов // Менеджер здравоохранения. - 2007. - N 3. - С. 4-11.
2. Дягтерева М.И. Отчетность в рамках реализации национального проекта «Здоровье» [Текст] / М.И.Дягтерева, Г.В.Шаталова // Менеджер здравоохранения. - 2006. - N 12. - С. 31-39.
3. Доронин А.С. Информационное обеспечение дополнительной диспансеризации населения в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на территориальном уровне [Текст] / А.С.Доронин, Е.А.Куриленкова, А.А.Кирпенко // Менеджер здравоохранения. - 2006. - N 10. - С. 42-46.
4. Косарев В.В. Периодические медицинские осмотры и их роль в сохранении трудового потенциала работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье» [Текст] / В.В.Косарев, В.С.Лотков, С.А.Бабанов // Менеджер здравоохранения. - 2007. - N 5. - С. 40-49.
5. Стародубов В.И. О роли организаторов здравоохранения в развитии регионального и муниципального компонента национального проекта «Здоровье» [Текст] / В.И.Стародубов, Д.В.Пивень //Менеджер здравоохранения. - 2007. - N 2. - С. 7-21.
6. Фуфаев Е.Н. Национальный проект «Здоровье» и обеспечение первичной медицинской помощью населения мегаполиса [Текст] / Е.Н.Фуфаев // Менеджер здравоохранения. - 2008. - N 3. - С. 21-25.

References

1. Vinogradov K.A. Results of realization the National Project «Health» in 2006 [Text] (In Russian)/ K.A. Vinogradov // Manager zdravookhraneniya. - 2007. - N 3. - P. 4-11.
2. Dyagteryova M.I. Statements within a realization of the National Project «Health» [Text] (In Russian) / M.I. Dyagteryova, G.V. Shatalova // Manager zdravookhraneniya. - 2006. - N 12. - P. 31-39.
3. Doronin A.S. Information support of additional prophylactic medical examination of population within the priority National Project “Health” at the territorial level [Text] (In Russian) / A.S. Doronin, E.A. Kurilenkova, A.A. Kirpenko // Manager zdravookhraneniya. - 2006. - N 10. - P. 42-46.
4. Kosarev V.V. Periodic medical examinations and their role in the maintenance of the employment potential of the working population within the National Project “Health” [Text] (In Russian) / V.V. Kosarev, V.S. Lotkov, S.A. Babanov // Manager zdravookhraneniya. - 2007. - N 5. - P. 40-49.
5. Starodubov V.I. The role of the health service organizers in the development of regional and municipal components of the National Project «Health» [Text] (In Russian) / V.I. Starodubov, D.V. Piven //Manager zdravookhraneniya. - 2007. - N 2. - P. 7-21.
6. Fufayev E.N. The National Project «Health» and provision of the primary medical care of the population of megacities [Text] (In Russian) / E.N. Fufayev // Manager zdravookhraneniya. - 2008. - N 3. - P. 21-25.

Для корреспонденции:

Артемьева Галина Борисовна – канд. мед. наук, директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Тел.: (4912) 98-58-44. Факс: (4912) 98-58-73. E-mail: artemeva.gb@tfoms-rzn.ru
Адрес: 390006, г. Рязань, ул. 6-я Линия, д. 6.

Гефт Игорь Абрамович – док. мед. наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института последипломной подготовки Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ

Тел.: (846) 998-27-23, 8-917-159-30-36. E-mail: geht@samtfoms.ru
Адрес: 443082, г. Самара, ул. Владимирская, д. 60

For correspondence:

Artemyeva G.B. – MD, PhD, Director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region, Associate Professor of the Chair for Public Health and Healthcare of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Tel.: (4912) 98-58-44. Fax: (4912) 98-58-73. E-mail: artemeva.gb@tfoms-rzn.ru
Address: 390006, Ryazan city, Ul. 6-ya Liniya, 6.

Geht I.A. – MD, PhD, Professor of the Chair for Public Health and Healthcare of the Post-diploma Training Institute of the Samara State Medical University, Honored Doctor of the Russian Federation

Tel.: (846) 998-27-23, 8-917-159-30-36. E-mail: geht@samtfoms.ru
Address: 443082 Samara, Ul. Vladimirskaia, 60

УДК 614.21 (470.313)

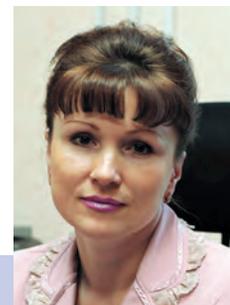
Уровень удовлетворенности застрахованных граждан при получении медицинской помощи в Рязанской области

Г.Б. Артемьева, Е.В. Манухина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области



Г.Б. Артемьева



Е.В. Манухина

Резюме

В соответствии со стандартами менеджмента качества (ИСО 9000) социологические данные являются одним из наиболее информативных показателей качества медицинского обслуживания. Целью исследования явилось изучение удовлетворенности застрахованных граждан качеством оказания медицинских услуг при внедрении стандартов медицинской помощи. В ходе анкетирования было опрошено 510 пациентов. Для изучения мнения респондентов была разработана анкета пациента стационара. Анкетирование пациентов позволило получить актуальную информацию о состоянии медицинского обслуживания и лечения на

основе стандартов медицинской помощи. Результаты анонимного анкетирования пациентов показали рост удовлетворенности качеством медицинских услуг при внедрении стандартов медицинской помощи с 58% до 82% в течение двух лет. Таким образом, внедрение медицинских стандартов повышает социальную эффективность деятельности медицинских организаций.

Ключевые слова: удовлетворенность пациентов, качество медицинской помощи, стандарты медицинской помощи.

Abstract

Satisfaction level of insured citizens while getting healthcare in the Ryazan region

G.B. Artemyeva, E.V. Manukhina

Territorial Fund of Compulsory Medical Insurance in the Ryazan region

In accordance with the standards of quality management (ISO 9000) sociological data is one of the most informative indicators of the quality of health services. The aim of the research was to study the satisfaction of insured citizens with the quality of medical services while implementing healthcare standards. During the survey 510 patients were interviewed. An inpatient questionnaire was developed to study the opinions of the respondents. The survey of patients allowed to receive up-to-date information about the medical services and treatment based on the healthcare standards. The results of

the anonymous survey of patients showed an increase of satisfaction with the quality of medical services from 58% to 82% implementing healthcare standards within two years. Thus, the introduction of medical standards increases the social effectiveness of the activity of medical organizations.

Key words: satisfaction of patients, quality of medical care, healthcare standards.

В соответствии со стандартами менеджмента качества (ИСО 9000) социологические данные являются одним из наиболее информативных показателей качества медицинского обслуживания. Информация, полученная в ходе таких исследований, позволяет судить об эффективности проводимых организационных мероприятий, внедрения новых технологий, способствует совершенствованию системы оказания медицинской помощи [1, 2].

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи выделен самостоятельный раздел «Критерии доступности и качества медицинской помощи», в котором установлено, что одним из важных критериев оценки качества оказания медицинских услуг является удовлетворенность населения уровнем оказания медицинской помощи [4, 5].

При оценке эффективности деятельности медицинских организаций всё большее внимание уделяется социальной эффективности, в том числе удовлетворенности пациента. Отзывы населения о качестве медицинских услуг позволяют выявлять и предупреждать внутренние технологические проблемы медицинских организаций, привлекать внимание персонала к нуждам и ожиданиям пациентов.

Актуальность исследования обусловлена и тем, что с 2011 года в регионах началась реализация программы модернизации здравоохранения, одной из основных задач которой установлено внедрение стандартов медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Целью исследования явилось изучение уровня удовлетворенности застрахованных граждан качеством оказания медицинских услуг при внедрении стандартов медицинской помощи.

Для изучения мнения респондентов была разработана анкета пациента стационара (далее – Анкета), состоящая из 16 вопросов, сгруппированных по смысловому значению: возраст, местность проживания, пол, социальное положение, ежемесячный доход, трудовая занятость, данные об удовлетворенности качеством медицинских услуг и т.д. В заключительной части Анкеты респонденту предлагалось сравнить изменения в организации работы стационара по сравнению с предыдущим пребыванием в нём. При составлении Анкеты использованы рекомендации А.В. Решетникова «Методика проведения медико-социологических исследований» [3].

С целью изучения мнения пациентов о состоянии медицинского обслуживания в течение 2012 года проведено анкетирование пациентов в семи медицинских организациях Рязанской области, в которых внедрялись медицинские стандарты: ГБУ РО «Областная клиническая больница», ГБУ РО «Областной клинический кардиологический диспансер», ГБУ РО «Областной клинический онкологический диспансер», ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11», ГБУ РО «Скопинская ЦРБ», ГБУ РО «Сасовская ЦРБ», ГБУ РО «Касимовская ЦРБ».

Анкетирование было анонимным, респондентам гарантировалась полная конфиденциальность. Анкеты выдавались пациентам за 1-2 дня до выписки из стационара.

В ходе анкетирования было опрошено 510 пациентов, что обеспечило ошибку репрезентативности не более 2%.

Для получения более полного представления об уровне оказания медицинской помощи в соответствии с медицинскими стандартами анкетирование пациентов осуществлялось в городском стационаре (20,8%), в стационаре медицинских организаций областного подчинения (37,5%), в стационарах ЦРБ (41,7%).

Основной массив респондентов составили лица старших возрастных групп: 60 лет и старше – 50%, от 50 до 59 лет – 28,2%, от 40 до 49 лет – 10,2%, от 30 до 39 лет – 8,6%, от 20 до 29 лет – 2,8%, до 20 лет – 0,2%.

Среди респондентов преобладали женщины – 55,5%, мужчины составили 45,5%.

Наибольший удельный вес респондентов составили жители городов и рабочих поселков в районах области – 45,5% и города Рязани – 35,7%. Жители села составили 16,5%, иногородние – 2,3%.

По социальному положению две трети (66,5%) респондентов были представлены неработающими гражданами: инвалиды – 34,5%, пенсионеры по возрасту – 26,9%, безработные – 3,1%, домохозяйки – 0,8%, временно неработающие (по причине декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком) – 0,8%, учащиеся – 0,4% и одна треть (33,5%) работающими гражданами: работающие – 24,1%, работающие пенсионеры – 8,8%, священнослужитель и др. – 0,6%.

Оценивая материальное положение респондентов, установлено, что 69,8% имеют месячный доход ниже 10 тыс. руб., 25,7% опрошенных – от 10 до 25 тыс. руб., и 4,5% пациентов имеют ежемесячный доход свыше 25 тыс. руб.

В ходе анкетирования пациентам было предложено оценить отношение к больным лечащих врачей и среднего медицинского персонала. Подавляющее большинство респондентов (97,2%) отметили отношение к пациентам как внимательное и вежливое со стороны врачей (97,5%) и среднего медицинского персонала (96,9%). Не очень внимательное отношение со стороны врачей отметили 1,4% респондентов, со стороны среднего медицинского персонала – 2,4%. Равнодушное отношение со стороны среднего медицинского персонала было указано 1 респондентом (0,2%). Затруднились ответить 1,8% опрошенных. Грубого и невнимательного отношения со стороны медицинского персонала не отмечалось.

Впервые за весь период существования системы обязательного медицинского страхования финансирование медицинской помощи, оказываемой по медицинским стандартам, осуществлялось в объёмах, позволяющих проводить эффективное лечение пациентов. Так, возмещение затрат за пролеченного больного при внедрении

Использование личных денежных средств при обследовании и лечении в стационаре



Рис. 1. Уровень платежей пациентов при получении медицинской помощи

стандартов увеличилось на 10,5-340% по разным медицинским стандартам. Поэтому немаловажное значение придавалось вопросу о получении пациентами всех необходимых медикаментов в полном объеме.

Из ответов респондентов следует, что только 78,4% опрошенных получали все необходимые медикаменты в полном объеме, 21,6% пациентов частично получали лекарственные препараты в стационаре. Вызывают озабоченность ответы респондентов на вопрос об использовании личных денежных средств при обследовании и лечении в стационаре. Большинство пациентов (72,2%) отметили, что лечение и обследование в стационаре проходили бесплатно, 24,3% респондентов сами покупали отдельные медикаменты, 1,6% больных заключали договор ДМС на проведение конкретной процедуры, 1,9% опрошенных покупали медикаменты и оплачивали проведение диагностических обследований (рис. 1).

В настоящее время оплата предоставления медицинской помощи в период стационарного лечения проводится в соответствии с медицинским стандартом и не предполагает дополнительного финансирования лечения сопутствующих заболеваний, поэтому вопрос об увеличении стоимости случая лечения с учетом сопутствующего заболевания требует проработки.

Представляет интерес оценка пациентами динамики состояния своего здоровья. После проведения лечения при выписке 91,8% респондентов отметили улучшение самочувствия, 7,6% больных – отсутствие изменений, у 0,6% пациентов самочувствие ухудшилось.

В процессе внедрения стандартов медицинской помощи большое значение придается оценке удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи.

Большинство респондентов (82%) ответили, что полностью удовлетворены качеством оказания медицинской помощи в данной медицинской организации; 16,3% пациентов – больше удовлетворены, чем не удовлетворены; 0,8% – больше не удовлетворены, чем удовлетворены; не удовлетворенным оказался 1 пациент (0,2%), и затруднились ответить – 0,8%.

В 2011 году СМО и ТФОМС Рязанской области было проведено анкетирование пациентов, находившихся на лечении в стационаре, по вопросам качества без учета внедрения стандартов: удовлетворены качеством предоставляемой медицинской помощи – 58%; больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 5,1%; удовлетворены не в полной мере – 4,0%, не удовлетворены – 19,6%, затруднились ответить – 13,3%. Итоги анкетирования, проведенного в 2012 году, показали следующую картину: удовлетворены качеством предоставляемой медицинской помощи – 71,8%, больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 7,5%, удовлетворены не в полной мере – 7,7%, не удовлетворены – 9,4%, затруднились ответить – 3,6% (рис. 2).

В ходе анкетирования пациентам было предложено оценить материально-техническое оснащение медицинской организации (наличие диагностической аппаратуры, лабораторной диагностики и т.д.). Большинство респондентов (75,7%) удовлетворены материально-техническим оснащением; больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 12,7%; не полностью удовлетворены – 5,5%, не удовлетворены – 0,6%, затруднились ответить – 5,5%.

В целом большинство пациентов устраивает организация работы медицинской организации, о чём свидетель-

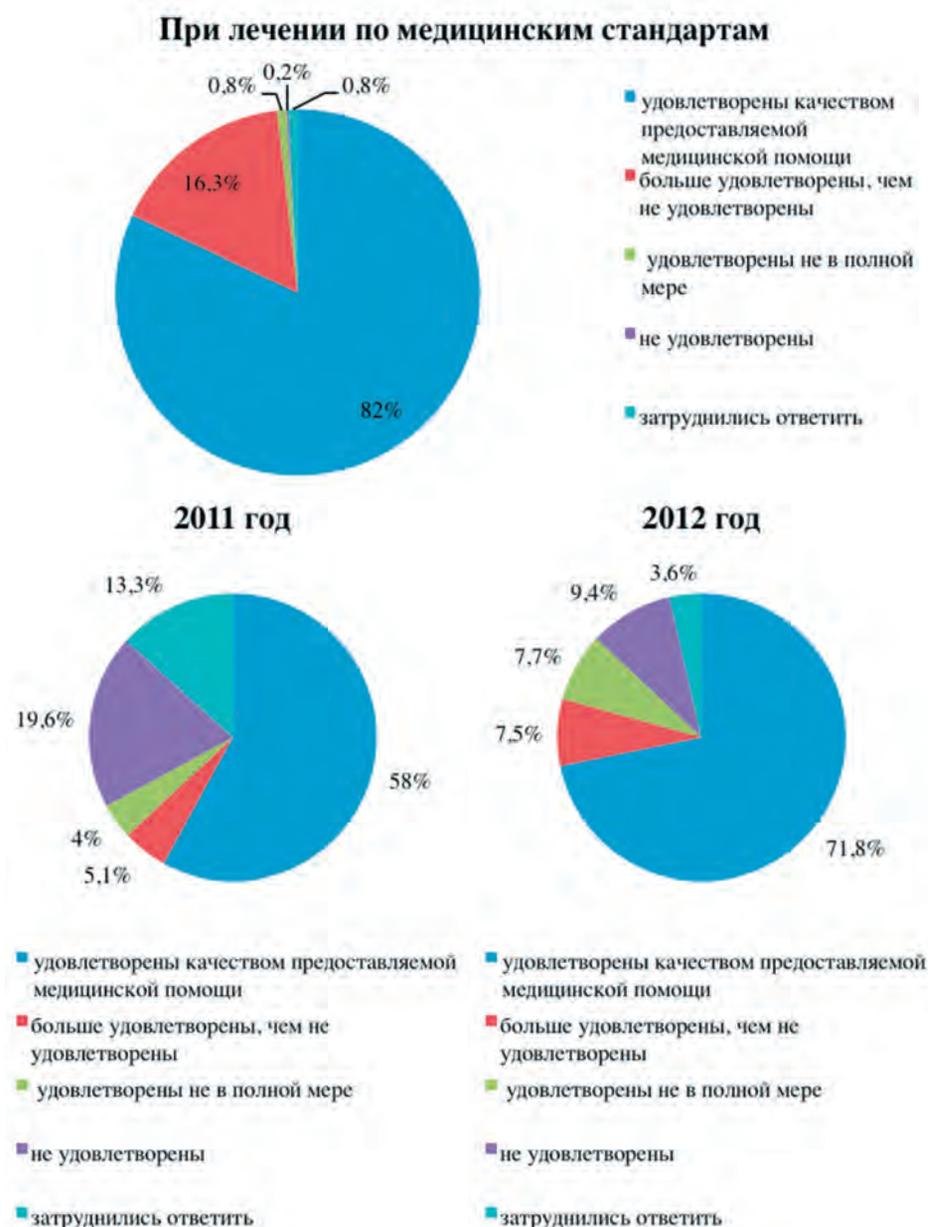


Рис. 2. Уровень удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи

стует высокий процент удовлетворённых респондентов (81,4%); больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 11%, не полностью удовлетворены – 4,1%, не удовлетворены – 0,2%, затруднились ответить – 3,3%.

Как следует из результатов анкетирования, 85,9% респондентов получали лечение в данной медицинской организации в предыдущие годы: в текущем году – 4,1%, в 2010 году – 21%, в 2009 году – 21,4%, несколько лет

назад – 39,4%, и 14,1 % опрошенных не проходили ранее стационарное лечение.

В заключение анкеты стоял вопрос о положительных изменениях, произошедших в организации работы стационара, по сравнению с предыдущим периодом. 37,8% пациентов отметили улучшение (отсутствие проблем в приемном покое, быстрое и полное обследование и лечение, улучшение качества медицинского обслуживания, бесплат-

Изменения в организации работы стационара



Рис. 3. Динамика изменений в организации работы стационаров



Прием в консультационно-поликлиническом отделении ГБУ Рязанской области «Клиническая больница им. Н.А. Семашко»

ность лечения и обследования, наличие томографа), 6,5% опрошенных не отметили изменений, затруднились ответить – 55,7% (рис. 3).

Таким образом, результаты анкетирования пациентов показали рост удовлетворенности качеством медицинской помощи на основе медицинских стандартов с 58% до 82% в течение двух лет и позволили получить актуальную информацию о состоянии медицинского обслуживания и лечения пациентов. Проведённый анализ результатов анкетирования в сочетании с оценкой качества оказания медицинской помощи может быть положен в основу разработки системы мероприятий, направленных на повышение эффективности работы медицинских организаций.

Литература

1. Вялков А.И., Кучеренко В.З., Татарников М.А. Социально-психологические методы управления в условиях реформирования здравоохранения / А.И. Вялков, В.З. Кучеренко, М.А. Татарников // ГлавВрач. – 2005. – № 10. – С. 62-71.
2. Решетников А.В., Ефименко С.А. Проведение медико-социологического мониторинга. Учебно-методическое пособие, – М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2003. – 159 с.
3. Решетников А.В. Методика проведения медико-социологических исследований: Учеб. пособие для студ. мед. вузов / А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Л.М. Астафьев // М.: ГЭОТАР-МЕД. – 2003. – 92 с.
4. Постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» Собрание законодательства РФ. 11.10.2010, № 41 (2 ч.), ст. 5239.
5. Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» Российская газета, № 243, 28.10.2011.

Для корреспонденции:

Артемьева Галина Борисовна – канд. мед. наук, директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова

Тел.: (4912) 98-58-44. Факс: (4912) 98-58-73. E-mail: artemeva.gb@tfoms-rzn.ru
Адрес: 390006 г. Рязань, ул. 6-я Линия, д. 6.

Манухина Елена Васильевна – заместитель директора Территориального фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области

Тел.: (4912) 75-38-12. Сот.: 8-906-547-56-24. Факс: (4912) 98-58-73
E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
Адрес: 390026, г. Рязань, ул. 6-я линия, д. 6.

For correspondence:

Artemyeva G.B. – MD, PhD, Director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region, Associate Professor of the Chair for Public Health and Healthcare of the I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Tel.: (4912) 98-58-44. Fax: (4912) 98-58-73. E-mail: artemeva.gb@tfoms-rzn.ru
Address: 390006, Ryazan city, Ul. 6-ya Liniya, 6.

Manukhina E.V. – Deputy director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region

Tel.: (4912) 75-38-12. Mobile: 8-906-547-56-24. Fax: (4912) 98-58-73. E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
Address: 390006, Ryazan city, Ul. 6-ya Liniya, 6.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Минздрав экономит деньги благотворителей

Министр здравоохранения Вероника Скворцова направила официальное письмо с приглашением к сотрудничеству наиболее известным благотворительным фондам. Благотворительным организациям, занимающимся сбором пожертвований для лечения тяжело больных детей, предлагается сообщать о каждом таком ребенке в министерство здравоохранения.

«Проведенный нами анализ показывает, что в достаточно большом количестве случаев помощь гражданам, для которых осуществляется сбор средств, в том числе, и для лечения в зарубежных клиниках, может быть оказана в России. Мы не зря серьезно развивали различные направления в оказании высокотехнологичной помощи - сегодня самое современное лечение можно получить не только в федеральных центрах, расположенных в столичных городах, но и в специализированных отделениях на региональном уровне. Причем лечение это будет бесплатным для пациентов - высокотехнологичная помощь у нас оказывается за счет средств федерального и регионального бюджетов», - пояснил «Российской газете» пресс-секретарь министра здравоохранения Олег Салагай.

В случаях, когда медицинская помощь не может быть оказана в России, гражданин за счет бюджетных средств может быть направлен на лечение за рубеж, уточнил представитель министерства.

Идея сотрудничества с общественными организациями родилась после того, как Вероника Скворцова дала поручение внимательно изучить, для каких именно случаев объявляется сбор пожертвований. Очень многим детям, как оказалось, реально помочь дома, причем обеспечив достойное качество лечения.

«Это ни в коем случае не принуждение благотворителей к чему-либо и не контроль за их деятельностью, - подчеркивает Олег Салагай. - Министерство здравоохранения предлагает новый формат взаимодействия с неправительственными организациями, в рамках которого по каждому из случаев сбора средств будет оцениваться возможность организации оказания соответствующей медицинской помощи в рамках государственных гарантий».

Для этих целей определены отдельные компетентные сотрудники Министерства и создан специальный почтовый ящик help@rosminzdrav.ru.

*Российская газета, Москва,
(21.02.2013)*

Бесплатная пересадка

На вопросы «РГ» о телемедицине, требованиях к усыновителям и спорах, связанных с проблемами трансплантации ответила министр здравоохранения России Вероника Скворцова.

Лечить по телевизору

Есть ли возможность помочь пациентам в глубинке на столичном уровне?

Вероника Скворцова: К концу 2013 года поставлена задача установить телемедицинскую связь ведущих клиник со всеми медорганизациями более низкого уровня. Чтобы врачи в регионах могли круглосуточно консультироваться по поводу сложного пациента с профильными специалистами самой высокой квалификации. Для нашей огромной страны развивать телемедицину необходимо. Это одно из важнейших условий качественной помощи в удаленных районах.

Как развиваются высокотехнологичные виды лечения?

Вероника Скворцова: Два года назад помощь по высоким технологиям в региональных клиниках получили 34 тыс. россиян, а в 2012-м - уже 140 тысяч. Самые сложные операции по трансплантации органов проводятся уже в 18 региональных стационарах, причем около 40 процентов операций по пересадке почки в прошлом году уже было сделано в регионах.

Возьмите мое сердце

Одно из важных направлений - развитие трансплантологии. В минздраве готовится законопроект на эту тему.

Вероника Скворцова: Да, работаем над ним уже около двух лет. Закон - принципиально новый для нашей страны. Прежде всего он вводит возможность прижизненного волеизъявления граждан относительно посмертного донорства.

В законопроекте предусмотрена «презумпция согласия» на посмертный забор органов, как принято, например, в Испании?

Вероника Скворцова: Не совсем так. До такого уровня общественного сознания нам надо еще дорасти. Весь мир, по сути, делится на два лагеря: один - поддерживает презумпцию согласия на посмертное донорство, другой - презумпцию несогласия. Некоторые католические страны, Испания, Италия, Франция, выбрали презумпцию согласия. Речь о том, что если человек при жизни не оставил особого распоряжения-возражения, то в случае его смерти его органы можно использовать для спасения больных. Другие страны (Великобритания) выбрали презумпцию несогласия: органы могут быть посмертно изъяты только в том случае, если человек при жизни оставил письменное распоряжение-согласие.

Как будет у нас?

Вероника Скворцова: Для детей, естественно, никакая презумпция согласия не приемлема. Органы могут быть взяты только с согласия одного из родителей. Для взрослых - другой подход: для них предлагаем ввести возможность прижизненного волеизъявления, будем создавать единый банк потенциальных доноров. В том случае, если мнение человека не отражено в такой единой базе, у его близких родственников будет возможность высказать свое отношение к изъятию органов.

Законопроект впервые определит максимальное время - один час, в течение которого медицинские работники обязаны известить родственников о смерти, чтобы получить их согласие на использование органов умершего для спасения других людей. Понятно, что это очень тонкие темы. Поэтому обязательно их широкое общественное обсуждение.

Пересадка будет возможна на коммерческой основе или она останется бесплатной?

Вероника Скворцова: Все, что связано с частями тела человека, его жидкими средами, органами и их частями, должно быть только бесплатным. Это касается и донорства крови, и донорства клеток, и тканей организма. Продавать их аморально. Более того, платное донорство содержит и большие риски. Если человек хочет заработать, он может скрыть правду о состоянии своего здоровья.

Найти семью

Что можно сделать, чтобы облегчить процедуру усыновления? Сироты - это часто серьезно больные дети, как им помочь?

Вероника Скворцова: С января 2013 года мы перешли к ежегодной детской диспансеризации. Для детей-сирот особенно важно, чтобы их регулярно осматривали врачи всех специальностей и в самые короткие сроки обеспечивали необходимой медпомощью, включая высокотехнологичное лечение. Например, ребенок рождается с дефектом - «заячьей губой». Простейшая операция, если сделать ее в течение месяца с момента рождения, не оставляет никаких следов. Пропустишь срок - и картина уже другая. В некоторых регионах справляются прекрасно. Но во многих детских учреждениях при проверках видим трех-, четырехмесячных детей, которых так и не прооперировали. Это просто человеческое равнодушие и профессиональная халатность. Наша задача - сделать так, чтобы таких случаев не было.

Вы сказали, что пересматриваются медицинские требования к усыновителям?

Вероника Скворцова: Абсолютным противопоказанием до сих пор значился активный контакт потенциального родителя с больным туберкулезом, как и любое онкозаболевание. Между тем, контакт - это не болезнь, а рак на ранних стадиях излечим. Поэтому мы сняли эти ограничения. Отменили и ограничение для инвалидов второй группы. Так мы дадим возможность бабушкам и дедушкам взять в семью внуков.

Для усыновления необходимо собирать обширный пакет документов, волокита изматывает. Многие вы-

сказывают пожелание: хорошо бы увеличить срок действия медицинских заключений.

Вероника Скворцова: Это уже сделано. Подготовлен приказ минздрава - он вводит новую форму медицинского заключения и увеличивает срок его действия с 3 до 6 месяцев.

Что сказал министр

- Самое сложное для меня - это недостаточный сон. Человек должен высыпаться. В зависимости от состояния нервной системы необходимо спать от 7 до 9 часов. У меня получается не более 5 часов, и ничего хорошего в этом нет.

- У нас появилось почти 190 мобильных комплексов - это мини-поликлиники на колесах. Бригада врачей, прекрасное оборудование позволяют быстро обследовать многих пациентов там, где до ближайшей райбольницы приходится добираться больше сотни километров.

- При инфаркте, инсульте важно доставить пациента в стационар, уложившись в так называемое «терапевтическое окно», в течение которого помощь наиболее эффективна. Это примерно час. В регионах, где такая система введена, стало намного меньше смертей и случаев инвалидности после сосудистых катастроф.

Российская газета, Москва, (28.02.2013)

Руководитель ФОМС Ингушетии назначен советником главы региона

Глава Ингушетии Юнус-Бек Евкуров назначил руководителя фонда обязательного медицинского страхования республики Аюпа Оздоева своим помощником-советником, сообщается на сайте Евкурова.

«Руководитель региона представил на совещании своего нового помощника-советника Аюпа Оздоева, который до последнего времени возглавлял ФОМС по Ингушетии. В должности исполняющего обязанности руководителя фонда обязательного медицинского страхования по Ингушетии Юнус-Бек Евкуров утвердил Магомед Мальсагова», — говорится в сообщении.

Отмечается, что Магомед Гогиев, ранее занимавший должность помощника-советника Евкурова, назначен заместителем руководителя администрации главы Ингушетии.

РИА Новости, Магас, (01.03.2013)

Где начинается нос соседа

Теперь закон регулирует права и обязанности всех сторон

Фарит Кадыров (заместитель директора Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, доктор экономических наук):

Прошел первый год работы здравоохранения в рамках нового Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Как он изменил ситуацию в отрасли, что нового внес в работу медиков?

Одно из главных достоинств этого закона - его конкретность, что вполне отражает общий тренд развития нашего общества: движение все к большему регулированию деятельности учреждений законодательными актами, уход от «ручного управления». Важный момент - согласно закону, полномочия по оказанию медицинской помощи населению теперь закреплены за субъектами Российской Федерации. Появилась возможность посмотреть на сложившуюся сеть учреждений объективно, с единых позиций. В условиях современного здравоохранения иметь в каждом муниципальном образовании лечебное учреждение, которое обеспечивало бы на хорошем уровне помощь по всем медицинским профилям, невозможно. Поэтому поставлена задача создания межмуниципальных специализированных медицинских центров, в которых концентрировались бы определенные виды помощи, куда приезжали бы пациенты с соседних муниципальных образований. В рамках прежнего подчинения учреждений это сделать было слишком сложно. Конечно, в процессе передачи полномочий есть и свои минусы, вот почему задача субъектов - трезво, рационально посмотреть на сложившуюся структуру учреждений здравоохранения. И решать, как ее оптимизировать, обеспечить современным оборудованием, квалифицированными кадрами; где оставить полномочия муниципальным образованиям (скорее всего это будут областные центры), а где забрать на областной уровень.

Конечно, важным является то, что в законе наконец четко прописаны вопросы, связанные с оказанием платных медицинских услуг. Они никогда не были под запретом, но регулировались в лучшем случае подзаконными актами, а не законом. Возникла масса проблем и для граждан, и для учреждений, и для проверяющих. Никто не мог однозначно сказать, правомерно ли в том или ином случае они оказаны. Теперь в законе конкретно прописаны те ситуации, в которых при желании граждан услуга может оказываться за плату. Хочешь лечиться в односторонней палате, в улучшенных условиях, анонимно, хочешь доплатить за более дорогое лекарство или имплантируемое устройство, не хочешь ждать операции в общей очереди - пожалуйста, плати. В остальных случаях помощь бесплатна.

Конечно, здесь могут и будут возникать спорные ситуации. Но стоит разделять законодательное регулирование и житейскую практику. До сих пор у нас ситуация была еще хуже: не существовало вообще никаких четких правовых оснований для того, чтобы определить, имеешь ты право на бесплатную помощь или должен заплатить. Теперь если пациента вынудят заключить договор на платную помощь, то, взяв его и чек о произведенной оплате, он может обратиться в свою страховую компанию и выяснить, правомерно ли взята эта оплата. Гово-

ря, что в здравоохранении все должно быть бесплатно, мы, с одной стороны, как бы защищали гражданина. Но с другой стороны, позиция «чем меньше платных услуг, тем лучше» также не является правильной. Денег у нас в здравоохранении действительно не хватает, и если пациент хотел бы улучшить или ускорить получение медицинской помощи, теперь он может сделать это официально, а не за теневые платежи, как прежде. Ведь при оплате «в карман» никаких документов нет и никто никогда не докажет, что врач взял деньги. Конечно, пациенты могут обратиться и в коммерческий медицинский центр. Но во многих случаях предпочитают идти в государственное учреждение, потому что там контроль более четкий, отлажена система переподготовки кадров, и самое главное, во многих случаях платная услуга дешевле, чем в частной клинике. На мой взгляд, государство правильно сделало, что определило правила игры.

В законе определены и основные направления реформирования здравоохранения. Значительные организационные изменения связаны с внедрением порядков оказания медицинской помощи и ее стандартов. Отношение и руководителей органов управления здравоохранением, и врачей, и населения к этим документам неоднозначное. Порядки оказания медицинской помощи включают в себя моменты, связанные с правом граждан на выбор врача и медицинской организации. Порой трактовка данного права доходит до абсурда. Многие руководители учреждений были в растерянности: пациент может пойти в одну поликлинику к неврологу, во вторую - к кардиологу и т.д. А как сдавать потом отчеты по заболеваемости, как вести диспансеризацию, наблюдение, если пациент ходит по разным поликлиникам? Но в законе ясно сказано: выбор осуществляется в соответствии с законодательством. Один раз в год гражданин имеет право выбрать амбулаторно-поликлиническое учреждение, а в нем - выбрать участкового врача (терапевта или педиатра). А чтобы попасть к узкому специалисту - хирургу, кардиологу, неврологу - он должен получить направление от участкового. Порядок оказания помощи не допускает доведения ситуации до абсурда, не предполагается, что на прием к стоматологу или гинекологу можно попасть только через терапевта. В ряде случаев пациент может напрямую обратиться к врачу. Но во многих случаях, например, при обращении в специализированное учреждение, в более высокое по иерархическому уровню и т.д., необходимо будет иметь направление. По закону федеральные порядки оказания медпомощи обязательны для всех медицинских организаций, и государственных и частных, и перепрыгнуть через них нельзя.

Что же касается стандартов, тут ситуация неоднозначная. Вокруг них было много споров. Но сейчас и медицинская общественность, и министерство здравоохранения четко определили, что стандарт - это не инструмент для контроля качества медицинской помощи. Врач при лечении пациента не обязан строго руководствоваться стандартом. Этот документ предполагает лишь

усредненные значения кратности и частоты применения определенных манипуляций, медикаментов, имплантов и т. д. Но только врач определяет, кому что-то назначать, а кому нет, учитывая возраст человека, сопутствующие заболевания, вес и т.д. Стандарт не является критерием качества, и если ты точно его выполнил, еще не значит, что вылечил больного. Критериями качества оказанной медицинской помощи по закону являются своевременное ее оказание, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и полученный результат. И тут важно, что закон акцентировал здесь роль страховой организации, когда возникает конфликт между пациентом и врачом.

К примеру, врач может сказать: это вам положено, а вот это нет. Пациенту сложно с ним спорить. Но именно страховая компания обязана разрешить конфликт и определить, кто прав, кто виноват. Сами страховые компании больше заинтересованы во вмешательстве в подобные ситуации, поскольку по закону выбираются гражданами, а раньше их выбирали работодатели.

По сути, созданы базовые законодательные предпосылки для того, чтобы всем нам менять свой менталитет. И в этом плане новый закон - существенный шаг вперед в плане законодательного регулирования вопросов, связанных с правами и обязанностями всех сторон, в том числе и граждан, в сфере здравоохранения. Мы должны прийти к цивилизованной системе, к балансу прав и ответственности всех субъектов. Есть красивая фраза по этому поводу: «Мое право размахивать руками заканчивается там, где начинается нос соседа». Она справедлива и для организаций, и для страховых компаний, и для граждан.

В законе появились новые ограничения, касающиеся фармацевтического рынка. К примеру, их наложили на контакты врачей с представителями фармацевтических компаний в рабочее время. Эта норма напугала многих руководителей учреждений. И вместо того чтобы регламентировать порядок доступа фармкомпаний в свое учреждение, как того требует закон, они во многих случаях вообще предпочли их представителей не пускать. Но значительный объем новой информации врачи получают от фармфирм. И у них должна быть возможность общаться, но в определенных рамках, цивилизованными способами. Понятно, что в нашей стране со сложным менталитетом, со своими привычками неизбежны перекосы в ту или иную сторону, но то, что данную сферу начали регулировать, стоит оценить безусловно положительно.

Большой раздел закона посвящен правам и обязанностям медицинских и фармацевтических работников, их профессиональной подготовке, уровню компетенции и т.д. Причем все вопросы тесно связаны с невысоким уровнем оплаты их непростого труда. Эта проблема в центре внимания первых лиц государства, есть решение поднять ее до 200% от средней по экономике региона, а заработную плату среднего и младшего персонала - до уровня в 100%. Но если сегодня же зарплату врачей поднять в два раза, работать в два раза лучше они не будут. И

то, что государство сейчас предпринимает попытки внедрения эффективного контракта, - абсолютно правильно. Повышать зарплату, конечно, надо. Но не просто так, а за конкретные показатели, за результат. Если удастся, хотя бы даже частично, будет сделан большой шаг для улучшения кадрового обеспечения. Это заставит врачей задумываться о том, что и как они делают, насколько добросовестно, заставит повышать свою квалификацию и т.д. Однако многие врачи могут быть разочарованы, когда узнают, что повышение до 200% от средней зарплаты по экономике региона будет не на ставку, а на физическое лицо. То есть с учетом совместительства, дежурств и т.д. Здесь не учтена специфика здравоохранения. Ведь шахтер сверхурочно не работает - это законом запрещено, банкир сверхурочно, как правило, не работает. И их заработная плата фактически соответствует ставке. Но у медиков, как и у учителей, совсем другая ситуация.

За год после вступления в действие Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», конечно, еще полностью не развернулся. Вероятно, никогда не наступит такой момент, когда можно будет сказать: мы все сделали, у нас все великолепно. И ни одна страна мира не скажет так о своем здравоохранении. Но то, что делается, я бы рассматривал со сдержанным оптимизмом. Да, отдельные положения закона уже выявили необходимость в поправках, ясно, что в нем недостает отдельных норм. Все учесть в законе невозможно: жизнь меняется, меняются наши потребности и возможности. И это тоже можно рассматривать как позитивный момент: если есть необходимость корректировки, внесение изменений в законодательство в сфере здравоохранения происходит сейчас часто. Когда правительство, Минздрав, Госдума чувствуют изменения ситуации, они корректируют то, что нужно улучшить, смягчают норму там, где перестарались, дополняют, где чего-то не учли. И все это делается в интересах людей.

*Российская газета, Москва, Фарит Кадыров
(01.03.2013)*

Повод для осторожного оптимизма: как фонды встречались с Минздравом

Минздрав России проводит расследование причин, по которым родители большого числа больных детей вынуждены собирать деньги на их лечение через СМИ и благотворительные фонды, хотя государство должно оказывать помощь таким пациентам бесплатно. В результате этого благотворительные фонды несут репутационные потери. О сложившейся ситуации — президент благотворительного фонда «Предание» Владимир Берхин.

Это очень скучный текст. Потому что говорит об очень серьезных вещах.

Я, кажется, начинаю понимать, почему официальные документы, как правило, читать невозможно. Канце-

лярский язык специально обезличен и высушен. Чтобы случайно не соврать, ибо от официальных бумаг зависит очень многое, и цена не того слова может быть чрезвычайно высока.

Потому и об официальном мероприятии, от которого многое может зависеть в дальнейшем, рассказывать придётся скучно. Разве что в конце текста будет пара личных впечатлений.

Недавно представители благотворительных фондов встречались с министром здравоохранения. Поводом для встречи послужили публикации в прессе о том, что представители министерства провели анализ обращений в фонды и проводимых фондами сборов и пришли к выводу, что в большинстве случаев сбора не стоило и начинать — за всё мог бы заплатить Минздрав.

Вот это самое «не стоило бы и начинать» можно истолковать двояко. С одной стороны, как свидетельство головотяпства фондов: дескать, неумелые люди кидаются собирать деньги там, где стоило бы просто обратиться куда надо. Дурачки какие-то, которые собирают толпу соседей с ведрами тушить пожар вместо того, чтобы просто позвонить в МЧС.

И именно так это было истолковано многими читателями из числа тех, кто не очень в курсе работы фондов, а Минздраву верит, просто потому, что за министерством — государство, а за фондами неизвестно кто и непонятно зачем.

Разумеется, сами фонды, всегда готовые к худшему и ждущие именно плохого, ибо долгая жизнь научила, прочитали именно такую реакцию. И кое-в чем именно её и получили. Фондам стали задавать якобы каверзные вопросы о целесообразности затрат, ряд не в меру разумных СМИ на всякий случай отказались с нами иметь дело — зачем лишний раз рекламировать сбор на помощь ребёнка, обличающий государство, если в действительности государство совершенно не виновато?

Короче, репутационные потери фондов оказались совершенно реальны.

Однако это не единственное возможное прочтение. Если встать на сторону фондов, то получится, что Минздрав работает столь неадекватно, что люди просто не в силах добиться от него должной заботы и обращаются к благотворителям. И фонды не зря работают, а просто вынужденно.

И оказалось, что как минимум в теории, Минздрав ориентируется не на первое, а на второе понимание ситуации.

Была организована встреча между министром здравоохранения Вероникой Игоревной Скворцовой и представителями благотворительных фондов и пациентских организаций. Представители фондов рассказали министру о том, почему им приходится собирать средства, и передали письмо с описанием типичных ситуаций, когда Минздрав не может помочь больным, как правило, в силу слабости технической или нормативной базы.

В обращении фондов мы описали кратко такие проблемы, как:

- репрессии по отношению к врачам со стороны руководства при обращении за помощью;

- замена оригинальных препаратов на дженерики в силу требований Антимонопольной службы;

- проблема лекарственного обеспечения медицинских учреждений по тендерам, перебоев в обеспечении в период закупок лекарств, а также расходных материалов;

- виды лечения и заболеваний, которые не оплачиваются государством по тем или иным причинам;

- неадекватные реальной стоимости стандарты оплаты по квотам и ОМС;

- проблема оплаты жилья амбулаторных пациентов федеральных центров и теми, кто ждет донорский орган;

- проблема получения медицинской помощи, в том числе реабилитации, детьми-сиротами;

- проблема получения необходимой медицинской техники людьми, страдающими болезнями лёгких.

И так далее.

Министр всё внимательно выслушала и прокомментировала. Причём прокомментировала в целом так, что государство очень ценит усилия благотворителей и понимает свою долю ответственности за сложившуюся ситуацию. Более того, Вероника Игоревна предложила создавать рабочие группы и устраивать регулярные встречи между благотворительными фондами и представителями министерства.

Серьёзность намерений подтверждает состав представителей государства на встрече — по сути дела, все главы профильных департаментов были приглашены министром послушать, в чем же их департаменты не дорабатывают.

Я был на этой встрече и могу вполне ответственно сказать, что, во-первых, я страшно горд своими коллегами, которые говорили с министром на высоком языке абстрактных проблем, имеющих совершенно конкретные последствия. То есть не о том, что в зоопарке тигру не докладывают мяса, а о том, каковы системные проблемы обеспечения зоопарков.

Во-вторых, чрезвычайно приятное впечатление произвела сама министр. Вероника Игоревна настоящий профессионал, очень хорошо разбирается в медицине вообще и искренне стремится что-то улучшить в российской медицинской системе.

Получится ли у неё убрать с рынка наиболее некачественные дженерики или наладить процедуру софинансирования медицинских услуг государством и частными лицами — пока непонятно.

Но в любом случае настрой встреча создала чрезвычайно позитивный, и у некоторых даже начал просыпаться осторожный оптимизм.

*Православие и Мир, Москва, Владимир Берхин
(04.03.2013)*

После капремонта роддом порадует не только мам, но и пап!

Губернатор А. Ткачёв объявил 2013 год Годом здоровья на Кубани. По оценке Министерства здравоохранения РФ, край отнесён к регионам с высоким темпом освоения средств, достигшим максимально высоких показателей в демографии и состоянии здоровья жителей Кубани. Показатель естественного движения населения за последние 10 лет улучшился в 15 раз. Активно край участвует в реформе модернизации здравоохранения, рассчитанной на 2011-2012 годы, общей стоимостью 630 млрд. рублей, которая продлена на 2013 год. В Крыловском районе на сегодняшний день по программе модернизации идёт ремонт родильного отделения. Об этом рассказывает главный врач Крыловской ЦРБ доктор медицинских наук В.Н. Рец:

- Из краевого и федерального бюджетов на ремонт выделено 10 млн. рублей. На эти деньги по программе модернизации здравоохранения мы проводим полную реконструкцию роддома. В помещениях срубили всю плитку со стен. Почему? Да потому что родильное отделение нужно капитально ремонтировать каждые два-три года. В Японии, например, такие здания через два-три года просто сжигают, чтобы уничтожить любую инфекцию. После того как плитку срубили, всё продезинфицировали. Плитку положат на стены в коридоре, операционной, родовой и предродовой палатах. Всё в светлых тонах с бежевым штрихом. Думаю, что женщинам будет уютно в такой обстановке. Заменят и пол. Плитка останется только в операционной и родовой. В палатах положат тарлеттпол. Это новая технология, очень дорогостоящая, использовать которую нам посоветовали в Министерстве здравоохранения. Пол очень прочный и не такой скользкий, как плитка.

После ремонта в роддоме будут предродовая и родовая, предоперационная и операционная, послеродовая палата, палаты для новорождённых, беременных, реанимация. Полностью реконструируют выписную комнату для детей, пищеблок с буфетом. Также в смету вложена установка пожарной сигнализации. Прошли торги по кислородной станции. Раньше баллоны с кислородом переносили практически вручную (это тяжесть, грязь, пыль, а кругом женщины, дети). Сейчас кислород будет выведен наружу, монтаж обойдётся в 260 тысяч рублей. Окна в роддоме были хорошие, их мы не трогали, а вот двери полностью заменим.

- Какие работы на сегодня уже закончены?

- Полностью заменена крыша на профнастил вишневого цвета. Фундамент здания, само здание укреплены. Сделаны подъезды, эстакады, заменено крыльцо. Добавлено ещё помещение для наблюдательных пациентов. На 400 тысяч рублей закупили кровати, потому что старые были крайне неудобными, женщины жаловались. Дали заявку в Минздрав, чтобы нам в связи с реконструкцией выделили недостающее оборудование – аппарат ис-

кусственной вентиляции легких для новорождённых, кардиомониторы, дозаторы и так далее. Оборудование полностью заменят на современное.

- Какие новшества ждут крыловчан в роддоме после ремонта?

- Хотим сделать большой стеклянный холл с прозрачными дверьми, чтобы в прозрачных колясках деток туда вывозили, и папы, родственники их видели.

- С какими проблемами пришлось столкнуться?

- Проблемы, конечно, были. Но нам очень большую помощь оказало министерство здравоохранения края и лично министр Е.Н. Редько. Нашими проблемами постоянно занимается администрация Крыловского района во главе с С. Убийко. Чтобы получить деньги на ремонт роддома, шли долгие переговоры, в которых участвовал глава района. Сегодня практически на 80% работы закончены. Немного мешает погода: из-за холода не можем штукатурить. Здание снаружи отделяется по современным технологиям: сначала утепляется пенопластом, на который будет набита сетка, а затем штукатурка «короед». А внутри работы идут полным ходом.

- Кто проводит ремонтные работы?

- Это коллектив ООО «Кристалл», руководит которым С.В. Затонский. Работают качественно, сроки не срывают. Они выиграли торги и занимаются ремонтом не только роддома, но и прачечной, которая была в ужасном состоянии: крыша практически завалилась, оборудование сгнило. На реконструкцию прачечной выделено восемь миллионов рублей. Уже делают крышу, пристраивают ЦСО (центральную стерилизационную), где автоклавы будут стерилизовать бельё и инструменты. В прачечную нужно дорогостоящее оборудование: дезинфекционная камера стоит около 500 тысяч рублей, а она необходима, как и стиральные, сушильные, гладильные машины, стоимость которых от 300 тысяч рублей. На всё оборудование дали заявки, надеемся его к окончанию реконструкции получить.

- Когда планируется войти в отремонтированное здание роддома?

- Мы должны до 1 июля освоить в полном объёме средства, которые нам выделили на ремонт роддома.

- Валерий Николаевич, а какие проблемы нужно решить в ближайшем будущем?

- Проблема для нас – компьютерная томография. Нам дали на обслуживание 20 км ФАД «ДОН», и тяжёлых пациентов приходится возить за 80-200 км, чтобы сделать томографию. Вместе с главой пытаемся решить вопрос по оборудованию приёмного покоя скорой помощи по типу кольца, чтобы улучшить качество и повысить оперативность оказания первой помощи тяжелобольным. Пока остаётся нерешённой проблема с лифтом, но мы ищем организации, которые могут нам помочь. И пытаемся решать проблему с кадрами. Если в роддоме у нас штат укомплектован, то в инфекционном отделении нет педиатра. Отделение нужно вводить в эксплуатацию, что пока тоже проблематично из-за недобросовестного под-

рядчика. Потихоньку гасим долги, улучшаем питание и обеспечение лекарствами. Кстати, «скорую» перевели на ОМС. И если раньше тариф по финансированию был 1710 рублей за вызов, то сейчас подушевой норматив и финансирование улучшилось.

После разговора с главным врачом вместе с прорабом ООО «Кристалл» Е. Саква прошли по зданию роддома. Работы строителям предстоит еще много, но Евгений уверен, что в сроки (а это апрель) они уложатся.

*Авангард, Краснодар, О. Кайдаш
(05.03.2013)*

Страховщики предлагают резко сократить набор медицинских услуг, предоставляемых в рамках ОМС

Систему медстрахования в России нужно срочно изменить, оставив в рамках ОМС лишь ограниченный набор медицинских услуг. Об этом 5 марта в ходе круглого стола «Медицинское страхование в России», организованного рейтинговым агентством «Эксперт РА», заявил генеральный директор страховой компании «Транснефть» Кирилл Бровкович. С места события передает корреспондент Клерк.Ру Сергей Васильев.

«Основной недостаток нынешней системы медицинского страхования – это отсутствие четкой границы между ОМС и ДМС, – полагает Кирилл Бровкович. – Конституция, конечно, гарантирует гражданам всеобщее равное право на бесплатную медицинскую помощь на всей территории РФ посредством ОМС, но в реальности это не более чем декларация.

Во-первых, средства системы ОМС ограничены. Нельзя дать всем все, потому что всего на всех не хватит. Во-вторых, субъекты РФ неравномерны по своему экономическому развитию, доходам. Соответственно, бюджеты на ОМС у них разные. В системе ОМС всегда будет локальное недофинансирование отдельных зон».

«Если логически развивать эти мысли и быть до конца откровенными, придется констатировать, что далеко не любую необходимую медицинскую помощь в России можно получить бесплатно, – заявил глава СК «Транснефть». – Нужно вывести часть медпомощи из ОМС, хотя политически это непростое решение.

Должны быть четко прописаны границы на уровне классификаторов и перечня услуг, определен минимально гарантированный набор услуг и расширительный перечень. Услуги, превышающие минимальный набор, должны предоставляться либо платно, либо покрываться полисом ДМС.

Когда это будет сделано, исчезнет конфликт между ОМС и ДМС. Также исчезнет возможность для злоупотреблений, когда одна и та же услуга сначала оплачивается по ДМС, а потом делается попытка выставить счет государству на возмещение стоимости этой же услуги еще и через ОМС».

Если такая мера будет реализована, считает Бровкович, лечебно-профилактические учреждения смогут и побороться на конкурсах за госзадания по ОМС, и составить себе бизнес-планы по привлечению клиентов на дополнительные услуги в рамках программ ДМС.

По прогнозу «Эксперта», при законодательном разграничении услуг по ОМС и ДМС в 2014 году рынок ДМС вырастет в 4-5 раз уже в 2017 году, что, с одной стороны, приведет к снижению стоимости полиса, а с другой, лишит врачей стимула брать с пациентов неформальную плату за свои услуги.

ИА Клерк.Ру, Москва, (05.03.2013)

Минздрав внесет в кабмин законопроект о пересадке органов в 2014 году

Минздрав России должен в начале 2014 года внести в правительство законопроект о донорстве органов и их трансплантации. Соответствующий документ размещен во вторник в банке нормативных и распорядительных актов.

«Как следует из комплекса мер для совершенствования оказания медпомощи населению России, утвержденного распоряжением правительства, Минздраву поручено разработать и внести в правительство РФ проект федерального закона «О донорстве органов, частей органов человека и их трансплантации (пересадке) в первом квартале 2014 года», — говорится в сообщении.

Законопроект о трансплантации, который готовит Минздрав, предполагает создание базы данных, где граждане РФ могут выразить свое согласие или отказ на изъятие органов после смерти. В соответствии с действующим законодательством, если человек не отказался от изъятия своих органов, после его смерти их могут изъять. Это положение сохранится в новом законе. Кроме того, впервые будет разрешено посмертное донорство.

РИА Новости, Москва, (06.03.2013)

Утвержден комплекс мер по совершенствованию медпомощи в России

Премьер-министр РФ Дмитрий Медведев утвердил комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медпомощи населению, сообщила пресс-служба правительства.

«Комплекс мер направлен на обеспечение доступности и качества профилактики, диагностики и лечения заболеваний на основе изменений, как в структуре организации медицинской помощи (формализация трехуровневой системы оказания медицинской помощи, совершенствование территориального планирования отрасли),

так и в оценке результативности функционирования системы здравоохранения, в частности, эффективности деятельности медицинского персонала», — говорится в справке к документу.

Как уточняется в сообщении, эти меры должны помочь реализовать задачи госпрограммы «Развитие здравоохранения», утвержденной 24 декабря 2012 года.

Госпрограмма развития здравоохранения до 2020 года направлена на совершенствование системы охраны здоровья граждан в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья, поддержания долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи. Запланировано два этапа реализации программы: первый — с 2013 по 2015 год, второй — с 2016 по 2020 год.

РИА Новости, Москва, (07.03.2013)

Терпят поражение

В России около 3 млн онкологических пациентов — и это только те, кому уже поставлен диагноз и кто уже был у врача. Многие из них в этом году умрут: по статистике, не больше года живут до 30% больных раком. Ещё полмиллиона россиян в этом году узнают о том, что у них рак. Только треть больных проживут ещё три года. Людям могли бы помочь своевременная диагностика, новые методики лечения, современные препараты, но со всем этим — увьи! — проблемы. В результате в России онкология является второй по распространённости причиной смерти населения.

Недоступность лекарств, отсутствие финансирования, чудовищная коррупция, низкие знания медиков, забюрократизированность мешают исправить в нашей стране ситуацию с лечением онкологических заболеваний. Официальные программы не помогают: в России очень плохие показатели по сравнению с другими странами. Да и как они могут помочь, если в подавляющем большинстве регионов пациенты просто не могут получить необходимых лекарств. По данным Росздравнадзора, в 2012 году 72 субъекта РФ имели дефицит по обеспечению лекарствами онкологических больных. Так что вовсе не случайно результаты лечения некоторых видов рака в России и, к примеру, в США различаются почти в два раза. Так, в 2009 году пятилетняя выживаемость женщин, больных раком молочной железы, в России была 56,7%, а в США — 90,3%!

Современная методика используется только в 2 процентах случаев

На недавно состоявшемся в Государственной думе РФ круглом столе по актуальным вопросам законодательства и проблемам госстратегии терапии пациентов с онкологическими заболеваниями Дмитрий Носов, ведущий научный сотрудник отделения клинической фармакологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, отметил, что среди опухолей есть

лидеры по ежегодному приросту заболеваемости. К ним, в частности, относится рак почки — в среднем в год пациентов становится на 2,71% больше. Растёт и смертность, хотя современные методы лечения могли бы помочь многим.

По словам Бориса Алексева, заведующим онкоурологии МНИОИ им. П.А. Герцена, минимум 50% таких больных нуждаются в эффективной системной терапии. Сейчас для лечения больных неоперабельным почечно-клеточным раком применяется иммунотерапия интерферонами — устаревшая технология, не дающая результатов, но при этом весьма затратная. Единственным же методом лечения распространённого рака почки (III–IV стадии) с доказанной эффективностью в настоящее время является таргетная терапия — это препараты точечного воздействия на опухолевые клетки-мишени. Клинические данные показывают, что таргетная терапия увеличивает выживаемость в 2–2,5 раза по сравнению с терапией интерферонами, но в России не могут обеспечить этими лекарствами даже пациентов, которые по жизненным показаниям в них нуждаются.

Как разъяснил профессор Виталий Омеляновский, председатель совета АНО «Национальный центр по оценке технологий в здравоохранении», в настоящее время источниками финансирования лекарств для онкологических больных являются: федеральная льгота (ОНЛС) — 18%, программа «7 нозологий» — 39%, госпитальные бюджеты ЛПУ — 12%, региональные бюджеты и специальные региональные программы (2010 г.). Основным источником для доступа к таргетной терапии при раке почки является программа дополнительного лекарственного обеспечения, однако в перечень препаратов входит только один таргетный препарат с самой высокой курсовой стоимостью терапии. В результате, по экспертным данным, фактически таргетными препаратами обеспечиваются только 2% (!) больных раком почки, имеющих показания к данному виду лечения.

20 процентов не получали вовремя лекарств

Ранняя диагностика, о необходимости которой говорят давным-давно, также остаётся для многих недостижимой. Люди наталкиваются на волокиту, бюрократию, отсутствие лабораторий и кадров. К примеру, в ноябре — декабре 2012 года организации «Равное право на жизнь» и «Движение против рака» провели опрос по доступности онкологической помощи в России для пациентов, страдающих раком молочной железы. Опрошены были 260 больных от 26 до 90 лет из 11 регионов страны и 197 экспертов — сотрудников клиник, НИИ, вузов и органов управления здравоохранением. По отзывам пациентов, между первым обращением к врачу с жалобой на симптомы заболевания (или при диспансеризации) и началом лечения (получением лекарств или хирургической операции) в среднем проходило два-три месяца. По оценкам экспертов — 1–1,5 месяца. Надо отметить, что многие опрошенные при этом сразу шли в платные клиники или попадали к онкологу «не через поликлинику, а по знакомству».

11,6% пациенток указали, что врач вообще не разъяснил, каким будет лечение, а 76,5% сообщили, что разъяснения были устными. 19,1% опрошенных пациенток не знали, какими лекарствами их лечат. 73,4% заявили, что их не поставили в известность о замене показанного им оригинального лекарства на аналог. 35% пациенток-льготниц были вынуждены как минимум иногда покупать назначенные лекарства, 20% получали лекарства не всегда и не вовремя. Также многие пациентки сообщили, что в поликлинику вовремя не поступали списки льготников, отсутствовали необходимые лекарства в аптеках, не хватило бюджетных средств на закупку препарата. За последние 4,5 года в «Движение против рака» поступило более 460 анкет об отказах в противоопухолевых препаратах. Кстати, авторы 270 анкет – это как раз пациентки с раком молочной железы. Количество жалоб, что очень важно, не уменьшается из года в год, а растёт, что свидетельствует об ухудшении ситуации.

«Ни у фармацевтической отрасли, ни у врачей, ни у аптек, ни у пациента нет перспектив, пока не будут обеспечены доступность и рациональное применение лекарств, – говорит директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов. – За последние 30 лет в России практически разрушилась инфраструктура онкологической помощи, создаваемая в 60–70-х годах: сейчас в стране – неполноценное использование знаний, технологий, фрагментарный взгляд на систему лечения онкологических болезней в целом, запаздывание в трансферте мировых технологий и информационный вакуум у пациентов». По мнению эксперта, необходимо в срочном порядке разработать и утвердить маршрут движения больного с выявленным злокачественным и предопухолевым заболеванием, государство обязано внедрить страховые онкологические программы в рамках добровольного медицинского страхования, создать регистры диспансерного наблюдения, регистры пациентов. Кроме того, нужны паспорта канцерогенных цехов и организаций, а также банк данных химических канцерогенных факторов и действия по их сокращению.

Государству не нужны здоровые граждане и экономическая выгода в 80 тысяч процентов

До сих пор не решены вопросы реабилитации больных раком, нет социальных работников и психологов для этой группы пациентов. Отдельно стоит вопрос доступности наркотических анальгетиков. «Ухудшилось и образование врачей, при вскрытиях средний процент ошибок врача составляет 8%», – сказал «Нашей Версии» заведующий лабораторией иммунохимии ГУЗ РО «Патанатомическое бюро» из Ростова-на-Дону, д.м.н., академик РАЕН Александр Мационис.

Часто нужно говорить не о врачебных ошибках как таковых, а о не проведённых вовремя обследованиях, которые помогли бы выбрать и назначить пациентам по-настоящему действенный препарат. Так, результаты большого клинического исследования, проведённого в 2001–2011 годах, доказали, что препарат трантузумаб,

который назначают женщинам при раке молочной железы, помогает только больным агрессивной формой рака HER2, то есть примерно 25%. Однако 1,5 тыс. рублей, чтобы протестировать женщину, у государства нет.

«Выявление опухолей на ранней стадии сейчас просто профанация и фикция. Во время диспансеризации при выявленном хроническом гастрите гастробиопсию просто не назначают. А без морфологического исследования выявить возможно только 6% случаев онкологических болезней, – говорит Александр Мационис. – При внедрении рекомендаций, основанных на результатах исследования, государство могло получить экономическую выгоду в 80 тыс. процентов! У морфологов есть истинная информация, которую никто не запрашивает, поскольку чиновникам нужно осваивать бюджеты. Томограф теперь есть в каждом дворе, но нужного оборудования у морфологов нет, как нет даже упоминания о нашей специальности в законе об охране здоровья граждан. При таком раскладе в РФ никогда не будет достоверной статистики, а будет та, которую хотят чиновники. Это значит, что эффективной и доступной медпомощи онкологические больные так и не получают!»

Рассказал эксперт и о том, что нередко на морфологов давят, дабы изменить выводы вскрытий. «Все ориентируются только на победные рапорты, и это приведёт нас в итоге к катастрофическим последствиям, – утверждает Александр Мационис. – Везде ценится сиюминутная халтура, развивается повсеместный фельдшеризм в плохом значении слова. Врач не хочет ни в чём серьёзно разобраться, не контролирует по-настоящему лечение. При больших потраченных деньгах результаты здравоохранения имеет, как в Африке без денег! В ЛПУ и в руководство здравоохранением пришло поколение «йес». Они со всем согласны, с каждой глупостью... и всё это на налоги населения».

Наша Версия, Москва, (11.03.2013)

В приемных президента организуют дежурство врачей

Мобильные пункты скорой медицинской помощи организуют во всех региональных приемных главы государства. Медики будут дежурить во время приема населения, чтобы в случае необходимости оказать помощь посетителям, среди которых немало пенсионеров. Об этом «Известиям» рассказали в администрации президента и региональных приемных главы государства.

Одним из первых дежурный медпункт организуют в приемной президента в Ивановской области. Медики будут присутствовать в помещении в часы работы приемной. На эту услугу из бюджета региона выделяется порядка 100 тыс. рублей.

В администрации области «Известиям» рассказали, что медики будут дежурить в приемной президента на случай, если кому-то из посетителей станет плохо.

— В приемную приходит много посетителей, — говорит пресс-секретарь губернатора Ивановской области Олег Ракитов. — Между прочим, для посетителей с детьми у нас даже есть игровая комната.

В игровых комнатах дети могут подождать своих родителей, пока те общаются с чиновниками или ожидают своей очереди.

В администрации президента уточнили, что некоторые приемные располагаются в зданиях региональных правительств, в которых уже есть медпункты. В некоторых же областях приемные Владимира Путина размещены в отдельных помещениях, где рядом нет ни больницы, ни медпункта. В таких приемных и будет организовано дежурство врачей.

Глава приемной президента в Ингушетии Владимир Трубицын рассказал «Известиям», что иногда в приемную приходят по 40 человек в день, например, если дело касается коллективного обращения.

— Время ожидания составляет не более 10–15 минут, — продолжает Трубицын. — И случаев, чтобы кому-то стало плохо на приеме или в очереди, у нас не было.

Глава приемной также уточнил, что пока они не рассматривали необходимость организации дежурства медиков — пункт скорой помощи находится в 6 км от приемной, так что при необходимости медики могут оперативно приехать в считанные минуты.

В администрации президента «Известиям» рассказали, что обычно жалобы и просьбы населения в приемных рассматривают чиновники (в Москве, например, сотрудники Управления по работе с обращениями граждан и организаций), а руководят этими приемными главные федеральные инспекторы в этих регионах. Периодически же прием граждан ведут и руководители профильных министерств. Например, 5 марта по поручению Владимира Путина с населением в Москве общался глава департамента лесного хозяйства по ЦФО, 21 февраля — помощник президента Игорь Щеголев, а 19 февраля — глава московского управления Роспотребнадзора Елена Андреева.

Известия, Москва, (12.03.2013)

Выплаты почетным донорам с 2014 г. будет производить Федеральное медико-биологическое агентство

Правительство РФ подписало постановление о субвенциях субъектам РФ для ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным знаком «Почетный донор России». Как сообщает пресс-служба правительства РФ, документом предусматривается передача закрепленных в настоящее время за Минфином РФ функций по осуществлению ежегодной денежной выплаты гражданам, награжденным нагрудными знаками «Почетный донор СССР» или «Почетный донор России», Федеральному

медико-биологическому агентству (ФМБА) как федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по организации деятельности службы крови, а также функции по реализации мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови и её компонентов. Указанные субвенции предоставляются в соответствии из федерального бюджета в пределах лимитов бюджетных обязательств, которые утверждены в установленном порядке для Минфина России, в связи с чем передача указанных функций от Минфина к ФМБА России может быть осуществлена только с 2014 года.

Как отметили в правительстве, реализация постановления позволит осуществлять ежегодную денежную выплату гражданам, награжденным нагрудным знаком «Почетный донор СССР» или «Почетный донор России», в целях поощрения развития донорства в стране.

ИА REGNUM, Москва, (12.03.2013)

Бухгалтерия против экономики

В Москве прошел конгресс «Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации». Эти термины еще недавно были непривычны российскому профессиональному уху. Но сегодня, когда медицина становится все дороже, нельзя не оценивать ее социально-экономическое бремя для общества.

- Первой из двух главных тем конгресса стала оценка результатов локальных отечественных фармакоэкономических исследований препаратов для лечения высокозатратных нозологий, - рассказала «РБГ» заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого Московского государственного медицинского университета профессор Роза Ягудина. - Ведущие специалисты, в том числе и зарубежные, выступили с докладами по оценке технологий здравоохранения - второй важной теме, которая тесно связана с первой, а также по проблеме взаимозаменяемости лекарственных средств, которая сейчас активно обсуждается.

Фармакоэкономика - наука довольно новая, она изучает соотношение между затратами и эффективностью лечения, а также качеством жизни пациентов при различных схемах применения препаратов. Но это не поиск самых дешевых схем, а расчет затрат, необходимых для достижения наибольшей эффективности. Простой пример: можно долго лечить острое инфекционное заболевание устаревшим дешевым антибиотиком, а можно более дорогим, но эффективным. В первом случае могут возникнуть нежелательные побочные эффекты и осложнения, которые тоже потребуют длительного лечения. Во втором - инфекция будет побеждена быстрее, осложнений не возникнет. И в итоге получится, что лечить больного более дорогим препаратом выгоднее, чем дешевым.

Пока фармакоэкономический подход не стал в нашем здравоохранении единственно возможным, хотя интерес

к теме растет и у представителей здравоохранения, и у регионов.

- К сожалению, обязательность проведения фармакоэкономической оценки лечения не закреплена у нас законодательно, - продолжает профессор Роза Ягодина. - Хотя есть и движение вперед. Так, издан приказ Минздрава России о том, что при формировании перечней препаратов, входящих в программы ОНЛС (обеспечения необходимыми лекарственными средствами. - Ред.), должна проводиться их фармакоэкономическая оценка. Хороший пример показывают зарубежные фармацевтические компании, которые включают результаты таких исследований в досье при регистрации лекарственных средств.

- Затраты и эффективность - определяющие экономические категории, но у нас они не учитываются, - сказал «РБГ» президент Общества фармакоэкономических исследований профессор Павел Воробьев. - Наше законодательство в сфере здравоохранения их также отмечает - покупаются самые дешевые препараты. То есть у нас нет фармакоэкономики, а есть фармакобухгалтерия. Почти все исследования в этой области проводятся на уровне моделирования, а не на базе клинического опыта. Фармакоэкономика - это инструмент принятия решений на основе оценки медицинских технологий. Но у нас нет и оценки технологий, поэтому нет и фармакоэкономики.

Необходимость внедрения в стране оценки медицинских технологий (ОМТ) в последнее время также широко обсуждается. Причина в том, что новые технологии из-за высокой стоимости часто недоступны гражданам, а у индустрии есть возможность возвращать средства, вложенные в их разработку, только из бюджетных средств. Для этого они добиваются их включения в программы государственного финансирования. Но и перед государством встают вопросы: нужно ли внедрять и финансировать эти новые технологии или новые лекарства? Будет ли это правильным и эффективным?

Для ответа на них в мире созданы специальные институты или агентства по оценке технологий в здравоохранении, включая новые лекарства, медицинские изделия и любые другие инновационные разработки. Ученые, разрабатывающие их, часто не могут ответить на вопрос: а будут ли они эффективнее и экономичнее тех, что уже есть? Поэтому институты ОМТ переводят язык ученых и экспертов на язык чиновников, принимающих решения о выборе лекарств и медицинских изделий. И обязаны ответить, даст ли новая технология или новый препарат дополнительные преимущества по сравнению со старыми? Однако у нас в стране ни система ОМТ, ни ее институты пока не созданы.

Возможно, поэтому основное внимание на конгрессе было уделено фармакоэкономическим подходам к лечению отдельных хронических заболеваний, затраты на которые большим бременем ложатся на федеральный и региональные бюджеты. Так, главный пульмонолог департамента здравоохранения столицы Андрей Белев-

ский представил доклад, подготовленный на основании клинического опыта и посвященный современным фармакоэкономическим подходам к диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Это заболевание, в большинстве случаев связанное с курением, осталось практически единственным неинфекционным, при котором растет летальность. А к 2030 году оно, по прогнозам, займет 4-е место среди ведущих причин смертности. В России зарегистрировано около 2,4 млн больных ХОБЛ, но данные эпидемиологических исследований позволяют предположить, что их гораздо больше - от 10 до 15 млн человек. Лечение ХОБЛ дорого обходится бюджету страны (более 8 млрд руб. в год). А поскольку большинство заболевших - люди трудоспособного возраста, не прямые расходы приводят к удвоению общих затрат (до 16 млрд руб в год). При этом основная часть средств тратится на препараты для экстренной помощи, а на закупку основных лекарств - менее 20%.

- Применение длительно действующих современных препаратов снижает общую частоту обострений ХОБЛ на 30% и значительно уменьшает их тяжесть, - сообщил профессор Андрей Белевский. - Это вдвое сокращает частоту госпитализаций, а также количество вызовов «скорой помощи» и посещений врача. Время нетрудоспособности сокращается на 13 дней, а выплаты в связи с утерей трудоспособности - на 30%. При этом затраты системы здравоохранения повышаются всего лишь на 15%.

*Российская газета, Москва,
(12.03.2013)*

В рамках создания МФЦ больницы подтянут к американским стандартам

Планом создания Международного финансового центра (МФЦ) предусмотрено улучшение условий медицинского обслуживания иностранцев в России. Главным образом планируется увеличить число клиник, аккредитованных по международным стандартам, говорится в «дорожной карте» по созданию МФЦ, отправленной Минфином в правительство (копия документа есть у «Известий»).

«Дорожной картой» предусмотрено создание условий, стимулирующих московские клиники проходить аккредитацию по международным стандартам. Наряду с этим, как следует из «дорожной карты», планируется в целом адаптация российских правил оказания медицинских услуг под международные требования, в частности под стандарты JCI, следует из документа. JCI (Joint Commission International) — американская организация, осуществляющая аккредитацию медицинских учреждений.

При такой аккредитации учитывается технологическая инфраструктура медучреждений, профессиональный уровень врачей (включая наличие стажировок за

границей), личное отношение медицинского и административного персонала к пациентам, безопасность деятельности клиники для окружающей среды и даже оформление ее фасада. Помимо JCI существует еще несколько систем аккредитации клиник — например, ACHSI (Australian Council for Healthcare Standards International), CCHSA (Canadian Council on Health Services Accreditation) и др.

По оценке независимого эксперта в области медицины Николая Беспалова, в Москве сегодня насчитывается несколько десятков медицинских учреждений, аккредитованных за рубежом. Несмотря на то что их число невелико, проблем с качеством оказания медицинской помощи в Москве иностранцам сегодня не возникает, указывает эксперт. В столице, по его словам, сосредоточены крупные ведомственные и коммерческие медучреждения, в которых как техническое оснащение, так и квалификация специалистов находятся на высоком уровне. Беспалов добавляет, что проблемы есть на уровне организации работы учреждений, которые зачастую не ориентированы на прием иностранцев — персонал не владеет иностранными языками, документооборот ведется только на русском языке и пр.

Наличие зарубежной аккредитации у российского медицинского учреждения не станет для иностранцев решающим фактором в пользу него, считает профессор Высшей школы экономики Кирилл Данишевский.

— Если речь идет об острой боли, например, зубной, то вопрос выбора клиники второстепенен. Но в случае с хроническими заболеваниями европейцам выгоднее получить медицинскую помощь на родине, поскольку в большинстве стран действует система компенсации стоимости лечения и необходимых для этого медицинских препаратов, — пояснил Данишевский. — При этом не стоит забывать, что большая часть иностранцев в России — это граждане Узбекистана и Таджикистана, где больницы порой не имеют даже света и воды, поэтому зарубежная аккредитация клиники для них не столь значима.

Данишевский также поставил под сомнение возможность реализации пункта об адаптации российских правил оказания медицинских услуг под международные.

— Дело в том, что как таковых международных стандартов оказания медуслуг не существует. В отдельных западных странах разработаны клинические рекомендации, схожие между собой и основанные на лучших технологиях лечения на сегодняшний день, — пояснил эксперт. — Но общепризнанных на мировом уровне подходов нет.

Сертификат той или иной аккредитационной организации в большей степени важен на местном уровне — например, от наличия аккредитации американской JCI в США зависит возможность получения клиникой государственного финансирования. Для российских медицинских учреждений получение подобной аккредитации можно расценивать лишь как маркетинговый ход, говорит Данишевский.

Как писали «Известия», МФЦ, для иностранных сотрудников которого планируется улучшить медицинский сервис, решено разместить недалеко от МКАД по северо-западному направлению — в Рублево-Архангельском, земли которого принадлежат Сбербанку. Бюджет транспортной инфраструктуры проекта оценивается Сбербанком в 82 млрд рублей.

Известия, Москва, (13.03.2013)

Иностранным учителям, медикам и экономистам упростят въезд в Россию

Министерство финансов РФ предлагает упростить процедуру выдачи обычных, деловых, гуманитарных и рабочих виз для иностранных специалистов по экономике, здравоохранению, образованию, культуре и науке. Ведомство включило этот пункт в разработанную им по поручению премьер-министра «дорожную карту» по созданию Международного финансового центра (МФЦ) и улучшению инвестиционного климата.

По мнению Минфина, также должна быть проработана процедура упрощенного получения разрешений на работу для ученых, экономистов, преподавателей, врачей и деятелей культуры из-за рубежа. Ведомство планирует, что соответствующие поправки в законодательство будут приняты к 2014 году и в тот же срок будет проработана упрощенная процедура выдачи разрешений на работу.

«Дорожная карта» в данный момент отправлена на рассмотрение в правительство. В своем плане по увеличению инвестиционной привлекательности страны Минфин отмечает, что вопросами упрощения въезда иностранцев должны заниматься МИД РФ и Федеральная миграционная служба.

Эти ведомства к моменту выхода материала не предоставили информацию, как именно может быть упрощена процедура.

По мнению бывшего замдиректора ФМС Вячеслава Поставнина (ныне — глава фонда «Миграция XXI век»), получение деловой, обычной или гуманитарной визы для иностранца не является проблемой, документ оформляется в среднем в двухнедельный срок. В ряде консульств существуют официальные услуги по платному ускоренному оформлению виз. Но с оформлением рабочей визы и разрешения на работу на территории РФ у иностранцев возникают сложности. Особенно это касается тех, кто не считается по российскому законодательству высококвалифицированным специалистом.

Рабочая виза выдается лишь при наличии разрешения на работу, а чтобы его получить, необходимо кроме документов об образовании и доходах предоставить справку о медицинском осмотре, пройденном на территории РФ.

Прежде чем получить рабочую визу в РФ, иностранцу предстоит посетить Россию по деловой визе как минимум пару раз. К тому же на выдачу разрешений на ра-

боту установлены квоты. В итоге, по словам Поставнина, многие иностранцы, приезжающие поработать в России в рамках короткосрочных проектов (особенно это касается деятелей культуры), приезжают по деловой визе.

Эксперт приводит в качестве примера недавнюю проверку сотрудниками ФМС швейцарского режиссера Мило Рау, ставившего в Сахаровском центре спектакль о Pussy Riot. Премьера скандального спектакля сорвалась из-за внеплановой проверки, показавшей отсутствие рабочей визы у швейцарского режиссера.

При этом квоты не относятся к высококвалифицированным специалистам — таковыми считаются иностранцы, имеющие опыт и достижения в определенной области и зарабатывающие более 2 млн рублей в год (ст. 13.2 закона «О правовом положении иностранных граждан»).

Поставнин убежден, что специалистам образования, науки, здравоохранения, экономики и культуры можно облегчить въезд в РФ, отменив, так же как и высококвалифицированным специалистам, квоты. Также, по мнению эксперта, им необходимо дать возможность предоставлять справки о медицинском осмотре, пройденном на родине.

Член Общественного совета при ФМС и защитник прав мигрантов Лидия Графова положительно оценивает смягчение требований к приезжающим на работу в Россию специалистам определенных областей.

По ее словам, определив в качестве критерия квалификации зарплатный ценз, Россия не получила качественных экспертов в тех областях, в которых они требуются. Она отмечает, что большая часть «высококвалифицированных» — это зажиточные торговцы из Восточной и Юго-Восточной Азии, имевшие на родине хороший доход. Ее слова подтверждают прошлогодние данные фонда «Миграция XXI век». Из 10 тыс. высококвалифицированных специалистов, принятых в прошлом году, 9,5 тыс. — выходцы из Китая, Вьетнама и Филиппин.

Финансисты отмечают, что смягчение условий въезда в РФ для иностранных специалистов теоретически должно пойти на пользу развитию финансового центра и повысить инвестиционную привлекательность страны.

Однако они сомневаются, что на практике послабления обеспечат приток качественных сотрудников.

— Идея изначально позитивная, позволяющая упростить возможности найма ценных иностранных специалистов, а такие для формирования МФЦ необходимы. Но не стоит забывать, что это только часть того, что мы должны сделать для привлечения необходимых кадров из-за рубежа. Вторая часть куда более сложна: необходимо заинтересовать людей, чтобы они приняли решение искать работу в России. Да и хотелось бы, чтобы это были люди, получившие свою специальность в ведущих университетах мира, а не просто иностранцы, обучавшиеся в вузах, — говорит управляющий портфелями ЦБ УК «Солид Менеджмент» Максим Семянин.

По словам начальника аналитического управления

БКФ-банка Максима Осадчего, высокие барьеры для квалифицированной рабочей силы — не главная проблема проекта МФЦ.

Гораздо важнее неразвитость финансовой инфраструктуры в стране, неблагоприятный бизнес-климат и высокий уровень коррупции.

Известия, Москва, (14.03.2013)

Леонид Рошаль: «Эффект от сегодняшних реформ мы начнем ощущать года через три»

«Наше здравоохранение переживает не лучшие времена», — эта фраза звучит с высоких трибун последние лет 20. Что мешает нам иметь такую медицину, о которой мы мечтаем? За ответом мы отправились к человеку с неизменно высоким авторитетом в глазах наших читателей — директору НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президенту Национальной медицинской палаты (НМП), профессору, доктору медицинских наук Леониду Рошалю.

Кредит доверия

«АиФ. Здоровье»: — Леонид Михайлович, недавно в СМИ прошла информация о том, что на заседании Правительства РФ министр здравоохранения обнародовала результаты опроса, согласно которым число россиян, довольных отечественным здравоохранением, выросло до 72%. Как, по-вашему, эта цифра соответствует действительности?

Л.Р.: — В СМИ много что могут сообщить... Вот недавно раструбили, что Минздрав выделил 35 миллиардов на борьбу с курением в школах. Поднялась волна возмущения, а потом выяснилось, что эта огромная сумма была выделена на всю широкомасштабную программу диспансеризации. Борьба с курением составляет лишь малую ее часть. А в результате Минздрав оказался в минусе, вместо того, чтобы быть в плюсе. Подозреваю, что то же самое произошло и в случае с упомянутым вами сообщением... (Для подтверждения своих слов Леонид Михайлович позвонил ... министру здравоохранения Веронике Скворцовой. Результатом звонка остался доволен.)

— Ну вот, что я вам говорил... На заседании правительства шла речь об исследовании, которое проводил не Минздрав, а независимые страховые компании. И касалось оно лишь тех лечебных учреждений, которых коснулась модернизация. Понятно?

«АиФ. Здоровье»: — Теперь понятно. И все же, какой процент россиян, на ваш взгляд, может быть доволен нашим здравоохранением?

Л.Р.: — Думаю, около 40%.

«АиФ. Здоровье»: — Негусто...

Л.Р.: — А вы хотели мгновенных результатов? Так не бывает. Для того чтобы остановить ту негативную тенденцию, которая была заложена политикой прежнего состава Минздравсоцразвития, нужно не только время, но

и силы. Вектор нынешнего Минздрава сильно отличается от предыдущего. Наконец-то руководить нашей отраслью пришел профессионал-медик.

Думаю, эффект от того, что предпринимает сегодня Минздрав, мы начнем ощущать года через три.

Цена недоговоренности

«АиФ. Здоровье»: – Кстати, о недавних решениях Минздрава. Многие из них вызывают неоднозначную реакцию. К примеру, что вы можете сказать по поводу закрытия и реорганизации лечебных учреждений, которые в массовом порядке стали проходить в нашей стране?

Л.Р.: – Ни одного решения нового Минздрава о необходимости закрытия коек и роддомов не было. Это отголоски прошлого. Национальная медицинская палата выступает против необоснованного закрытия лечебных учреждений. Реорганизацию больниц и поликлиник нужно проводить с умом, чтобы в результате не страдали пациенты.

Думаю, у руководства Минздрава есть четкие объяснения по поводу того, почему они приняли то или иное решение. Но каждое из этих решений должно быть доведено до сведения врачей, должно быть разъяснено. Чтобы не получилось так, как с недавним переводом «Скорой» в систему ОМС и с появлением так называемых платных «Скорых», когда даже многие врачи не знали сути вопроса, не говоря уже о пациентах. Поднялась буча. А потом выяснилось, что речь идет об обслуживании обладателей полисов ДМС и что на объеме бесплатных медицинских услуг «Скорой помощи» это никак не отразится. Все эти тонкости народу, профессиональной общественности нужно обязательно разъяснять.

«АиФ. Здоровье»: – Много нареканий и вопросов вызывает и другая инициатива Минздрава – вступившие в силу с 1 января 2013 года новые правила оказания платных медицинских услуг...

Л.Р.: – На самом деле список бесплатных гарантий у нас в стране не уменьшается. И в поликлиниках, и в стационарах. В программе госгарантий и в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» четко прописано, какие медицинские услуги могут быть платными, а какие нет.

«АиФ. Здоровье»: – Бесплатную медицинскую помощь в государственных лечебных учреждениях гарантирует и Конституция. Только вот на деле получается иначе...

Л.Р.: – Потому что государству не хватает средств, чтобы покрыть эти гарантии. Наше здравоохранение недофинансировано почти в 2 раза. На него выделяется 3,4% ВВП, в два раза меньше, чем в европейских странах. Сейчас в этом плане подвижки уже есть. Но до необходимого уровня финансирования медицинской отрасли пока далеко. Без повышения доли здравоохранения до 5–6% от ВВП мы ничего не сделаем. И кадровую проблему не решим. А она в медицине сейчас – самая острая. И виновато в этом преждее руководство Минздравсоцразвития. Сегодня мы думаем, как разрешить эту ситуацию. Национальная медицинская палата настаивает на повы-

шении заработной платы медицинским работникам, их социальной поддержке – такой, какую получили недавно педагоги.

Кадровый вопрос

«АиФ. Здоровье»: – Но ваши коллеги хотят нормально жить и работать здесь и сейчас. И, чтобы донести свою боль до власти, все чаще выходят на митинги. Кстати, как вы к ним относитесь?

Л.Р.: – Если это митинги конструктивные и действительно выражают проблему, я – за них. Сам в свое время участвовал в первом несанкционированном митинге врачей в Архангельске. Его участники тогда поставили правильный вопрос: если вы хотите, чтобы мы лечили, скажите, чем мы должны лечить?

Главное, чтобы эту боль не использовали в своих интересах политические силы. Такие митинги я не воспринимаю. Я – беспартийный человек. Моя партия – это врачи и пациенты. Мы всегда говорим о том, что главные приоритеты Национальной медицинской палаты – защищать пациентов от некачественного лечения, а с другой стороны – защищать врачей от того положения, в котором они оказываются.

«АиФ. Здоровье»: – Есть результаты?

Л.Р.: – Мы стараемся. Встали на защиту врачей Российской детской клинической больницы, которых незаслуженно оскорбила мать одного из пациентов, 31-й больницы в Санкт-Петербурге. Сейчас разбираем ситуацию, сложившуюся в Детской больнице Калининграда, где отец одного из маленьких пациентов отсудил у больницы 5 млн рублей за якобы некачественное лечение. Я сам лично проанализировал историю болезни этого ребенка, разговаривал с врачами. И пришел к выводу: претензии необоснованны. В сложившейся ситуации калининградские врачи сделали все, что могли. Я буду оспаривать результаты экспертизы. Уважаемые люди, которые ее провели, не вникли в суть проблемы...

«АиФ. Здоровье»: – Вы уже давно ставите вопрос о необходимости независимой экспертизы в здравоохранении. Дело продвигается?

Л.Р.: – Да. Я только что получил письмо из Минздрава о подготовке постановления правительства о независимой профессиональной экспертизе.

В экспертную группу войдет представитель НМП. В планах Национальной медицинской палаты – и создание закона о саморегулировании профессиональной деятельности, когда обучением врачей и повышением их квалификации будет заниматься не Минздрав, а сами профессиональные врачебные организации. И при этом будут отвечать за каждого специалиста. Так, как это принято и прекрасно работает в развитых странах мира.

Консолидация возможна?

«АиФ. Здоровье»: – Не секрет, что медицинское общество у нас в стране очень разобщено. Скажите, консолидация врачей сегодня возможна?

Л.Р.: – Конечно! И НМП, объединяющая десятки профессиональных врачебных обществ и ассоциаций, – тому

пример. Могу назвать прекрасно работающие палаты и ассоциации Калининградской, Новосибирской, Смоленской, Тюменской, Воронежской областей и других регионов...

«АиФ. Здоровье»: – А как вы относитесь к недавно созданному Обществу врачей России?

Л.Р.: – Мы готовы были принять эту организацию в состав НМП. Но ответа на свое предложение не получили...

«АиФ. Здоровье»: – Слышала, что в Общество врачей России вошел Евгений Чазов, которому вы неоднократно предлагали возглавить Национальную медицинскую палату. Чем вызвано это ваше решение?

Л.Р.: – Евгений Иванович – очень уважаемый человек в мире медицины. И с предложением возглавить Национальную медицинскую палату я к нему впервые обратился, будучи еще председателем Комиссии по здравоохранению Общественной палаты, в недрах которой и родилась НМП. Заверяю вас, как только появится достойная кандидатура на этот пост (а я надеюсь что это будет очень скоро), свои полномочия я с удовольствием передам. Я – президент от нужды. Главное для меня – это больные дети. Мой институт. А потом уже все остальное.

Аргументы и факты, Москва, (14.03.2013)

Россиянам с больными почками трудно добраться до врача

Лишь один из нескольких десятков человек, страдающих почечными заболеваниями, доживает до того момента, когда он получает донорский орган. Остальные умирают раньше от последствий хронической болезни почек (ХБП) – инфарктов и инсультов. Об этом сообщил вчера главный специалист-нефролог Минздрава России профессор Евгений Шилов в ходе телемоста, приуроченного к Всемирному дню почки. По словам профессора Шилова, заболеванию почек способствуют сахарный диабет, ожирение и гипертоническая болезнь.

При этом в России не хватает специалистов-нефрологов, а также учреждений, на базе которых можно было бы проводить лечение нефрологических больных специальным методом – диализом. Представители Межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов «Нефро-Лига» подтвердили, что мест диализа и специалистов не хватает. Кроме того, в каждом из регионов сегодня имеются свои проблемы.

Так, например, в Республике Саха, Мурманской и Новосибирской областях людям, страдающим от хронической болезни почек, трудно добраться до врача, а Самаре и Томску не хватает амбулаторных нефрологов.

Полтора года назад Всемирная организация здравоохранения включила болезнь почек в пятерку заболеваний-убийц, сразу после онкологии, легочных и сердечно-сосудистых заболеваний, а также диабета.

Каждый десятый человек в мире, в том числе 15 миллионов россиян, имеет различные заболевания почек, часто приводящие к инвалидности и преждевременной смерти от инфарктов и инсультов.

По данным «Нефро-Лиги», на момент первичного обращения к нефрологу более 50% пациентов уже имеют тяжелые стадии хронической болезни почек, единственным возможным лечением которых становится заместительная почечная терапия – диализ или трансплантация органа.

При этом далеко не все россияне имеют возможность пройти процедуру лечения: более 70% субъектов РФ не имеют достаточного количества диализных мест, а в большей части регионов не проводится трансплантация почки.

Особо драматично в регионах обстоит ситуация с лечением осложнений, с которыми сталкивается каждый второй пациент на заместительной почечной терапии.

В первые 4 года с начала диализа 44 % пациентов умирают от сердечно-сосудистых осложнений хронической болезни почек. (Продолжительность жизни таких больных не превышает 3–5 лет с начала диализа, основная причина высокой летальности – сердечно-сосудистые патологии, инфаркты и инсульты на фоне заболевания гиперпаратиреозом.)

По мнению заведующей отделением нейроэндокринологии и остеопатий ФГУ «Эндокринологический научный центр» Людмилы Рожинской, «если начинать лечение гиперпаратиреоза еще до заместительной почечной терапии, что также могло бы сократить расходы на последующее лечение осложнений заболевания в 3–5 раз».

«Чудовищная и несправедливая ситуация, когда государство ежегодно тратит более 1 млн. рублей на диализ одного больного, но не может найти средств, чтобы спасти его от управляемой и предсказуемой причины смерти», – добавила она.

Новые Известия, Москва, (14.03.2013)



НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

П Р И К А З

от 13 февраля 2013 г. № 34

МОСКВА

О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2013 ГОД

В целях обеспечения социальной защиты и предоставления работникам Федерального фонда обязательного медицинского страхования единовременной субсидии на приобретение жилого помещения **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить Положение о Комиссии Федерального фонда обязательного медицинского страхования для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии на приобретение жилого помещения на 2013 год (Приложение).

Председатель
Н.Н. Стадченко

Согласовано:

Заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации

ПОЛОЖЕНИЕ
О КОМИССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ДЛЯ РАССМОТРЕНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РАБОТНИКАМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ
СУБСИДИИ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ НА 2013 ГОД

1. Комиссия для рассмотрения вопросов предоставления работникам единовременной субсидии (далее - Комиссия) на приобретение жилого помещения является постоянно действующим коллегиальным органом.
2. В своей деятельности Комиссия руководствуется федеральными законами, указами Президента Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации, в частности, Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации 29 июля 1998 года № 857*, приказами Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
3. Число членов Комиссии, включая председателя, заместителя (заместителей) председателя, секретаря и заместителя секретаря должно быть нечетным.
4. Председателем Комиссии является заместитель Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.
5. Состав Комиссии формируется таким образом, чтобы была исключена возможность возникновения конфликтов интересов, которые могли бы повлиять на принимаемые Комиссией решения.
6. Комиссия осуществляет следующие функции:
 - а) проверяет сведения, содержащиеся в документах, представленных работником;
 - б) обеспечивает учет и снятие с учета работников для получения единовременной субсидии;
 - в) ведет книгу учета работников для получения единовременной субсидии;
 - г) на основании представления непосредственного руководителя работника вносит Председателю Комиссии предложение об увеличении размера единовременной субсидии работнику (персонально) за безупречную и эффективную работу;
 - д) представляет председателю Комиссии проект приказа о постановке на учет и снятия с учета работника.
7. Председатель Комиссии:
 - а) осуществляет общее руководство Комиссией;
 - б) определяет дату и время проведения заседания Комиссии;
 - в) дает поручения членам Комиссии, связанные с ее деятельностью;
 - г) председательствует на заседаниях Комиссии, а в случае отсутствия возлагает свои функции на заместителя председателя в установленном порядке;
 - д) подписывает протокол заседания Комиссии.
8. Секретарь Комиссии:
 - а) осуществляет прием заявлений работников и прилагаемых к нему документов;
 - б) ведет журнал регистрации заявлений работников и прилагаемых к нему документов с указанием времени и даты их приема;
 - в) обеспечивает участие членов Комиссии в заседании;
 - г) ведет и подписывает протокол заседания Комиссии;
 - д) готовит проекты решений и оформляет протоколы заседаний Комиссии;
 - е) доводит принятые Комиссией решения до сведения работников;
 - ж) ведет делопроизводство Комиссии;
 - з) заносит сведения о работнике, состоящем на учете для получения единовременной субсидии в книгу учета работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования, для получения единовременной субсидии (Приложение к Положению) в порядке очередности подачи заявлений.

* (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 32, ст. 3902; 2004, № 51, ст. 5206; 2007, № 1, ст. 309; 2008, № 44, ст. 5087; 2009, № 26, ст. 3185; 2012, № 34, ст. 4749)

9. Заседание Комиссии считается правомочным, если в нем принимает участие не менее двух третей ее членов.

10. Решение Комиссии принимается открытым голосованием простым большинством голосов и оформляется протоколом Комиссии за подписью председателя Комиссии и секретаря Комиссии. Мнение председателя Комиссии при равенстве голосов членов Комиссии является решающим.

11. Итоги заседания Комиссии оформляется протоколом.

Приложение
к Положению о Комиссии Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования для рассмотрения
вопросов предоставления работникам
единовременной субсидии на
приобретение жилого помещения на 2013 год

КНИГА УЧЕТА

Начата 20 г.
Окончена 20 г.

Ф.И.О работника	Члены семьи, проживающие совместно с работником (Ф.И.О., степень родства)	Стаж работы в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования	Год, месяц, число постановки на учет (номер, дата документа)	Жилищные условия			Решение о предоставлении единовременной субсидии (номер, дата документа)	Размер единовременной субсидии (тыс. рублей)	Отметка о перечислении единовременной выплаты	Дата снятия с учета (номер, дата документа)
				обеспеченность общей площадью по месту регистрации (всего)	на одного члена семьи	наличие в собственности других жилых помещений, кроме тех, где зарегистрирован				