

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

2 – 2014

Итоговое заседание коллегии
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В.И. Скворцова: «Важно отметить, что проведенный нами совместно с субъектами Российской Федерации анализ показал - потребность в высокотехнологичной медицинской помощи нашему населению значительно выше объема сегодняшнего дня. В своем послании Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин поставил перед нами задачу: увеличить объемы ВМП в 1,5 раза - до 750 тыс. пациентов к 2016 году»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 2, 2014**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 2, 2014

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.З. Фаррахов – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации, к.м.н.

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

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

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.

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. Линденбрaten – Заместитель директора по научно-исследовательской работе ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – 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 04.06.2014 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 84 полос

Адрес редакции: ООО «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», 2014

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, 2014

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

Ayrat Farrakhov – MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of 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)

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Moscow City FCHIF

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 National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

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

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. Tsareva – 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 - The Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economical Sciences.

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 04.06.2014, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 84 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», 2014

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observance 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

ИТОГОВАЯ КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ

Итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 4

Выступление заместителя председателя правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации. 7

Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 9

Когда отрасль обновляется.
Итоговые оценки министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой 18

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Семинар «От прогрессивных способов оплаты к повышению качества медицинской помощи» 24

20 мая 2014 года в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялась совместная с ФМБА России акция «День донора». 26

Новые кадровые назначения 28

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

A.P. Akhmetzyanov
Возможности использования зарубежного опыта оплаты амбулаторной медицинской помощи в российской системе обязательного медицинского страхования

A.R. Akhmetzyanov
The ways of introduction of foreign experience of outpatient ambulatory health care payment in russian obligatory medical insurance system 30

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

V.A. Poikhalo
Об информационной безопасности – для всех.
О некоторых отличиях и общих свойствах собственноручной и электронной подписи

V.A. Poikhalo
Information security for everybody.
Certain differences and general properties of the handwritten and electronic signatures 44

МОДЕРНИЗАЦИЯ ОМС

I.P. Chernonoshkina
Особенности регионального использования клинико-статистических групп заболеваний

I.P. Chernonoshkina
Features of a regional use of clinical statistical groups of diseases 50

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

S.G. Shadrin, L.D. Tymchuk, E.O. Evtodiyeva
Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики за 2012-2013 гг.

S.G. Shadrin, L.D. Tymchuk, E.O. Evtodiyeva
Control of volumes, terms, quality and conditions in rendering medical care in the sphere of obligatory medical insurance in the territory of the Udmurt Republic for the period between 2012 and 2013 58

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

V.N. Alexandrov
Особенности информационного взаимодействия при организации обязательного медицинского страхования в Чувашской Республике

V.N. Alexandrov
Features of information interaction in the organization of obligatory medical insurance in the Chuvash Republic. 64

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 72

Итоговое заседание коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

24 апреля 2014 г., Москва



Министр Вероника Скворцова выступила с докладом на итоговом расширенном заседании коллегии Минздрава России. В докладе проанализированы результаты работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2013 г., намечены перспективы развития отрасли.

В заседании коллегии приняла участие и выступила заместитель председателя Правительства Российской Федерации Ольга Голодец.

На коллегии выступили первый заместитель председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Александр Торшин; заместитель председателя Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, заместитель руководителя фракции партии «Единая Россия» в Государственной Думе Российской Федерации Сергей Железняк; председатель Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации Сергей Калашников; председатель партии «Справедливая Россия»; руководитель фракции партии «Справедливая Россия» в Государственной Думе Российской Федерации Сергей Миронов; председатель Либерально-демократической партии России, руководитель фракции ЛДПР в Государственной Думе Российской Федерации Владимир Жириновский; уполномоченный при Пре-

зиденте Российской Федерации по правам ребёнка Павел Астахов; президент некоммерческого партнерства «Национальная медицинская палата» Леонид Рошаль; первый заместитель министра финансов Российской Федерации Татьяна Нестеренко; вице-губернатор Ленинградской области Николай Емельянов; первый заместитель председателя Правительства Свердловской области Владимир Власов; заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников; заместитель главы администрации Тамбовской области Николай Горденков; директор Научного центра здоровья детей Федерального агентства научных организаций, главный внештатный специалист-педиатр Александр Баранов; председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России Пётр Глыбочко; председатель Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты Российской Федерации Николай Дайхес.

Состоялась торжественная церемония награждения. Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Ольга Голодец и министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова вручили награды за успехи в области здравоохранения.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации за достигнутые трудовые успехи в области здравоохранения, значительный вклад в социально-экономическое развитие Российской Федерации и многолетний добросовестный труд награждены:

Орденом Почета

Виталий Флек – помощник министра здравоохранения Российской Федерации;

Владимир Шпрах – ректор Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Орденом Дружбы

Игорь Каграманян – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени

Айрат Фаррахов – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации;

Анатолий Гулин – помощник министра здравоохранения Российской Федерации;

Светлана Кравчук – начальник Управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

Александр Карпов – заместитель начальника Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения;

Дмитрий Трунин – профессор Института последипломного образования государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет».



Заместитель председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец вручила Медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени С.Г. Кравчук, начальнику Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Почетное звание «Заслуженный деятель науки Российской Федерации» за достигнутые успехи в области медицинской науки и многолетний добросовестный труд присвоено

Елене Байбариной – директору Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации

Почетное звание «Заслуженный врач Российской Федерации» за достигнутые трудовые успехи в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд присвоено:

Сергею Бойцову – директору Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр профилактической медицины»;

Юрию Шельгину – директору Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии»;

Галине Емельянцевой – заведующей отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Северодвинская городская детская клиническая больница»;

Лидии Калинниковой – заведующей отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Городская клиническая больница № 3»;

Ольге Лагно – заведующей отделением Государственного учреждения здравоохранения «Республиканский клинический онкологический диспансер», Республика Башкортостан;

Ирине Лоранской – заведующей кафедрой Государственного бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последипломного образования»;

Александр Макацаря – заведующему кафедрой Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Первого Московского государственного медицинского университета имени Ивана Михайловича Сеченова»;

Юрию Медведеву – заведующему кафедрой Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени Ивана Михайловича Сеченова»;

Татьяне Яковцевой – врачу Государственного бюджетного учреждения «Курганский областной онкологический диспансер».

Почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» присвоено

Дмитрию Пархоменко – заместителю руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Распоряжением Президента Российской Федерации за достигнутые трудовые успехи в области здравоохранения и многолетний добросовестный труд Почетной грамотой Президента Российской Федерации награждены:

Вячеслав Рогожников – заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства;

Элана Яненко – главный научный сотрудник Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт урологии».

Распоряжением Правительства Российской Федерации за активное участие в развитии системы обязательного медицинского страхования и многолетний добросовестный труд объявлена благодарность:

Галине Антоновой – директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области;

Татьяне Чирятьевой – директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области;

Борису Федорченко – директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области.



Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец вручила Благодарность Правительства Российской Федерации Т.В. Чирятьевой, директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области



Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец вручила Благодарность Правительства Российской Федерации Б.Н. Федорченко, директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тульской области



Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец вручила Благодарность Правительства Российской Федерации Г.А. Антоновой, директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области

Выступление заместителя Председателя правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

24 апреля 2014 г., Москва



С 2009 г., когда начались серьезные реформы в сфере здравоохранения, был проделан очень серьезный путь.

Первое – увеличено финансирование в здравоохранении, и это очень существенно для бюджета Российской Федерации, очень существенно для страховых взносов. Российская Федерация пошла на это, имея в виду, что здравоохранение должно финансироваться полным рублем.

Второе – это система модернизации здравоохранения, которую мы проводили в течение трех последних лет, когда буквально все регионы переоснастились, ввели новые стандарты оказания медицинской помощи, и я надеюсь, что сегодня мы можем обсуждать, что вся про-

вохранение, с которыми мы где-то научились работать, где-то – еще нет, чтобы они заработали на население.

Основным итогом работы нашего здравоохранения стало увеличение продолжительности жизни, и этот показатель сегодня, наконец-то, действительно перешагнул планку 70 лет и составил по итогам года 70,8 лет. Все мы понимаем, что это только наш первый шаг, что в течение довольно ограниченного периода времени мы должны выйти на новый показатель – 75 лет, и наши ресурсы это позволяют, а дальше мы должны сделать шаг для того, чтобы достичь мировых стандартов.

На чем бы мне хотелось сконцентрировать внимание, что мы с вами должны преодолеть в системном порядке: прежде всего это то, что мы должны научиться не-

Основным итогом работы нашего здравоохранения стало увеличение продолжительности жизни, и этот показатель сегодня, наконец-то, действительно перешагнул планку 70 лет и составил по итогам года 70,8 лет. Все мы понимаем, что это только наш первый шаг, что в течение довольно ограниченного периода времени мы должны выйти на новый показатель – 75 лет, и наши ресурсы это позволяют, а дальше мы должны сделать шаг для того, чтобы достичь мировых стандартов.

грамма модернизации позволила нашему здравоохранению выйти на принципиально новый уровень оказания медицинских услуг.

Третье – сейчас самое главное. Нам предстоит выйти на новую повсеместную систему индикации, нам нужно сделать качественный прорыв в нашей системе здравоохранения, чтобы те ресурсы, которые пришли в здра-

формально относиться к самому построению территориальных программ госгарантий. Медицина развивается, мы ставим новые задачи, но на практике мы должны научиться отражать в наших программах новые методы лечения, погружать их внутрь наших программ и отказываться от устаревших методов. Мы должны совместить медицинскую и экономическую часть здравоохранения.

Сегодня для нас это одна из сложных задач. Но я надеюсь, что мы с этой задачей справимся, эта задача приоритетная. Изначально мы должны понимать, на что у нас хватает средств, и как мы можем обеспечить то здравоохранение, которого сегодня достойны были бы россияне. Мы говорим, что мы переходим на более высокие технологии, что высокотехнологичная медицинская помощь увеличивается более чем в полтора раза, мы должны это показывать в цифрах, мы сами должны понимать, сколько это стоит. Это тема номер один – сама система управления здравоохранением на каждом уровне.

Еще одна тема, которая не менее важна – это профессиональная подготовка врачей. Российская школа здравоохранения – уникальная школа. Она дала миру такие имена, как Павлов, Мечников, Склифосовский и многие другие. И эта школа очень традиционна. Меня радует, что сегодня, когда я приезжаю в регионы, я вижу новые школы. Вот недавно мы были в Тюмени: это потрясает, когда работают молодые ребята и показывают абсолютно уникальные результаты лечения тех людей, от которых отказалась Европа. Этим нужно гордиться, это нужно показывать и об этом нужно рассказывать для того, чтобы население понимало, чего стоит наша медицина, чего стоят наши доктора, которые действительно сегодня в лучших российских традициях продвигают очень сильные российские школы. Но нужно, чтобы этот процесс был системным, нужно понимать, где развиваются школы, мы должны их поддерживать. Мы должны наделить правами подготовки современных протоколов тех людей на местах, которые действительно творят в ежедневном режиме, и нужно обязательно обеспечить поддержку молодому поколению, этим амбициозным докторам, которые сегодня готовы сделать следующий шаг, совершить прорыв.

И вопрос, решение которого должно стать системным – это наши профессиональные стандарты. Профессиональное сообщество должно поработать, сформировать и профессиональный стандарт врача, и те требования к специальностям, которые существуют во врачебном сообществе, потому что от этого зависит система профессиональной подготовки: нельзя урывками что-то подправлять сегодня в одной специальности, завтра – в другой. Нужно создать систему. Систему и профессиональных стандартов, и профессиональной подготовки. От этого зависит, практически, все будущее системы здравоохранения в Российской Федерации.

В наших преобразованиях мы также должны сфокусироваться на нескольких таких вопросах, которые, являясь текущими, очень мешают нам работать. Я, когда анализировала письма, жалобы, которые приходят – в большинстве своем они по системе оплаты труда. Система здравоохранения вполне готова для того, чтобы установить достойную и справедливую систему оплаты труда. Мы движемся примерно одинаковыми темпами в здравоохранении и в образовании, но зарплата врачей по отношению к средней должна быть 200%. В образовании у педагогов она должна быть 100%. При таких пропорциях у нас в образовательном сообществе нет сильных социальных потрясений, а в здравоохранении очень много жалоб появляется. Это значит, что люди не согласны внутренне с тем, что им предлагают на местах. Поэтому, коллеги, я просто прошу обратить внимание на эту проблему и выработать подходы к системе оплаты труда: за что платится, как платится, что мы стимулируем, как продвигаем? Эту систему нужно отработать.

И еще есть проблема, которая сегодня действительно мешает нашему продвижению очень серьезно – это бумажная работа. Столько бумажной работы, сколько сегодня ложится на плечи каждого врача, парализует всех нас. Это уже не врач, это уже писатель, бюрократ.

Если мы поставили задачу, если мы прошли путь модернизации системы здравоохранения, то мы вполне можем справиться с тем, чтобы отказаться от ненужных бумаг, от бумажной работы, перейти на электронную карту больного, и на электронный листок трудоспособности, как мы сейчас запустили вместе с Фондом социального страхования. Это нужно делать в очень близкой перспективе, потому что это – потерянное время и для доктора, и для пациента.

И самое последнее, о чем я хочу сказать, это то, что когда мы модернизируем всю систему здравоохранения, не нужно забывать о главном. Главным у нас является пациент, его здоровье и его удовлетворенность. Это, я надеюсь, будет в центре внимания всей системы здравоохранения.

Доклад министра здравоохранения В.И. Скворцовой на итоговом заседании коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации

24 апреля 2014 г., Москва



Сегодня мы подводим итоги второго года работы Министерства здравоохранения Российской Федерации, проводим обсуждение результатов, проблем и путей их решения, планов на предстоящий период работы.

2013 г. был первым годом реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» и других, разработанных в соответствии с указами Президента Российской Федерации стратегий, годом отработки методологии, проведения пилотных проектов и внедрения в жизнь того, что было намечено.

В 2013 г. были завершены начатые в 2011 г. беспрецедентные по масштабу и финансовому обеспечению региональные программы модернизации здравоохранения, на которые было выделено более 664 млрд. рублей.

Возникшая в 2012 г. экономия средств позволила значительно расширить программы модернизации: дополнительно включить для завершения строительства 15 объектов, провести капитальный ремонт 118 медицинских организаций, увеличить планы по приобретаемому оборудованию на 52%.

Всего за период реализации программ завершено строительство 101 медицинского учреждения, отремонтировано больше 4 тысяч медицинских учреждений, закуплено и уставлено более 389 тыс. единиц оборудования, в том числе более 700 магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 6,5 тыс. единиц рентгеновской и ангиографической аппаратуры.

В целом, в 2013 г. фондооснащенность государственных медицинских организаций в регионах страны повысилась в 2,5 раза по сравнению с 2011 г.: с 7,7 тыс. рублей до 19 тыс. рублей на один кв. м.

Одним из приоритетов модернизации стало развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе населению, проживающему в удаленных районах страны и

в сельской местности. По количеству ФАПов, фельдшерских пунктов, сельских врачебных амбулаторий, офисов врача общей практики, введенных в строй, исходный план, который был принят в конце 2010 – начале 2011 гг. был перевыполнен на 731 объект (16,7%), причем число врачебных сельских служб увеличилось более чем на 1,5 тысячи – это позволило увеличить мощность сельских амбулаторных служб на 6,6 тысяч посещений в смену.

Активно развивались выездные формы медицинской помощи, в эту работу включены 915 мобильных медицинских комплексов, в том числе 204 передвижных комплекса для диспансеризации, 27 центров здоровья, 58 врачебных амбулаторий бригад, передвижные ФАПы, сформированы более 8,5 тысяч выездных врачебных бригад, полностью оснащенных портативным диагностическим оборудованием. В ряде регионов с учетом имеющейся транспортной инфраструктуры активно работали теплоходы и «поезда здоровья», такой позитивный опыт находим в Красноярском, Хабаровском краях, Ханты-Мансийском автономном округе.

Если по состоянию на 2011 г. доля сельских аптечных организаций составляла 27,6% от общей системы, то в 2013 г. она превысила 50%. Вместе с тем в ряде регионов страны проблема сельской медицины по-прежнему встает очень остро, среди них Курская, Рязанская, Архангельская, Вологодская, Волгоградская области, Пермский край, Республика Бурятия, Алтайский край и некоторые другие. Необходимо дальнейшее развитие инфраструктуры сельского здравоохранения с использованием быстро возводимых модульных конструкций, а также привлечение в село медицинских работников, для которых должны быть созданы соответствующие условия работы и жизни.

Совместно с Минсельхозом в 2013 г. Министерство здравоохранения разработало сегмент по развитию сельской медицины в рамках ФЦП «Устойчивое развитие сельских территорий до 2020 года». Эта программа была принята Правительством Российской Федерации. Дополнительно предусмотрено введение в строй более 850 ФАПов или офисов врачей общей практики, увели-

чения числа медицинских организаций, оказывающих данный вид помощи, и усиленной адресной подготовки специалистов-нейрохирургов.

Особого внимания заслуживает и трансплантология. В 2013 году число проведенных трансплантаций увеличилось более чем на 2 тыс., причем 25 % из них было сделано в региональных медицинских учреждениях, а для транс-

«Важно отметить, что проведенный нами совместно с субъектами Российской Федерации анализ показал: потребность в высокотехнологичной медицинской помощи нашему населению значительно выше объема сегодняшнего дня. В своем послании Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин поставил перед нами задачу: увеличить объемы ВМП в 1,5 раза - до 750 тыс. пациентов к 2016 году».

чение мощности сельских амбулаторно-поликлинических учреждений на 7,5 тыс. посещений в смену и мощности участковых и районных больниц – более чем на 6 тысяч мест. Мы надеемся, что это поможет субъектам Российской Федерации эффективно реализовать свои полномочия.

Важнейшее место в программах модернизации было отведено развитию второго уровня системы оказания медицинской помощи. Количество межмуниципальных, межрайонных центров экстренной и специализированной помощи увеличилось более чем в 2 раза, а число пациентов, получивших экстренную помощь в соответствии с современными требованиями, возросло в 2013 г. более чем до 15 млн. человек, что на 20 % превышает показатель предыдущего 2012 г. Однако в ряде регионов сеть выстроена лишь на 50-60%. Так что предстоит активная работа по ее достраиванию в соответствии с потребностями населения.

Благодаря модернизации, более чем в 4 раза возросло число пациентов, получивших высокотехнологичное лечение в региональных медицинских учреждениях. Только за последний 2013 г. на 30% – с 127 тыс. до 166 тыс. увеличилось количество людей, пролеченных в региональных учреждениях с использованием высокотехнологичных методов. При этом количество региональных учреждений, оказывающих ВМП, увеличилось за год с 222 до 289 в 60 субъектах Российской Федерации.

Это позволило увеличить и общий объем высокотехнологичной помощи населению с 450 тыс. до 505 тыс., а также привело к значительному сокращению времени ожидания пациентами высокотехнологичного лечения: среди взрослого населения на 27,6% за год (до 21 дня), среди детей еще более существенно, более чем на 33,3% (до 14 дней).

В то же время для некоторых медицинских профилей сохраняются более длительные сроки ожидания. Прежде всего, это касается нейрохирургии – 35 дней, что требует

плантации почки – более чем в 60% случаев это были региональные учреждения. Необходимы качественные системные изменения службы донорства органов и тканей.

В 2013 г. прошел широкое обсуждение и одобрен медицинским экспертным сообществом, пациентскими организациями, организаторами здравоохранения разработанный Минздравом законопроект «О донорстве и трансплантации органов». Законопроект базируется на основополагающих этических принципах, современных профессиональных подходах и полностью соответствует международным рамочным документам. Его принятие не только даст стимул дальнейшему развитию трансплантологии, но и создаст основы для развития биомедицины в целом. Законопроект в ближайшее время будет внесен в Правительство Российской Федерации.

Важно отметить, что проведенный нами совместно с субъектами Российской Федерации анализ показал: потребность в высокотехнологичной медицинской помощи нашему населению значительно выше объема сегодняшнего дня. В своем послании Президент Российской Федерации Владимир Владимирович Путин поставил перед нами задачу: увеличить объемы ВМП в 1,5 раза - до 750 тыс. пациентов к 2016 году.

Для реализации этой задачи с 2014 г. мы начали погружать наиболее распространенные и растражируемые методы ВМП, широко применяемые в субъектах Российской Федерации, в систему ОМС, по сути снимая ограничения с их объема. Из 1466 используемых методов ВМП 459 в 2014 г. уже финансируются из ОМС. Результаты первых 2 месяцев текущего года свидетельствуют о том, что это позволило увеличить число пациентов, получивших ВМП, более чем на 7 тыс. человек, и мы надеемся, что наша совместная работа позволит значительно повысить доступность высокотехнологичной медицинской помощи, и в 2014 году число пролеченных больных увеличится, как минимум, на 40 тыс. человек.

28% всех средств, выделенных на программы модернизации, это почти 187 млрд. руб., были направлены на развитие детской медицины, что позволило завершить строительство 40 детских учреждений, отремонтировать более 1,5 тыс., установить более 113 тыс. единиц современного оборудования. Развернуто более 4 тыс. высокотехнологичных коек акушерства и неонатологии, более 2800 коек реабилитации для детей. В 10 раз увеличилось число коек неонатальной хирургии. Вместе с тем исходный износ учреждений родовспоможения и детства существенно превышал среднеотраслевой износ, который составлял в 2011 г. 54,3%, во многих регионах достигал 80–100%.

Хорошо известно, что среди факторов, снижающих младенческую и детскую смертность, на одном из первых мест по значимости стоит создание полноценной 3-уровневой системы родовспоможения и неонатологии, включающей наличие высокотехнологичного перинатального центра.

Мы благодарны Президенту и Правительству Российской Федерации за принятое решение продлить программу модернизации на 2014–2016 гг. и направить ее на строительство новых перинатальных центров в 30 регионах страны.

Необходимый подготовительный период уже проведен. Наша задача – реализовать программу эффективно и в срок.

Важнейшим компонентом всех организационных мероприятий является системная информатизация отрасли. Число приобретенной в 2013 г. компьютерной техники превысило 374 тыс., организовано 630 тыс. локальных вычислительных сетей.

Мероприятия по введению электронного паспорта медицинского учреждения завершены почти в 6 тыс. учреждений, более чем в 7 тыс. обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты. В 2013 г. в федеральный сервис загружено более 36 млн. электронных медицинских карт, что составляет на сегодняшний день около 26% численности населения страны.

В 5,7 тыс. медицинских организациях внедрен сервис «Запись на приём к врачу в электронном виде». С момента его ввода в эксплуатацию (это было в декабре 2012 г.), с его помощью учтено почти 255 млн. посещений, то есть каждый пятый визит в амбулаторное учреждение сейчас осуществляется через систему электронной записи, при этом 49 млн. россиян записалось на прием через единый портал государственных услуг.

В рамках дальнейшего развития данного сервиса Минздравом России создан «Личный кабинет пациента». С помощью данного кабинета каждый гражданин сможет получать информацию об оказанных медицинских услугах, в том числе с четким обозначением бесплатных и платных медицинских услуг, поставленных диагнозах и результатах обследований, записаться на прием к врачу, осуществить вызов неотложной помощи. «Личный кабинет пациента» полностью готов к запуску. Запуск этого сервиса для граждан запланирован ровно через неделю – 30 апреля текущего года.

В 2013 г. создано и апробировано электронное рабочее место врача, связанное со всеми необходимыми врачу информационными ресурсами, нормативными базами, системами помощи в принятии решений, а также позволяющее существенно сократить тот бумажный документооборот, о котором говорила Ольга Юрьевна в своем вступительном слове, и перераспределить рабочее время врача с высвобождением времени для непосредственного контакта с пациентом. В настоящее время доступ к личному кабинету получили 27 тыс. медицинских работников, но, коллеги, данная система должна быть внедрена повсеместно всеми регионами до конца текущего года, и мы вместе с вами должны проконтролировать эффективность этого процесса.

Существенное развитие получили технологии дистанционного консультирования. В телемедицинскую сеть уже включены более 5 тыс. учреждений. Начат обмен телемедицинскими файлами, введена система электронного документооборота.

Спутниковой навигацией ГЛОНАСС оснащены около 20 тыс. машин скорой помощи и более 2 600 станций скорой помощи. В результате число дистанционных консультаций с передачей ЭКГ с борта машины возросло более чем в 2 раза. А число ранних активных вмешательств на догоспитальном этапе увеличилось на 23% за 2013 г.

Одним из приоритетных направлений информатизации в 2013 г. стало создание унифицированного программного обеспечения для скорой медицинской помощи, которое позволит полностью автоматизировать деятельность служб и центра медицины катастроф. Апробация этого программного обеспечения проведена в 5 субъектах Российской Федерации: в Белгородской, Тамбовской, Пензенской, Волгоградской и Костромской областях – и охватила более 200 станций скорой помощи и более 1000 бригад. Это позволило существенно сократить время доезда машины до места вызова и время довоза пациента. В конце уходящего года данная система вынужденно прошла жесткие испытания во время трагических событий в Волгограде и доказала полностью свою состоятельность. Бригады «скорой помощи» прибыли на места террористических актов первыми, в течение 3,5 минут, что позволило спасти десятки жизней.

В настоящее время данное программное решение передано для использования во все субъекты Российской Федерации для более эффективной работы скорой медицинской помощи. Регионам необходимо в ближайший год обеспечить оснащение территориальных центров медицины катастроф аппаратными комплексами, а также обеспечить их использование для всех станций скорой медицинской помощи.

Прошедший финансовый год запомнится нам и как год активного развития профилактического направления в нашей стране.

Заработала Правительственная комиссия по охране здоровья граждан, возглавляемая Председателем Правительства Дмитрием Анатольевичем Медведевым, замести-

телем руководителя является наш куратор - заместитель Председателя Правительства Ольга Юрьевна Голодец. Был принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака», содержащий всесторонний комплекс мер к стимулированию населения к отказу от курения. Принятые нормативные акты и реализующие их меры способствовали снижению уровня курения среди россиян в 2013 г. до 28%.

Приняты поправки в Федеральный закон «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», согласно которому пиво впервые стало приравненным к алкоголю, и был введен комплекс мер по ограничению злоупотребления алкогольными напитками, особенно среди детей и подростков.

В целях реализации Основ государственной политики в области здорового питания, Минздрав России подгото-

вить, что среди новообразований наиболее часто выявляют потенциально эффективно излечиваемые – 13,3 тыс. случаев рака молочной железы, 7,7 тыс. – рака предстательной железы, что делает особенно острой необходимость их своевременного выявления. Еще 23% взрослого населения, которые являются так называемыми «практически здоровыми людьми», имеют высокий риск внезапной смерти из-за совокупности факторов риска.

О неформальном характере проведенной диспансеризации свидетельствует тот факт, что по ее результатам впервые было назначено показанное лечение 21% обследованных – это более 5 млн. человек, 70 % – в возрасте до 60 лет. 28,7 тыс. человек были сразу госпитализированы для получения специализированной, в том числе, высокотехнологичной медицинской помощи, около 3,6 млн. человек прошли углубленное профилактическое консультирование.

Диспансеризация более 14 млн. детей позволила кон-

«В 2013 г., после 30-летнего перерыва, мы вернулись к широкомасштабной диспансеризации взрослого и детского населения. Но вернулись на современной основе с использованием дифференцированного подхода к определению объема и смыслового наполнения диспансеризации в разных половозрастных группах населения, с учетом различия в вероятности развития тех или иных заболеваний, а также медицинской и экономической целесообразности проведения отдельных видов исследований. За первый год прошли диспансеризацию 35 млн. человек, 21 млн. взрослых и более 14 млн. детей, проживающих во всех регионах страны».

вил предложения по внесению изменений в технические регламенты Таможенного союза, касающиеся ограничения поваренной соли в пищевых продуктах. Теперь концентрация поваренной соли будет точно так же обозначаться на всех этикетках, как и основные питательные ингредиенты.

В 2013 г., после 30-летнего перерыва мы вернулись к широкомасштабной диспансеризации взрослого и детского населения. Но вернулись на современной основе с использованием дифференцированного подхода к определению объема и смыслового наполнения диспансеризации в разных половозрастных группах населения, с учетом различия в вероятности развития тех или иных заболеваний, а также медицинской и экономической целесообразности проведения отдельных видов исследований.

За первый год прошли диспансеризацию 35 млн. человек, 21 млн. взрослых и более 14 млн. детей, проживающих во всех регионах страны.

Итоги диспансеризации показали, что почти 44% взрослого населения имеют уже сформированные хронические неинфекционные заболевания. Впервые диагностировано с помощью диспансеризации более 1,8 млн. сердечно-сосудистых заболеваний, а также более 31 тыс. онкологических заболеваний, при этом важно подчер-

статировать в целом улучшение здоровья детской части нашего населения. 85% детей были отнесены к первой и второй группам здоровья, т.е. были полностью здоровы или имели обратимые функциональные нарушения, полностью устранимые при проведении индивидуальных коррекционных программ. В то же время в обследованной группе 550 тыс. детей-сирот и детей, попавших в трудную жизненную ситуацию, состояние здоровья оказалось значительно хуже. У 59,5 % выявлялись уже сформированные хронические заболевания, а к 1 и 2 группам здоровья были отнесены лишь 40,5%. И это наша общая боль и для нормального развития этих детей Министерством разработаны специальные программы медицинского сопровождения и постоянного наблюдения этих детей.

Особое внимание Министерство уделяло и медико-социальной поддержке беременных женщин, попавших в трудную жизненную ситуацию. В 2013 г. были созданы дополнительно 133 специализированных центра медицинской и социально-психологической помощи. Число абортотворений за год уменьшилось более чем на 54 тыс., но число их пока бесконечно велико – более 880 тыс. Это значительный резерв роста рождаемости и, соответственно, естественного прироста нашего населения.

В рамках проводимой лекарственной политики в 2013 г., в соответствии с принятой Стратегией, Министерство сосредоточило внимание на совершенствовании нормативной правовой базы в сфере обращения лекарственных средств.

Принят Федеральный закон, которым установлены полномочия Правительства Российской Федерации по утверждению порядка формирования перечней лекарственных препаратов и медицинских изделий, гарантированных государством, а также изменены процедуры регистрации лекарственных препаратов, что позволило снять излишние административные барьеры и снизить число отказов в регистрации в 2 раза - с 60% до 33%, причем, что важно, без повышения рисков появления некачественной продукции.

Был подготовлен и внесен в Правительство Российской Федерации законопроект о внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», включающий большое количество важных смысловых блоков, регулирующих особенности государственной регистрации биологических, биоаналоговых, орфаных препаратов, закрепляющих правила честной конкуренции на фармацевтическом рынке через введение процедуры оценки взаимозаменяемости лекарственных препаратов, а также вводящих представление о фармакопейных стандартных образцах. Подготовлены законопроекты, направленные на обеспечение присоединения России к конвенции Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями», угрожающими здоровью населения, что чрезвычайно важно в связи с тем, что обеспечить безопасность от фальсификата невозможно в рамках одной страны и одной национальной системы, поэтому такая инкорпорация должна дать позитивный результат.

В ноябре 2013 г., в целях развития системы стандартизации качества лекарственных средств, был создан Совет Министерства здравоохранения по государственной фармакопее и развернута работа по подготовке очередного XIII издания Государственной фармакопеи Российской Федерации. В 2014 г. эта работа будет активно продолжена и реализована в издании первых частей этой фармакопеи.

Существенное развитие получила сфера регулирования обращения медицинских изделий. Подготовлены и приняты 18 нормативных актов, устанавливающих правила их государственной регистрации, ведение государственного реестра медицинских изделий, порядок осуществления государственного контроля за их обращением.

Впервые в ноябре 2013 г. Российская Федерация вошла на правах равноправного участника в управляющий Комитет Международной организации регуляторов медицинских изделий.

Важнейшее значение в деле охраны здоровья имеет обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия и борьба с инфекционными заболеваниями.

В 2013 г. был обеспечен широкий охват населения прививками как в рамках Национального календаря, так

и эпидемиологического календаря. Впервые в Национальный календарь профилактических прививок включена прививка против пневмококковой инфекции, а также были расширены показания для вакцинации населения против гриппа. За 2013 г. привито против гриппа почти 40 млн. человек, т.е. 27,8% всего населения страны.

Осенью 2013 г. впервые Министерством здравоохранения была разработана и применена новая тактика иммунизации населения против сезонного гриппа на основе обязательной регистрации «входных ворот» инфекции и прогноза траектории ее распространения. Благодаря своевременным и выверенным действиям, нам удалось добиться стабилизации заболеваемости гриппом, и впервые в эпидемический сезон осени-зимы 2013 г. заболеваемость не превысила средние эпидемические значения. За год зарегистрировано снижение заболеваемости по 28 инфекционным заболеваниям, по некоторым существенно – на 40%. Данные позитивные изменения являются результатом наших согласованных действий с Роспотребнадзором и другими ответственными ведомствами.

В 2013 г. Минздравом России были разработаны Основы государственной политики в области обеспечения химической и биологической безопасности страны. Они были приняты Правительством Российской Федерации и создали базу для подготовки Концепции федеральной целевой программы «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2015-2020 годы)». Данная концепция была одобрена Правительственной Комиссией, и в настоящее время активно разрабатывается целевая программа.

Дорогие друзья! Достижение качества медицинской помощи невозможно без достаточного количества высококвалифицированных врачей и среднего медицинского персонала. В начале 2013 г. всеми субъектами Российской Федерации были приняты кадровые программы, направленные на повышение квалификации медицинских кадров и поэтапное устранение их дефицита, содержащие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь, наиболее дефицитных специальностей.

Для укрепления кадров в отрасли доля целевого приема в образовательных учреждениях Минздрава России была увеличена до 38,5%, при этом эффективность целевого приема резко возросла и превысила 80%.

Программа «Земский доктор» позволила привлечь для работы в сельских медицинских организациях более 12 тыс. молодых врачей. И только в 2013 г. - 4,3 тысячи, причем к сельским населенным пунктам добавлены и рабочие поселки. Эта программа продолжена в 2014 г.

На прошедшем съезде партии «Единая Россия» Председатель Правительства Дмитрий Анатольевич Медведев поддержал идею повышения возраста специалистов, участвующих в программе «Земский доктор», с 35 до 40 лет, а возможно, это еще требует расчетов, и до 45 лет.

По итогам 2013 г. запланированные показатели соотношений средней заработной платы врачей и среднего

медицинского персонала государственных и муниципальных учреждений Российской Федерации к средней заработной плате по экономике регионов, установленные отраслевой «дорожной картой», были достигнуты в 77 и 74 субъектах Российской Федерации соответственно. При этом в остальных 6 или 9 регионах «недостижение» не превысило 5%. Это регионы с исходно высоким уровнем заработной платы, в которых и сейчас заработная плата превышает среднюю по стране. К ним относятся Москва, Петербург, Татарстан и некоторые другие.

Весь комплекс мер привел к тому, что впервые за последние 10 лет численность средних медицинских работников увеличилась более чем на 11 тыс. человек.

Важнейший вопрос – подготовка специалистов здравоохранения.

В 2013 г. выпуск из образовательных организаций высшего и среднего профессионального образования составил около 100 тыс. молодых медиков. Совместно с Советом ректоров медицинских вузов учебно-методическим объединением Минздрава России были разработаны новые федеральные государственные образовательные стандарты по всем основным 11 врачебным направлениям, и впервые за всю историю нашей страны были разработаны стандарты по всем специальностям подготовки ординатуры – это 94 стандарта. Основу для образовательных программ составили национальные клинические протоколы, которые начали создаваться в нашей стране в 2013 г. Создавались клинические протоколы медицинским экспертным сообществом под руководством главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации. За год было подготовлено 420 протоколов, из которых сегодня утверждено более 310. Учебно-методическим объединением при Минздраве России разработана и утверждена Концепция непрерывного медицинского образования. В ее создании приняли активное участие общественные медицинские профессиональные организации, особые слова благодарности – Национальной медицинской палате.

Стартовал пилотный проект по отработке основных принципов непрерывного образования для участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики. Сегодня

в этом проекте принимают участие 15 образовательных организаций Минздрава России, 9 общественных профессиональных организаций, 735 врачей первичного звена.

На основе методических рекомендаций, подготовленных Минздравом России, в субъектах Российской Федерации разрабатываются и внедряются показатели эффективности деятельности персонала медицинских учреждений. Это будет необходимо для последующего перевода медицинских работников на систему эффективного контракта.

Для организации работы по пересмотру норм труда в здравоохранении сформирована Межведомственная рабочая группа. Во втором полугодии 2013 г. на базе «пилотных» регионов: Архангельской, Воронежской, Самарской, Свердловской, Томской областей проведена работа по созданию отраслевых типовых норм времени приема одного пациента участковым терапевтом, педиатром, врачом общей практики. В «пилотных» регионах проводится исследование деятельности врачей-специалистов первичного звена: офтальмолога, отоларинголога, онколога, невролога, акушера-гинеколога.

Сегодня назрела необходимость внедрения новых технологий и в деятельность среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением его функций на разных уровнях оказания медицинской помощи. С января 2014 г. в 10 «пилотных» регионах на базе федеральных учреждений проводится исследование деятельности медицинских сестер с учетом типа и уровня медицинской организации, а также с учетом профиля медицинской помощи. По окончании этого анализа будет осуществлен пересмотр профессиональных параллелей сестринского персонала в лечебно-диагностическом процессе, в том числе при проведении профилактических мероприятий, медицинской реабилитации и оказании паллиативной помощи.

Министерство совместно с медицинским сообществом обеспечило работу и согласование с профсоюзом работников здравоохранения 27 проектов профессиональных стандартов. В настоящее время 15 из них рекомендованы экспертным советом при Министерстве труда и социальной защиты.

«С 2013 года осуществлен переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Одновременно с этим впервые за весь постсоветский период мы перешли на полностью консолидированную и социально справедливую систему, основанную на едином подушевом финансовом нормативе на каждого гражданина Российской Федерации. Важно отметить, что подушевой норматив 2013 года превысил норматив 2012 года на 45%, при этом значительно расширилась структура тарифа ОМС, включившего расходы на текущее содержание медицинских организаций и приобретение основных средств стоимостью до ста тысяч рублей за единицу».

Обеспечение населения качественной и доступной медицинской помощью невозможно без построения оптимальной финансово-экономической модели здравоохранения. Сегодня как никогда необходимо наиболее эффективно использовать все имеющиеся государственные ресурсы отрасли.

С 2013 г. осуществлен переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. Одновременно с этим впервые за весь постсоветский период мы перешли на полностью консолидированную и социально справедливую систему, основанную на едином подушевом финансовом нормативе на каждого гражданина Российской Федерации. Важно отметить, что подушевой норматив 2013 г. превысил норматив 2012 г. на 45%, при этом значительно расширилась структура тарифа ОМС, включившего расходы на текущее содержание медицинских организаций и приобретение основных средств стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу.

Подушевые финансовые нормативы, установленные Программой государственных гарантий, являются минимально достаточными для обеспечения бесплатной медицинской помощи населению в обоснованных объемах и по современным требованиям. Безусловно, созданная бездефицитность базовой программы ОМС во многом решает проблемы, но вместе с тем субъектам Российской Федерации следует обратить особое внимание на обеспечение собственных расходных обязательств и не допускать дефицита финансового обеспечения государственных гарантий из региональных бюджетов.

По результатам мониторинга утвержденных на 2014 г. территориальных программ госгарантий, размер дефицита их стоимости за счет ассигнований бюджетов регионов превысил 100 млрд. руб. Не восполнив этот дефицит, нам не удастся развить медицинскую помощь в нестраховом сегменте и лекарственное обеспечение наших граждан в амбулаторном звене.

С 2014 г. Федеральный фонд ОМС реализует полномочия по разработке и установлению единых требований к структуре и содержанию тарифных соглашений. Разработана и утверждена новая редакция правил ОМС, в которой, в частности, конкретизирована методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотрена процедура мониторинга госпитализации и этапности оказания помощи пациентам в стационарах. Особое внимание было уделено переходу на более прогрессивные способы оплаты медицинской помощи, ориентированной на результат деятельности медицинских организаций, в амбулаторном звене – на подушевой основе, в стационаре и в дневном стационаре – за законченный случай лечения заболевания с учетом соответствующей клинико-статистической группы.

Участие международных экспертов в разработке российской модели клинико-статистических групп заболеваний позволило учесть международный опыт и избежать возможных ошибок при внедрении системы в практику.

Активное участие в этом процессе принимали регионы Российской Федерации, привнося свой неограниченный опыт в развитие данного подхода. В ряде регионов уже в 2013 г. отмечалось повышение эффективности деятельности медицинских организаций, достигнуто снижение необоснованных госпитализаций, сокращены сроки лечения в стационарах, увеличены объемы стационарозамещающей помощи. Это позволило перераспределить часть финансовых средств на увеличение заработной платы медицинским работникам, повысить расходы на лекарственные препараты и медицинские изделия, внедрить новые медицинские технологии.

Безусловно, наиболее затратная для государства помощь – оказываемая в условиях стационара и скорая медицинская помощь. Так, расходы ОМС на одну койку в год в среднем составляют около миллиона рублей. Нам необходимо стремиться к повышению эффективности работы каждой больницы и каждой койки. На сегодня коечный фонд в стране используется не достаточно эффективно. Среднегодовая занятость койки составила 322 дня, а в некоторых регионах даже меньше. Имеют место случаи необоснованной госпитализации, лечения непрофильных пациентов в специализированных отделениях больниц. Перед нами стоит задача – повысить эффективность и доступность работы стационарного звена, но при этом учитывать региональные особенности, плотность населения, транспортную доступность, климатические характеристики. Особое внимание должно быть уделено повышению доступности медицинской помощи на селе и в удаленных, труднодоступных районах страны. Для работы коечного фонда в этих регионах следует устанавливать индивидуальные нормативы, и это впервые закреплено в федеральной программе госгарантий на 2014 г. Основной резерв повышения эффективности коечного фонда скрыт, прежде всего, в больничных учреждениях в больших городах. Именно здесь койка особенно не дорабатывает. Среднегодовая занятость составляет 290–310 дней, а профильные отделения дублируют друг друга. Мы с вами об этом говорили на только что прошедшем совещании в Министерстве здравоохранения. Проведен детальный мониторинг формирования и экономического обоснования каждой из 83 территориальных программ госгарантий. По итогам этой работы во все регионы направлены конкретные рекомендации по снижению неэффективных расходов.

Руководителям органов здравоохранения субъектов Российской Федерации следует в кратчайшие сроки определить круг лиц, ответственных за разработку оптимизационного плана и его реализацию в регионе. План должен быть рассчитан с 2014 по 2020 г. с завершением первого этапа до конца 2015 г. Необходимо перейти от принципа сохранения содержания инфраструктуры на финансирование сохранения здоровья наших граждан.

Эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, внедрения результатов научных разработок в

практическое здравоохранение. Именно эти принципы были заложены в стратегию развития науки до 2025 г. В 2013 г. окончательно сформированы и начали функционировать 14 научных платформ, которые отражают приоритеты развития медицинской науки и актуальные потребности здравоохранения. Сформировано более 100

рядки медицинской помощи и перечни, гарантированные государством.

Наряду с нашей системной работой, 2013 г. запомнится нам и мобилизацией ресурсов отрасли в условиях чрезвычайных ситуаций. На протяжении нескольких месяцев с июля по октябрь продолжалась наша работа по ликвида-

«Эффективное здравоохранение в современных условиях возможно только на основе инновационного развития, внедрения принципов трансляционной медицины, внедрения результатов научных разработок в практическое здравоохранение. Именно эти принципы были заложены в стратегию развития науки до 2025 г. В 2013 г. окончательно сформированы и начали функционировать 14 научных платформ, которые отражают приоритеты развития медицинской науки и актуальные потребности здравоохранения. Сформировано более 100 актуальных научных проектов, внесены соответствующие изменения в государственные задания нашим ведущим медицинским федеральным центрам на выполнения медицинских научных исследований».

актуальных научных проектов, внесены соответствующие изменения в государственные задания нашим ведущим медицинским федеральным центрам на выполнение медицинских научных исследований. Уже в этом году мы ждем первых результатов. Это более 10 инновационных лекарств, диагностик, медицинских изделий. В соответствии с комплексной программой развития биотехнологий в Российской Федерации на период до 2020 г., Минздрав России является ответственным исполнителем по мероприятиям в сфере биомедицины, фармацевтики и генной инженерии.

В тесном сотрудничестве с профессиональным сообществом разработан и внесен в Правительство Российской Федерации проект Федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов», который станет правовой основой для трансляции биомедицинских разработок в практику. Совместно с Российской академией наук сформирован Межведомственный совет по биомедицине, который призван координировать новую программу Российской академии наук, фундаментальные исследования биомедицинских технологий. Совместно с Министерством образования и науки создана рабочая группа для экспертизы проектов, реализуемых в рамках ФЦП, исследований и разработок по приоритетным направлениям развития научной техники. Заключено соглашение о сотрудничестве с Фондом перспективных исследований. Все это позволяет координировать проекты в интересах здравоохранения и с учетом потребностей отрасли и населения.

Наша задача – ускорить включение инновационных разработок в медицинскую практику. Заканчивается разработка соответствующего нормативного акта, регламентирующего процедуру включения новых технологий в по-

ции медико-санитарных последствий самого масштабного за всю историю наводнения на Дальнем Востоке. Более 200 тыс. человек получили медицинскую помощь в региональных учреждениях здравоохранения и оперативно развернутых федеральных госпиталях. Более 100 тыс. человек были провакцинированы, и из резервов Министерства были доставлены более 15 тонн лекарственных препаратов и 4 тонны дезинфицирующих средств. Были развернуты мобильные лабораторные комплексы. Благодаря оперативному межведомственному взаимодействию, мы смогли спасти жизни и сохранить здоровье людей, предотвратить вспышки инфекционных заболеваний в пострадавших от паводка регионах.

Хотелось бы от всей души поблагодарить Министерство обороны, МЧС, Роспотребнадзор, другие федеральные министерства и ведомства, а также руководство Хабаровского края, Амурской области, Еврейской автономной области за слаженную, ответственную работу, настоящее партнерство и дружескую поддержку.

В 2013 г. было организовано оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим при террористических актах в Волгограде. Совместно с руководством Волгоградской области был сформирован оперативный штаб по координации оказания помощи пострадавшим, обеспечено круглосуточное консультирование врачей медицинских организаций Волгограда специалистами ведущих федеральных учреждений. Оперативно силами Федерального медико-биологического агентства осуществлена эвакуация 34 тяжело пострадавших для их дальнейшего лечения в ведущие учреждения страны. Хотелось бы отметить, что все эвакуированные, даже эвакуированные в крайне тяжелом состоянии, выписаны домой с улучшением и хорошим самочувствием.

Чуть больше месяца назад в России проводились зимние Олимпийские игры и Паралимпийские игры. Перед нами стояла задача, чтобы в ходе этого замечательного спортивного праздника все, кому это необходимо, получили надлежащий объем качественной медицинской помощи. Могу с полной ответственностью заявить, что эта задача выполнена. Совместно с Краснодарским краем выстроена эффективная система оказания медицинской помощи в Сочи от первичного звена до высокотехнологичной помощи с учетом всех возможностей и с учетом экстренных ситуаций, а о наших спортсменах позаботилось Федеральное медико-биологическое агентство. Результаты говорят сами за себя.

Главным итогом всех наших усилий и действий является реальное влияние на здоровье россиян. По результатам 2013 года ожидаемая продолжительность жизни увеличилась на полгода, до 70,8 лет. У женщин продолжительность жизни достигла исторического максимума для нашей страны – 76,6 лет. У мужчин пока остается чуть выше 65 лет. Но при этом прирост продолжительности жизни у мужчин превысил прирост продолжительности жизни у женщин более чем в два раза, что позволяет прогнозировать положительную динамику. За год умерло на 34,5 тыс. человек меньше, чем в 2012 г. Таким образом, общая смертность снизилась до показателя 13 на тысячу населения и достигла своего логичного уровня.

Год назад мы говорили о том, что основным результатом 2012 г. явилось максимальное приближение к долгожданному перекресту рождаемости и смертности, завершившему 20-летний период активной убыли населения.

В 2013 г. мы сумели выйти на естественный прирост населения, который превысил 24 тыс. человек. Важно отметить, что этот результат достигнут на фоне некоторого уменьшения показателей рождаемости – на 0,2%, то есть прирост достигнут лишь за счет снижения смертности населения. Почти на 5% снизилась младенческая смертность – с 8,6 до 8,2 на тысячу родившихся, несмотря на учет детей с экстремально низкой массой тела от 500 граммов до 1 кг. Устойчивое снижение этого показателя подтверждено результатами января-февраля 2014 г. Показатель составил уже сейчас 7,9 на тысячу, причем более чем в 20 регионах показатель ниже 6 на тысячу, что соответствует лучшим мировым стандартам. Минимальной отметки за всю историю страны достиг уровень материнской смертности. По данным 12 месяцев 2013 г. она снизилась более чем на 5% по сравнению с показателями 2012 г. Напомню, что в расцвет советского периода здравоохранения материнская смертность была более чем в 4 раза выше – 44,8 против 11 с небольшим на 100 тысяч родов в настоящее время. Достоверно снизилась смертность россиян от главной причины – болезни системы кровообращения (на 4,5%), достигнув уровня, который ожидался только в 2015 году. Смертность от туберкулеза снизилась почти на 10%, целевой индикатор 2012 г. существенно перевыполнен, достигнуто значение, которое в 2011 г. планировалось лишь на 2020 г.

Снижение смертности от онкологических заболеваний уставлено в 32 регионах, однако в масштабах всей страны этот показатель значимо не изменился, что еще раз подтверждает необходимость активного диагностического скрининга с целью выявления онкологических заболеваний на самых ранних стадиях, поддающихся эффективному лечению. Пока к результатам 2013 г. показатель по раннему выявлению составил 55%.

Смертность от внешних причин в стране снизилась более чем на 4%, в том числе и от дорожно-транспортных происшествий на 0,7%. Таким образом, тенденция, которая была намечена к росту смертности от ДТП, была преодолена. Но запланированное целевое значение, к сожалению, не было достигнуто.

Важно отметить, что до 75% всех случаев смертности регистрировалось на месте аварии от травм, не совместимых с жизнью. Однако, несмотря на очевидные успехи экстренной медицинской помощи, для дальнейшего уменьшения смертности необходимо продуманное межведомственное сотрудничество, направленное на устранение причин и сокращение числа аварий, формирование правильного поведения водителей и пешеходов.

Все, что удалось сделать в 2013 г., удалось сделать во многом из-за внедрения в работу принципов и механизмов открытого министерства. Активное взаимодействие с общественными профессиональными организациями, с организациями по защите прав пациентов, благотворительными фондами позволило нам не только установить обратную связь с профессиональным пациентским сообществом, но и обеспечить общественный мониторинг деятельности министерства. Мы планируем и дальше развивать этот формат работы. Уже в текущем 2014 г. начал работу Общественный совет при Минздраве России, который, мы уверены, внесет свою лепту в решение общих задач.

От лица сотрудников Министерства здравоохранения позвольте от всей души поблагодарить за сотрудничество депутатов Государственной Думы, сенаторов Совета Федерации, представителей всех министерств и ведомств, руководителей субъектов Российской Федерации, а также все медицинское сообщество. Нами совместно сделано немало, но в отрасли накопилось столько проблем, что до выстраивания реально эффективной и комфортной для населения системы здравоохранения нам еще очень далеко. Предстоит решать многие организационные, смысловые, кадровые проблемы. Хотелось бы всем нам пожелать трудолюбия, огромного терпения и оптимизма. Дорогу осилит идущий!

www.rosminzdrav.ru

Когда отрасль обновляется Итоговые оценки министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова назначена на высокую должность почти два года назад. С марта 2004 г. министерство существовало в объединенном варианте. И когда оно, наконец, было разделено на два самостоятельных ведомства, то медицинское возглавила, как и положено, врач в четвертом поколении, известный невролог Вероника Скворцова.

О том, что она остается по-прежнему врачом, а не только опытным организатором здравоохранения, стало ясно многим, когда она оказала первую помощь сотруднику администрации Президента России, которому стало плохо перед заседанием Госсовета в подмосковной резиденции Владимира Путина в Ново-Огарево. Потом, в пути на пострадавший от наводнения Дальний Восток, глава Минздрава России приводила в чувство соседку по самолету, которая почувствовала болезненное состояние из-за сильнейшей головной боли. Такая она – наш министр, хрупкая и интеллигентная женщина, строгий, где-то даже жесткий руководитель отрасли, и в то же время, не забывающей о том, что является представительницей самой гуманной профессии, проникнутой добротой и профессионализмом.

Накануне итоговой коллегии корреспондент «Медицинской газеты» Алексей Папырин встретился с министром здравоохранения Российской Федерации Вероникой Скворцовой. 2013 выдался богатым на события, в которых медики продемонстрировали боевую готовность сражаться везде и всегда за жизнь россиян. Как не вспомнить еще доверительные беседы с будущими медиками, наставления Вероники Игоревны предано служить своей профессии. Значительным стало завершение программы модернизации здравоохранения, построение трехуровневой системы, благодаря чему отрасль здравоохранения технически перевооружилась и устремилась вперед в своем развитии.

На путях обретения трехуровневой модели

– Вероника Игоревна, каким был 2013 год для российского здравоохранения?

– Главным итогом прошедшего года я назвала бы прирост населения страны. В 2012 г. мы переломили тенденцию к сокращению численности населения, а уже в 2013 г. фиксируется естественный прирост населения более чем на 24 тыс. человек. Причем если ранее население нашей страны увеличивалось в основном за счет роста рождаемости, то в 2013 г. ситуация кардинально изменилась, и увеличение численности произошло за счет снижения смертности. Так, смертность от



Председатель Правительства России Дмитрий Медведев пожелал министру здравоохранения Российской Федерации Веронике Скворцовой не останавливаться на достигнутом в совершенствовании ВМП

основных причин весомерно сократилась: от сердечно-сосудистых заболеваний – на 4,5%, туберкулеза – на 10%, от внешних причин – на 4,2%. Младенческая смертность снизилась с 2005 г. более чем на 25% (с 2012 г. после незначительного роста, в связи с переходом на новые критерии регистрации новорожденных, данные показателя вновь начали улучшаться, и за 2013 г. снизились на 4,7%). В общем, смертность за 2013 г. снизилась на 1,8%. Все это – результат огромной работы, проведённой медицинскими работниками и организациями здравоохранения в каждом регионе нашей страны.

Мы подошли к завершению формирования трехуровневой системы здравоохранения. Это стало возможным благодаря реализации региональных программ модернизации. Напомню, что они позволили не только построить 101 объект, отремонтировать каждое третье медицинское учреждение страны, но и приобрести огромное количество новейшего оборудования (почти 400 тыс. единиц в 6 тыс. ЛПУ).

Серьезно обновлена система скорой медицинской помощи. Впервые весь парк машин этой важнейшей службы (а это более 19 тыс. автомобилей) оснащен навигационной системой «ГЛОНАСС» и получил возможности использовать телемедицинские технологии. Теперь бригады «скорой» оперативно могут передавать электрокардиограммы и получать дистанционные консультации специалистов. Кроме

того, в каждом регионе созданы пункты управления бригадами: диспетчеры отслеживают маршруты машин, корректируют их выезд к конкретному больному. Не случайно за год на 6% увеличилось количество вызовов, на которые «скорая» приезжала менее чем за 20 минут. Теперь более 80% вызовов обслуживаются в этот временной период. Профессионалам не надо пояснять, что значит оказание медицинской помощи больным в течение «золотого часа». Вспомним, какую слаженную работу продемонстрировала «скорая», оказавшись быстрее остальных оперативных служб на месте декабрьской трагедии в Волгограде. Врачи, несмотря на весь ужас произошедшего, не растерялись, не поддались панике и спасли десятки человеческих жизней.

В регионах существенно выросло количество учреждений, способных оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь. Об этом свидетельствует статистика: из 506 тыс. больных, более 136 тыс. получили ВМП в региональных клиниках. Так, более 60% трансплантаций почки проведены в территориальных медицинских учреждениях.

– Это включая высокотехнологическую помощь детям? И какие еще перемены произошли в области охраны материнства и детства?

– Да, безусловно.

В программах модернизации на укрепление этой службы предусматривалось около трети всех средств. Сегодня можно оценить, что удалось сделать. Существенно улучшилась материальная база учреждений родовспоможения, отделений неонатологии, второго этапа выхаживания новорожденных. С 2010 г. создано 12 мощных тренинговых, симуляционных центров, в которых за год обучаются более 2200 специалистов (акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов).

Произошедшие перемены сказались и на результатах: значительно снизилась младенческая смертность – с 8,6 промилле в 2012 г. до 8,2. Мы можем говорить и об уменьшении материнской смертности за последние годы на 30%. Все это результат особого внимания к службе охраны материнства и детства.

Работа в этом направлении вышла на новый уровень еще и потому, что была разработана программа по строительству перинатальных центров, поддержанная Президентом России. За период 2013–2016 гг. в рамках этой программы ведется строительство 32 таких лечебных учреждений в 30 субъектах РФ.

Особое внимание в 2013 г. уделялось решению проблем социального сиротства, детям, попавшим в сложную жизненную ситуацию. Для работы с ними фактически создана новая нормативная база. Она определяет медицинское сопровождение детей, не только находящихся в детских стационарных учреждениях, как это было раньше, но и в приемных семьях.

В 2013 г. прошли диспансеризацию, профилактические осмотры более 14 млн детей, в том числе 280,5 тыс. детей, пребывающих в стационарных учреждениях для детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также 246 тыс. детей-сирот и детей, оставшихся без по-

печения родителей, принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью.

– Надо сказать, что крупномасштабная диспансеризация проводилась во всей стране. Вероника Игоревна, все ли выявленные в ходе нее больные с хроническими заболеваниями поставлены на диспансерный учет и получили необходимое лечение?

– В таком объеме диспансеризация не проводилась в течение 30 лет. Министерство специально для этого разработало все необходимые документы, регламенты для обследования детского и взрослого населения. Врачи впервые посмотрели более 34 млн чел., из них 20,4 млн взрослых и более 14,1 млн детей, что позволило сделать достоверные репрезентативные для всего населения страны выводы. Например, по результатам диспансеризации состояние здоровья детей несколько улучшилось за последние 10 лет. Это не может не радовать. 85% обследованных составляют дети 1-2-й групп здоровья, здоровые или имеющие обратимые функциональные нарушения. Что касается взрослого населения, диспансеризация показала, что у 23% при отсутствии сформировавшихся хронических заболеваний есть высокий риск внезапной сосудистой смерти за счет сформированных факторов риска. Кроме того, у 40% обследованных впервые выявлены серьезные заболевания. Диагностировано более 1,8 млн, сердечно-сосудистых заболеваний (80 на каждую 1000 обследованных), 31 тыс. онкологических заболеваний (1,5 случая на 1000). Безусловно, все больные, которым требовалась помощь, своевременно направлены на лечение, в том числе с использованием высокотехнологичных методов.

Для нас важно было не допустить формального характера диспансеризации. Эту задачу в целом удалось решить. В каждом субъекте реализовывались региональные программы диспансеризации, был утвержден перечень учреждений, которые занимались этой работой. Если их оказывалось недостаточно, то организовывались выездные бригады, которые использовали мобильные диагностические комплексы. Чтобы обеспечить такой огромный объем осмотров, было приобретено более 800 мобильных диагностических комплексов с лабораторным, флюорографическим, маммографическим и рентгеновским оборудованием, аппаратами УЗИ. Сформировано более 8,5 тыс. бригад специалистов, оснащенных портативным оборудованием.

– Можно сказать, что медицина укрепляла свои позиции на важнейших направлениях. Это соответствует публичной декларации Министерства здравоохранения России? Поясните, насколько она важна для развития отрасли?

– Этот проект инициировало Открытое Правительство. В нем в качестве пилотного ведомства принимало участие Министерство здравоохранения России. В своей декларации мы заявили три главных направления на 2013 г.: диспансеризация, охрана материнства и детства, информатизация здравоохранения.

В рамках направления информатизации в регионы поставлялась компьютерная техника и программное обеспечение, комплексы для телемедицины и видеосвязи. Внутри

каждого ЛПУ формируется локальная сеть с обязательным выходом в Интернет. Мы начали внедрять модель электронного рабочего места врача. С помощью специального программного продукта доктор со своего рабочего места может «побывать» в федеральной электронной медицинской библиотеке. Она доступна каждому врачу, и в 2013 г. наполнилась 5 млн страницами электронных изданий.

Разработана компьютерная система помощи в принятии врачом решения. Особенно эта опция нужна для выбора лекарственных препаратов при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, оценки их совместимости. Обеспечен выход на основные информационные базы, включая законодательные и нормативные акты, порядки оказания медицинской помощи, стандарты и клинические протоколы. Созданы первые интерактивные образовательные программы в рамках непрерывного медицинского образования. Министерство такие пилотные проекты для врачей первичного звена запустило в нескольких регионах страны. Они создавались совместно с профессиональными организациями. Особенно тесно работа велась с Национальной медицинской палатой (НМП). Сейчас совместно с представителями НМП мы анализируем результаты пилотного проекта по дистанционному образованию, в котором участвуют более 500 врачей. Они прошли обучение с помощью программных модулей. Теперь нужно оценить, насколько повысился их профессиональный уровень.

Как положительный факт отмечу, что создание электронного рабочего места врача в конечном итоге позволит перейти на электронный документооборот. Сегодня министерство пересматривает все отчетные формы, которые используются в первичном звене. Постараемся серьезно уменьшить их количество, устранить дублирование документов.

Информатизация уже достаточно широко используется в лечебных учреждениях. Это и электронная запись на прием к врачу через общедоступный портал, и внедрение амбулаторной медицинской карты. Иными словами, все, что мы публично декларировали, выполнено.

Другой вопрос, что обозначены очень значимые направления, выполнение которых не заканчивается одним годом. Все мероприятия, в соответствии с концепцией информатизации здравоохранения и планом действий, будут реализовываться до 2020 г. Бесспорно, заложен правильный вектор движения вперед.

Как лечить будем?

– Вероника Игоревна, как идет формирование базы клинических протоколов? Почему это важно для здравоохранения?

– Прежде мне хотелось бы выразить огромную благодарность 7 тыс. наших экспертов – академиков, профессоров, участвовавших в их разработке. Клинические протоколы создавались по более чем 70 профилям медицинской помощи. В состав экспертных комиссий входили представители всех субъектов Российской Федерации. И работали, надо отметить, с большим зарядом позитивной энергии.

Специалисты взяли на себя тяжелую ношу: создание первых национальных клинических рекомендаций и протоколов. Проверка новых документов проходила на заседаниях всероссийских профильных ассоциаций, съездах, конгрессах. После столь серьезного коллегиального, «живого» рассмотрения с этими документами можно было ознакомиться всем желающим на сайтах профессиональных обществ. Каждый специалист мог высказать свою точку зрения, участвовать в утверждении любого клинического протокола.

Профессиональное сообщество разработало 450 протоколов (рекомендаций). В этом году предстоит принять еще не менее 600-700 клинических рекомендаций, так необходимых в работе каждого специалиста, каждого лечебного учреждения. Мы ставим задачу – завершить до середины 2015 г. работу по созданию этих базовых документов.

– Вероника Игоревна, не открою большой тайны, если скажу, что не все врачи еще поняли разницу между клиническими протоколами и экономическими стандартами...

– В свое время, чтобы нивелировать отсутствие национальных клинических протоколов, министерство попыталось совместить в одном документе элементы клинических рекомендаций с основами экономического расчета. По сути, стандарт является усредненным прейскурантом на диагностику и лечение той или иной патологии. Он не содержит элементов клинического мышления. Как говорят клиницисты, в него не заложено никаких «развилочек» по выбору того или иного метода диагностики и лечения. В стандартах врач встречает максимальный перечень потенциально возможных услуг, лекарств, медицинских изделий, со средней кратностью их предоставления. Подобный финансовый документ позволяет рассчитывать финансовую емкость различных моделей пациента.

На самом деле, аналогов подобных стандартов не существует ни в одной стране мира. В свое время была сделана попытка создать их в Германии примерно по аналогичной модели. Закончилось все тем, что медицинские учреждения проработали в рамках подобных документов всего один год и добились их последующей отмены. Действительно, достаточно трудно администрировать огромное количество стандартов, когда каждый из них, по сути, «скрывает» отдельный тариф. Кроме того, очевидно, что невозможно создать 32 тыс. стандартов по числу нозологических форм. В результате, что-то финансируется по стандарту, а остальное – по остаточному принципу.

Весь мир идет по другому сценарию.... Прежде всего, разрабатываются клинические протоколы, дающие четкий посыл клиническому мышлению, прописывающие алгоритм обязательных действий и информирующих о наиболее эффективных подходах с высокой доказательностью. В зависимости от конкретных обстоятельств они подсказывают медикам альтернативные варианты. Не случайно клинические рекомендации нуждаются в постоянном обновлении. И это происходит в зависимости от результатов новых мультицентровых исследований, от проверки эффективности тех или иных технологий или лекарственных препаратов. Именно поэтому вряд ли стоит задавать жесткий график

пересмотра порядков и стандартов. Наша задача – организовать работу таким образом, чтобы эти документы максимально отвечали современным требованиям. Не исключая, что какие-то из них придется переработать уже через год, другие – через 2–3 года.

Но бесспорно одно: они должны включать только методы, прошедшие через призму доказательной медицины. То есть, чтобы в клинических рекомендациях не содержалось ничего субъективного. Напомню, что мнение эксперта – это четвертый уровень доказательности, самый низкий.

По сути дела, стандарты, которые были приняты на переходный период, стали первым шагом в построении новой модели. Они объединили черты экономических клиникостатистических групп и клинических протоколов. Сегодня развиваются оба вектора, хотя для врачей более важны клинические протоколы. Ведь они, помимо всего прочего, ложатся в основу разрабатываемых учебных программ и самого процесса непрерывного медицинского образования.

Главная ценность - кадры

– В одном из своих интервью вы говорили о невозможности «настройки» новой модели без пересмотра нормативов работы первичного звена. И в этой связи интересный пилотный проект Минздрав инициировал и реализует совместно с ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения. Речь идет о хронометраже рабочего времени врачей и медсестер, работающих в первичном звене. Будут ли по его результатам издаваться приказы или рекомендации?

– На самом деле, это чрезвычайно важная работа для отрасли, поскольку последний раз хронометраж рабочего времени врачей и медсестер проводился в конце 70-х годов. 30 лет не обновлялась соответствующая нормативная база. Группа сотрудников министерства и института вместе с представителями общественности и региональных органов управления здравоохранением уже анализируют полученные итоги. Оказалось, внедрение электронного рабочего места позволяет увеличить время непосредственной работы врача с больным приблизительно на 40%. А ведь в наш технологический век непосредственный контакт врача с пациентом по-прежнему имеет огромное значение для правильной диагностики и лечения.

Хронометраж рабочего времени позволит выйти на средние величины времени приема. А дальше мы сопоставим полученные данные с теми, которые используются в системах здравоохранения Америки и Европы. Конечно, нельзя добиться, чтобы время на каждого пациента было абсолютно одинаковым. При первичном приеме врач все равно будет тратить на пациента столько времени, сколько потребует, чтобы разобраться с историей болезни каждого. Но определить какие-то нормативы все-таки необходимо. Эту программу министерство выделило отдельно, и я бы сказала бережно опекало. По ее результатам будет издан приказ и даны рекомендации органам управления здравоохранением.

– Что показывает статистика: увеличивается или уменьшается число медиков, которые работают в отрасли?

– В 2013 г. количество врачей увеличилось на 4,6 тыс. чел., а средних медицинских работников – на 6,5 тыс. Причем рост последних произошел впервые за более чем 10 лет! До этого в нашей стране регистрировалась устойчивая тенденция к последовательному снижению числа средних медицинских работников. Теперь обеспеченность ими улучшается, но быстро пройти путь в обратную сторону нелегко. Чтобы это сделать, мы за 2013 г. на 18% увеличили приемы в медицинские училища и колледжи. Внедрены механизмы целевой подготовки среднего медицинского персонала. Министерство помогло создать в регионах симуляционные, тренинговые центры для обучения средних медицинских работников. Серьезное внимание уделялось повышению квалификации преподавательского состава. Активная работа идет с советом директоров медицинских училищ и колледжей.

С каждым годом увеличивается количество выпускников, которые после окончания училищ и колледжей устраиваются на работу в лечебные учреждения. Мы считаем это одним из приоритетов в работе министерства. Ведь построение новой модели распределения ролей и функций в первичном звене очень важно, особенно в условиях развития стационарозамещающих технологий, формирования патронажной службы на дому. Средние медицинские работники должны раскрывать свой потенциал и реальные навыки, которые они приобрели за 4 года обучения. С другой стороны, это даст возможность врачу исполнять свои функции, а не брать на себя обязанности среднего медицинского персонала.

В 2013 г. в полной мере заработала система целевой подготовки в вузах. Молодые врачи в 83% случаев стали возвращаться работать в муниципалитеты, которые отправили их учиться. Еще несколько лет назад этот показатель в некоторых регионах составлял не более 25–26%. И не последнюю роль в этом сыграло изменение подходов регионов к выбору кандидатов для целевой подготовки. В самом договоре теперь четко прописываются финансовые обязательства трех его сторон.

Программа «Земский доктор» также позволила привлечь на работу в село почти 12 тыс. специалистов. Она действует и в 2014 г. С прошлого года в нее вошли и рабочие поселки. Мы уже рассматриваем варианты, как развивать этот проект в будущем. Представляется целесообразным разрешить участвовать в ней специалистам старше 35 лет.

Мне бы еще хотелось обратить внимание читателей «МГ», что никогда раньше не существовало единых государственных стандартов по обучению в ординатуре. Каждая кафедра учила по своей специальности с учетом сформировавшихся особенностей региональных медицинских школ. В прошлом году впервые были созданы единые государственные образовательные стандарты по всем 96 направлениям ординатуры. Они были рассмотрены и одобрены Министерством образования и науки России. Под руководством совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов и учебно-методического объединения ныне

готовятся типовые учебные программы по всем направлениям ординатуры. Это серьезный шаг вперед, который непосредственно связан с разработкой критериев аккредитации врачей различных специальностей.

– Как идет выполнение Указа Президента России о повышении заработной платы бюджетникам?

– Этот вопрос находился на особом контроле федеральной и региональной власти. Запланированный рост заработной платы врачей должен был составить 129%, а достиг в среднем 141%. Не хуже получен результат и по средним медицинским работникам: намечено было 75%, в реальности получилось 80%.

– Неужели все регионы уложились в нормативы, установленные в их «дорожных картах»?

– По заработной плате врачей намеченных показателей достигли 77 территорий, 6 регионов не дотянули 2–3 % до целевых значений. Но нужно учитывать, что 3 из них имеют самый высокий уровень заработной платы в стране. Поэтому динамика повышения заработной платы в них несколько снизилась. Однако не вызывает никаких сомнений, что они достигнут установленных к 2018 г. значений, прописанных в «дорожных картах». Что касается средних медицинских работников, то 2 региона не добрали 5% до установленного уровня и 7 – от 1 до 2%. Но абсолютно все регионы уделяют должное внимание вопросам заработной платы работников здравоохранения.

Плюс врачебное самоуправление важнейшей отрасли?

– Врачебное сообщество все громче заявляло о себе в прошлом году. Может ли Минздрав России, действительно, передать часть своих полномочий медицинским ассоциациям? И есть ли та грань, а может, условия, дальше которых штаб отрасли никогда не пойдет?

– Министерство последовательно налаживает конструктивное взаимодействие с медицинскими профессиональными организациями. Мы стремимся к такому сотрудничеству, поскольку тем самым формируем систему общественного профессионального контроля. К нему подключаются пациентские и благотворительные организации. Для нас очень важна обратная связь. Благодаря ей удается делать правильные выводы, не закрывать глаза на недостатки, а наоборот, последовательно заниматься решением проблем отрасли. Мы создали несколько координационных советов при министерстве, в которые входят и активно работают представители медицинских профессиональных организаций. Министерство подписало соглашение с Национальной медицинской палатой как крупнейшим профессиональным объединением медиков. И в соответствии с этой договоренностью новые нормативные акты проходят публичное обсуждение, в том числе на площадке НМП.

Передача полномочий от министерства врачебному сообществу прописана в федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан» № 323. Но в законе прописаны и критерии, при соблюдении которых такой шаг становится

возможным. И мы видим, что НМП стремится выполнить эти условия, получить статус лидирующей медицинской общественной организации. Уже более, чем в 50 регионах открыты ее представительства. Значительное число профессиональных ассоциаций и обществ, ведущих экспертов вошли в состав НМП.

Механизмы взаимодействия министерства и НМП еще отработываются. Когда министерство сможет передать часть своих полномочий, сказать трудно. Это зависит от того, когда самостоятельность и ответственность общественных организаций достигнут такого уровня, что им удастся реализовывать возложенные на них государственные функции. Этот вопрос мы готовы обсуждать с экспертным сообществом. Министерство приветствует вовлечение все большего числа врачей в работу общественных профессиональных организаций.

Миллиарды на здравоохранение

– Вероника Игоревна, чтобы построить современное здравоохранение, нужны деньги и немалые. На ваш взгляд, при тех экономических трудностях, с которыми сталкивается наша страна, не придется ли отказываться от части намеченных планов в здравоохранении?

– Я надеюсь, что не придется. Здравоохранение является одним из приоритетов развития страны в целом. Это нашло отражение в законодательстве. С 2013 г. программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи стала формироваться на основе единого подушевого норматива. Это существенно, в 25 раз, уменьшило дифференциацию регионов по уровню финансирования здравоохранения. Любой анализ расходов на здравоохранение доказывает, что идет не снижение общего финансирования отрасли, а, наоборот, его повышение. Сейчас произошло перераспределение источников финансирования, которое направлено на формирование так называемого одноканального финансирования. С 2013 г. система ОМС взяла под свою опеку скорую помощь, поддержание инфраструктуры лечебных учреждений, приобретение нового оборудования (стоимость которого за единицу не превышает 100 тыс. руб.). Экономический анализ показывает, что в 2014 г., по сравнению с 2013 г., наполнение системы ОМС увеличится на 180 млрд руб. Если посчитать «чистый прирост» (без перераспределения денег от одного источника финансирования на другой), то он достигнет 108 млрд руб. Это существенное прибавление средств на здравоохранение. Подобная прибавка позволяет не только не сокращать программу государственных гарантий, но и выполнить майские указы Президента России, повышая в соответствии с «дорожными картами» заработную плату медикам.

– Но ведь и часть высокотехнологичной медицинской помощи, которая ранее финансировалась за счет регионального и федеральных бюджетов, теперь перешла в зону ответственности ОМС...

– По замыслу, за исключением социально обусловленных заболеваний (туберкулез, наркомания, психические расстройства) и некоторых особых профессиональных па-

тологий, все виды медицинской помощи к 2015 г. должны обеспечиваться за счет средств системы ОМС. К высокотехнологичным видам относятся 1466 методов. Мы вместе с экспертным сообществом тщательно пересмотрели перечень, выделив 459 методов, которые на протяжении последних лет обеспечивались самостоятельно регионами, в рамках так называемой «обычной» специализированной помощи. Именно эта одна треть и вошла в систему ОМС в 2013 г. А оставшиеся методы ВМП продолжают финансироваться за счет федерального и частично – региональных бюджетов (по механизму выделения субвенций из федерального бюджета).

Поскольку количество средств, выделяемых на высокотехнологичную помощь, увеличилось по сравнению с предыдущими годами, это позволит нарастить число пролеченных больных. Мы уже говорили, что в прошлом году высокотехнологичную медицинскую помощь получили 506 тыс. чел. В этом году планируется, что уже 542 тыс. чел. будут пролечены с использованием этих методов.

Олимпийское сопровождение и красивые победы

– Только что завершились Олимпийские и Паралимпийские игры в Сочи. Они были проведены на высоком уровне. Но мы не можем обойти вниманием участие в них медиков, хотя это осталось за кадром Олимпиады. Какую оценку их работе дадите вы как министр?

– То, что медицинское сопровождение было организовано на самом высоком уровне – это не мнение министра, а оценка Международного олимпийского комитета. Его даже приводили в пример другим странам. В рамках «Большого Сочи» была продумана целостная система медицинского обеспечения, она включала в себя 38 медпунктов на спортивных объектах, 3 клинично-диагностических центра, а также функционирование новых медицинских учреждений. Ее основой стала прекрасная оснащенность медицинских пунктов и больниц, привлечение к работе подготовленных специалистов. Очень интересный опыт продемонстрировали мобильные, хорошо оснащенные бригады. Всем самым строгим требованиям отвечала работа скорой помощи и санавиации. На спортивных объектах дежурило более 50 машин скорой помощи, подключенных к системе «ГЛОНАСС». В любой момент на помощь пострадавшим могли вылететь 3 санитарных вертолета. Даже в горном кластере медикам удавалось доставить пострадавшего в подготовленные стационары не более чем за 7–10 минут. Медицинская помощь начинала оказываться еще по дороге в больницу. Всего за время Олимпиады к медикам обратилось 12 тыс. аккредитованных зрителей и спортсменов, причем 80% из них составляли иностранные граждане.

Медики с честью выдержали экзамен и при экстренных вызовах. Например, один болельщик пожилого возраста переволновался во время соревнований. В результате возник приступ фебриляции предсердий и асистолия. Мобильная бригада медиков через 1,5 минуты после обращения

уже проводила реанимационные мероприятия. Ей удалось восстановить нормальную системную гемодинамику.

Очень четко действовали бригады и при серьезных травмах. В одном случае травма вызвала фактически отрыв стопы. Понадобилось всего 7 минут для начала своевременного оперативного лечения. Хирурги соединили сосуды и нервы, наконец, добились функциональной активности стопы и пальцев. Это позволило человеку не остаться инвалидом.

Нельзя не отметить и новые объекты, которые были специально построены для успешного проведения олимпийских и паралимпийских игр. А это 4 стационара, в том числе уникальная инфекционная больница в Дагомысе. Она соответствует самым строгим требованиям, включая возможности оказания медицинской помощи при особо опасных инфекциях, высокопатогенном гриппе, любых кишечных инфекциях. Добрых слов заслуживает и скоромощная больница № 8, находящаяся в горном кластере. Она имеет хорошее сочетание, являясь одновременно скоромощным и высокотехнологичным лечебным учреждением. В нем продумана все логистика и последовательность предоставления медицинской помощи, начиная от приема пациентов до работы протившоковых, реанимационных палат. В наличии имеется вся необходимая диагностическая аппаратура: компьютерный и магнитно-резонансный томографы, сложнейшие следящие системы. Все это настроено таким образом, что делает возможным начало самой сложнейшей операции в считанные минуты. Два высокотехнологичных хирургических корпуса были построены и оснащены в соответствии с самыми современными требованиями в Адлере и Сочи. Свою лепту в победы наших спортсменов внесло и ФМБА России. Агентство отвечало за биомедицинское сопровождение выступлений спортсменов сборных команд. Они контролировали состояние здоровья спортсменов во время тренировочного процесса, непосредственно перед соревнованиями и во время соревнований. И здесь также мы слышали слова благодарности медикам от тренеров и именитых спортсменов.

– А вам удалось побывать на Олимпиаде в качестве болельщика? Если да, то что запомнилось больше всего из побед российских сборных?

– Мне удалось побывать на нескольких соревнованиях. В первом из них российская хоккейная сборная играла с американской. Очень болела за нашу команду и ужасно огорчилась, когда судья не засчитал гол, о котором потом спорила вся страна. Когда присутствуешь на таких эпохальных международных состязаниях, отчетливо понимаешь, что спорт – это замечательный праздник силы духа и тела. Мне вспомнилось в Сочи высказывание известного итальянского физиолога Анджело Моссо: физические упражнения могут заменить множество лекарств, но ни одно лекарство в мире не может заменить физические упражнения. Человеку необходима физическая активность, чтобы быть здоровым.

«Медицинская газета», 23 апреля 2014 г.

Семинар «От прогрессивных способов оплаты к повышению качества медицинской помощи»

24 марта 2014 г., Москва

Под эгидой Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Международного банка реконструкции и развития (Всемирного банка) 4 марта 2014 года в Доме Правительства Московской области состоялся семинар для специалистов систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования Центрального федерального округа по вопросам внедрения в отечественную практику прогрессивных способов оплаты медицинской помощи с применением клинко-статистических групп (КСГ).

В рамках Соглашения между Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Всемирным банком консультационные услуги в разработке и внедрении системы оплаты стационарной медицинской помощи на основе КСГ и создании системы мониторинга для отслеживания влияния новых методов оплаты медицинской помощи на деятельность медицинских организаций будут оказаны восьми российским регионам (по одному региону в каждом федеральном округе). Экспериментальной площадкой в Центральном федеральном округе была выбрана Московская область как один из наиболее успешно и динамично развивающихся субъектов РФ.

Для экспертов Всемирного банка это станет вторым этапом взаимодействия с Федеральным фондом ОМС. Первый этап сотрудничества ФОМС и Всемирного банка проходил в 2012–2014 гг. в трех пилотных регионах – Липецкой, Томской и Кировской областях. Его результатом стала разработка российской базовой модели КСГ. Второй этап, запланированный на 2014–2015 гг., позволит включить в модель новые заболевания, в том числе по высокотехнологичной медицинской помощи, дополнительные критерии, которые будут учитывать особенности состояния пациентов, совершенствовать Номенклатуру медицинских услуг, являющуюся основным инструментом для классификации, а также расширить перечень данных, которые смогут учитывать все составляющие стоимости медицинской услуги.

С приветственным словом к участникам семинара обратилась Первый заместитель председателя Правительства Московской области Л.Н. Антонова, отметив высокую значимость данного проекта для региона, который сегодня открыт для инноваций, способствующих совершенствованию системы здравоохранения, повышению качества предоставляемой жителям медицинской помощи.

Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко отметила, что Подмосковье не случайно вошло в восьмерку регионов, выбранных для эксперимента. Развитая инфраструктура здравоохранения субъекта, наработки в

вопросах стандартизации оплаты медицинской помощи, широкие возможности информационной системы, созданной на базе Территориального фонда ОМС Московской области – все это создает благоприятные предпосылки для успешной реализации пилотного проекта.

Доклады и выступления участников семинара были направлены на знакомство с теоретическими основами и практическими результатами оплаты стационарной медицинской помощи на основе КСГ, вопросами формирования систем анализа и учета затрат, разработки принципов кодирования медицинских услуг, моделирования финансовых рисков и разработки мер по их нейтрализации, системы мониторинга и оценки.

В своем выступлении помощник министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек напомнил собравшимся, что вектор развития отечественного здравоохранения определяется Программой государственных гарантий, новации которой способствуют повышению эффективности использования имеющихся ресурсов. Совершенствование Программы идет по пути унификации и увязки процедур планирования со способами оплаты медицинской помощи.

В свою очередь старший экономист в области здравоохранения Всемирного банка Антонио Гиуффрида назвал временем возможностей настоящий период, когда объем финансирования из средств обязательного медицинского страхования увеличивается в общей доле финансирования здравоохранения. Прежде всего, возможности совершенствовать и унифицировать систему оплаты ме-



На фото (слева направо): Александр Кацага, Евгений Кутанов – консультанты Всемирного банка, Алексей Алаторцев – начальник отдела по информационной безопасности ТФОМС МО, Антонио Гиуффрида – старший экономист в области здравоохранения Всемирного банка.

дицинской помощи, в том числе при оказании высоко-технологичной медицинской помощи.

Одним из пилотных регионов первого этапа сотрудничества со Всемирным банком стала Липецкая область, поэтому большое внимание собравшихся вызвало выступление заместителя главы Администрации Липецкой области Д.В. Мочалова, который, положительно оценив проведенную работу, акцентировал внимание слушателей на том, что сегодня региональное здравоохранение стремится к тому, чтобы койка работала эффективно. Оплата стационарной помощи на основе КСГ дает возможность оптимизировать коечный фонд на территории субъекта без ущерба качеству и доступности оказания медицинской помощи гражданам.

Техническую часть семинара открыл доклад консультанта Всемирного банка Александра Кацаги, который затронул некоторые вопросы регламентации практических шагов и подходов к внедрению модели КСГ, в частности, ресурсоемкости стационарных случаев. Он уточнил, что под ресурсоемкостью понимается не только близкая средняя стоимость, но также близкая структура затрат и набор клинически используемых ресурсов. Очень важно, чтобы в одну группу входили случаи, которые могут лечиться примерно на одной и той же клинической базе специалистами схожего уровня образования и обучения с использованием примерно одинаковых наборов клинических инструментов. Поскольку сама идея группировки возникла как механизм оценки эффективности работы медицинских организаций, позволивший достигнуть некоторого баланса между клинической и экономической составляющими.

В работе семинара приняли участие заместитель председателя Федерального фонда ОМС С.А. Карчевская, министр здравоохранения Московской области Н.В. Сулонова, директор Территориального фонда ОМС Московской области Г.А. Антонова, заместитель начальника финансово-экономического управления Федерального фонда ОМС И.А. Железнякова, директора территориальных фондов ОМС и представители органов управления здравоохранением субъектов Центрального федерального округа, консультанты Всемирного банка, руководители медицинских и страховых медицинских организаций Московской области и др.

Результатом совместной работы специалистов министерства здравоохранения Московской области, Территориального фонда ОМС Московской области и консультантов Всемирного банка станет разработка региональной модели КСГ с функцией мониторинга и оценки прогресса в реализации планов совершенствования системы оплаты стационарной медицинской помощи. Новация позволит стимулировать развитие малоинвазивной хирургии, внедрение новых технологий, будет способствовать сокращению числа необоснованных госпитализаций больных на койке круглосуточного стационара, снижению продолжительного пребывания пациента на койке, изменению структуры расходов в системе ОМС, в частности, перераспределению части денежных средств из стацио-

нара на поликлиническое звено, которое должно более эффективно выполнять функцию сохранения здоровья жителей региона, на развитие дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня пребывания.



На фото (слева направо): губернатор Московской области А.Ю. Воробьев, председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко.

В рамках семинара была организована встреча председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко и губернатора Московской области А.Ю. Воробьева, на которой, в частности, рассматривались вопросы развития системы ОМС региона и внедрения прогрессивных способов оплаты медицинской помощи.

Отмечая высокую значимость предстоящей работы, Н.Н. Стадченко отметила: «Всемирный банк на медицинской статистике именно вашего субъекта проводит расчеты и группировки по клинко-статистическим группам. Внедряя эти элементы, вы можете улучшить диагностическую базу здравоохранения субъекта».

В свою очередь А.Ю. Воробьев поблагодарил Федеральный фонд ОМС за сотрудничество и выразил заинтересованность в появлении современных диагностических центров на территории Подмосковья, в том числе за счет развития форм государственно-частного партнерства и возможности большого числа жителей области проходить в них обследование. «Для нас государственно-частное партнерство имеет стратегическое значение», – сказал губернатор. Он подчеркнул, что область уже рассматривает ряд инвестиционных проектов в здравоохранении, и выразил надежду на то, что практика взаимодействия бизнеса и государства в сфере медицины и здоровья станет доступной. Также глава региона отметил, что в области проводится комплекс мероприятий, позволяющих Правительству и медицинскому сообществу навести порядок во всех без исключения медучреждениях с целью изменить качество обслуживания и повысить профессионализм медперсонала.

20 мая 2014 года в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялась совместная с ФМБА России акция «День донора»



В Федеральном фонде обязательного медицинского страхования состоялась совместная с ФМБА России акция «День донора». Дни донора ежегодно проходят в Федеральном фонде ОМС. На Дне донора в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования работала выездная бригада переливания крови ФГБУЗ Центра крови ФМБА России. Мобильный комплекс укомплектован бригадой из 4 специалистов – врач, медсестра, медицинский лаборант, регистратор.

В этом году было заготовлено 8 550 мл плазмы крови и ее компонентов, которые были направлены для использования в девять крупнейших федеральных государственных бюджетных медицинских учреждений города Москвы.



Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Старцева Наталья Александровна, 1975 г.р., назначена на должность заместителя начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа Федерального фонда ОМС от 15.04.2014 г. №89-Л.

В 1998 г. окончила Российский государственный гуманитарный университет, по специальности «Организация и технология защиты информации», квалификация «Менеджер».

В 2001 г. окончила Государственный университет – Высшая школа экономики, по специальности «Финансы и кредит», квалификация «Экономист».

В 2013 г. окончила ФГБОУ высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации», по специальности «Государственное и муниципальное управление», квалификация «Менеджер».

1992-1995 гг. – бухгалтер-расчетчик, главный бухгалтер ТОО «Фирма «Эковент Лтд»;

1996-2006 гг. – бухгалтер, главный бухгалтер, финансовый консультант «Смит Клайн Бичем (экспорт) Лтд»;

2006-2012 гг. – финансовый директор, генеральный директор ООО «Архимед»;

2012-2014 гг. – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области.



Поздеев Дмитрий Юрьевич, 1969 г.р. назначен на должность начальника Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа Федерального фонда ОМС от 11.03.2014 г. №51-Л.

В 1993 г. окончил Марийский ордена Дружбы народов политехнический институт им. М. Горького, по специальности «Радиотехника», квалификация «Радиоинженер».

В 1996 г. окончил Российскую академию менеджмента и агробизнеса по специальности «Бухгалтерский учет и аудит», квалификация «Бухгалтер-аудитор».

1988-1989 гг. – служба в рядах Советской Армии;

1994-1995 гг. – инженер-программист Марийского института переподготовки кадров и агробизнеса;

1995-1997 гг. – главный специалист Комитета занятости населения Республики Марий Эл;

1997-2013 гг. – начальник отдела автоматизированных систем финансовых расчетов Министерства финансов Республики Марий Эл;

2013-2014 гг. – заместитель начальника Управления информационно-аналитических технологий Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Имеет классный чин советника государственной гражданской службы Российской Федерации I класса.

Новосибирский территориальный фонд обязательного медицинского страхования



Ягнюкова Елена Владимировна, 1975 г.р. назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области на основании Распоряжения Правительства Новосибирской области от 22.04.2014 № 143-рп.

В 1998 г. окончила Новосибирскую государственную академию экономики и управления по специальности «Бухгалтерский учет и аудит», квалификация «Экономист».

1998–1999 гг. – экономист 1 категории финансово-кредитного отдела, Областной фонд обязательного медицинского страхования; 1999 г. – ведущий специалист финансово-кредитного отдела, 1999–2003 гг. – главный специалист финансово-кредитного отдела, Областной фонд обязательного медицинского страхования; 2003 – 2008 гг. – главный специалист отдела ценообразования, анализа и прогнозирования, Областной фонд обязательного медицинского страхования; 2008–2011гг. – начальник плано-экономического отдела, Областной фонд обязательного медицинского страхования; 2011 г. – Начальник финансово-экономического управления, заместитель директора ТФОМС Новосибирской области; 2011–2012 гг. – и.о. директора ТФОМС Новосибирской области.

Имеет награды и поощрения:

- Благодарность Губернатора Новосибирской области за многолетний добросовестный труд в области обязательного медицинского страхования и высокий профессионализм;
- Благодарность генерального директора ОФОМС за творческое и ответственное отношение к работе, стремление к постоянному совершенствованию, инициативность и ответственность в решении производственных вопросов;
- Благодарность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования НСО за помощь в организации и проведении торжественного мероприятия, посвященного 20-летию системы ОМС;
- Почетная грамота Губернатора Новосибирской области за большой личный вклад в развитие системы здравоохранения Новосибирской области и высокий профессионализм;
- Почетная грамота Министерства здравоохранения Российской Федерации за заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области



Михалевская Ирина Сергеевна, 1959 г.р. назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Распоряжением Правительства Челябинской области от 27.03.2014 г. №124-рп.

В 1981 году окончила Магнитогорский горно-металлургический институт им. Г.И. Носова по специальности «Металловедение, оборудование и технология термической обработки металлов».

В 1998 г. окончила Уральскую академию государственной службы г. Екатеринбурга, квалификация «Экономист-менеджер» по специальности «Менеджмент».

Свой трудовой путь начала на Магнитогорском металлургическом комбинате в качестве контролера в производстве черных металлов, работала мастером участка листопрокатного цеха.

С 1993 г. работала в финансовых структурах комбината – начальником бюро внутренних расчетов управления финансовых ресурсов, в отделе анализа и прогнозирования, затем возглавила управление координации деятельности дочерних обществ, работала начальником отдела долговых обязательств.

За заслуги в работе на комбинате И.С. Михалевская награждена почетной грамотой ОАО ММК, а также золотой медалью Петра Великого «За трудовую доблесть».

С 27 марта 2014 г. И.С. Михалевская приступила к обязанностям директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области.

УДК 614.2

Возможности использования зарубежного опыта оплаты амбулаторной медицинской помощи в российской системе обязательного медицинского страхования

А.Р. Ахметзянов

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования,
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»



А.Р. Ахметзянов

Резюме

В статье представлен обзор зарубежных систем оплаты первичной медицинской помощи на примере отдельных стран Европы. Рассмотрены основные характеристики таких систем с учетом особенностей организации предоставления первичной медицинской помощи. Предлагается учитывать соответствующий

опыт стран Европы при совершенствовании системы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в нашей стране.

Ключевые слова: первичная медицинская помощь, подушевая оплата, оплата по числу фактически оказанных услуг, оплата за результаты деятельности.

Abstract

The ways of introduction of foreign experience of outpatient ambulatory health care payment in russian obligatory medical insurance system

A.R. Akhmetzyanov

The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance, the National Research University "Higher School of Economics"

The article addresses a review of foreign systems of primary care provider's payment on the evidence from selected European countries. The core characteristics of such systems with regard to special aspects about the organization of primary care provision are illustrated. It is offered to consider the corresponding experience of Eu-

ropean countries in the process of improvement of ambulatory care payment system in our country.

Key words: Primary health care, capitation payment, fee-for-service payment, payment-by-results.

Введение. С 2014 г. в Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг., утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932 оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, должна осуществляться по подушевому принципу. Финансирование исходя из фактических объемов: по числу оказанных простых услуг, посещений, обращений (законченных случаев амбулаторной помощи) и т.п. – допускается только в сочетании с оплатой по подушевому принципу¹.

Международный опыт использования моделей подушевой оплаты медицинской помощи показывает большую результативность таких моделей в сравнении с моделями ретроспективной оплаты медицинской помощи (по фактическим объемам) в части обеспечения оптимизации структуры и объемов медицинской помощи, что остается актуальным в условиях нашей страны. Результаты исследований, посвященных данной тематике, позволяют сделать вывод о меньшем уровне потребления медицинской помощи при ее оплате по подушевому принципу (в рамках различных моделей такой оплаты) за счет более эффективной организации профилактических мероприятий и расширения объемов деятельности первичного звена, а также координации иных медицинских служб².

В то же время, в Российской Федерации внедрение различных моделей подушевого финансирования медицинской помощи осложняется ограниченностью существующего опыта использования таких моделей, а также отсутствием единого подхода к их разработке. Последнее касается различий в методологии расчета нормативов и определения факторов их дифференциации, составе расходов, включаемых в подушевой норматив, и расходов, оплачиваемых отдельно, в том числе – методологии включения в норматив расходов на внешние услуги и т.д. Ограниченность отечественного опыта использования таких моделей обуславливает целесообразность изучения зарубежного опыта их построения и внедрения.

Целью данной работы является обобщение зарубежного опыта использования различных моделей оплаты медицинской помощи, предоставляемой врачами первичного звена (на примере отдельных стран Европы), а также формулировка предложений по его использованию в условиях Российской Федерации.

Материал и методы

Исследование было осуществлено на материалах по системам здравоохранения 18 стран Европы с использо-

¹ Непосредственная оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из фактических объемов допускается только при осуществлении межтерриториальных расчетов, а также для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения.

² См. Davidson et al 1992, Surender et al 1995 и т.д.

ванием данных по уровню расходов на здравоохранение на душу населения и уровню потребления медицинской помощи за 2011 г. Для анализа были отобраны страны как с бюджетной, так и страховой моделями финансирования здравоохранения, а также с различными подходами к оплате первичной медицинской помощи.

Результаты и их обсуждение

Важно учитывать, что в большинстве европейских стран ключевым субъектом оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях является врач общей практики либо группа врачей, чаще всего являющиеся независимым юридическим лицом [3]. Соответствующие специалисты в соответствии с терминологией законодательства Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан предоставляют обслуживаемому ими населению первичную медико-санитарную помощь, включая первичную специализированную медико-санитарную помощь (услуги узких специалистов в рамках амбулаторно-поликлинического сектора либо аналогичные услуги, оказываемые врачом общей практики) в амбулаторных условиях. В рамках последующего анализа будет рассмотрен опыт организации систем оплаты первичной медицинской помощи, предоставляемой врачами общей практики³.

Распространенность различных методов оплаты первичной медицинской помощи

В европейских странах используется как ретроспективный, так и предварительный принцип возмещения расходов медицинских организаций. В первом случае осуществляется оплата фактических объемов медицинской помощи в различных вариациях. Во втором случае – возмещение расходов, как правило, осуществляется либо исходя из численности обслуживаемого населения (подушевая оплата), либо посредством доведения определенного бюджета до медицинской организации.

Модели финансирования первичной медицинской помощи 18 стран Европы представлены в *таблице*.

Из 18 рассмотренных стран в 7 доминирующим принципом возмещения расходов на первичную медицинскую помощь является ее ретроспективная оплата, в 11 – предварительная оплата, в том числе в 8 – оплата по подушевому нормативу исходя численности обслуживаемого населения, в 3 – оплата на основе доведения общего бюджета до медицинской организации.

Модели ретроспективной оплаты первичной медицинской помощи

Среди стран, осуществляющих ретроспективную оплату первичной медицинской помощи, в Бельгии, Люксембурге, Франции и Швейцарии производится оплата фактически оказанных объемов медицинской помощи в соответствии с разработанной шкалой тарифов на оплату медицинских услуг без каких либо ограничений. В то же время, во Франции осознается неэффективность по-

³ При этом эквивалентом термина «первичная медицинская помощь» в российских условиях следует считать термин «амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь».

Способы оплаты первичной медицинской помощи в странах Европы

Государство	Принцип возмещения расходов медицинских организаций	Формы возмещения расходов медицинских организаций	Число посещений врачей в расчете на душу населения, 2011 год	Число госпитализаций в расчете на 1000 населения, 2011 год	Общественные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (долларов США в ценах 2005 года по ППС), 2011 год
1	2	3	4	5	6
Бельгия [14]	Ретроспективная оплата	Оплата по числу фактически оказанных услуг	7,4	170,1	2 967,6
Венгрия [12]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения, а также квалификации врача (70% совокупного дохода) Оплата за случай лечения для не прикрепленных к соответствующему врачу пациентов	11,8	205,5	558,6
Германия [8]	Ретроспективная оплата	Оплата по числу фактически оказанных услуг по балльной шкале	9,7	244,2	3 131,6
Дания [20]	Ретроспективная оплата + предварительная оплата	Оплата по числу фактически оказанных услуг с установлением пороговых значений выплат – большая часть совокупного дохода Выплаты на подушевой основе – около трети совокупного дохода	4,6	171,5	4 434,3
Испания [13]	Предварительная оплата	Оплата деятельности медицинского центра в целом на основе глобального бюджета Оплата деятельности конкретного врача на основе жалования с осуществлением выплат на подушевой основе, учитывающих плотность и возрастную структуру населения, а также его социально-экономические особенности (в регионе Каталония) – не более 15% от совокупного дохода	7,4	104,2	1 775,9
Италия [19]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	Подушевая оплата с учетом общего стажа работы соответствующего врача (большая часть совокупного дохода) Оплата фактического объема отдельных услуг (амбулаторная хирургия, профилактические мероприятия и т.д.) Дополнительные фиксированные выплаты с учетом реализации мер по сдерживанию расходов на медицинскую помощь	7,0	129,5	2 142,0

Продолжение таблицы

Государство	Принцип возмещения расходов медицинских организаций	Формы возмещения расходов медицинских организаций	Число посещений врачей в расчете на душу населения, 2011 год	Число госпитализаций в расчете на 1000 населения, 2011 год	Общественные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (долларов США в ценах 2005 года по ППС), 2011 год
Люксембург [16]	Ретроспективная оплата	Оплата по числу фактически оказанных услуг	6,6	153,8	5 186,4
Нидерланды [23]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	<p>Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения, а также уровня благосостояния обслуживаемой территории (большая часть совокупного дохода)</p> <p>Оплата фактического объема отдельных услуг (отдельные консультации; услуги, предоставляемые в нерабочее время; деятельность, направленная на повышение эффективности деятельности соответствующей врачебной практики; услуги специализированной медицинской помощи)</p>	6,6	122,0	4 231,3
Норвегия [22]	Ретроспективная оплата + предварительная оплата	Оплата фактического объема отдельных услуг в сочетании с подушевыми выплатами (до 30% совокупного дохода)	5,2	175,3	5 014,1
Португалия [5]	Предварительная оплата	<p>Оплата деятельности медицинского центра в целом на основе глобального бюджета</p> <p>Оплата деятельности конкретного врача на основе жалования с осуществлением стимулирующих выплат:</p> <ul style="list-style-type: none"> - на подушевой основе, учитывающих объемы деятельности поставщика услуг; - непосредственная оплата отдельных видов услуг 	4,2	112,5	1 223,5
Словакия [25]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	<p>Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения (большая часть совокупного дохода)</p> <p>Оплата фактического объема отдельных услуг (амбулаторная хирургия, дорогостоящие исследования и т.д.)</p>	11,0	183,7	813,2

Государство	Принцип возмещения расходов медицинских организаций	Формы возмещения расходов медицинских организаций	Число посещений врачей в расчете на душу населения, 2011 год	Число госпитализаций в расчете на 1000 населения, 2011 год	Общественные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (долларов США в ценах 2005 года по ППС), 2011 год
Соединенное Королевство [6]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	<p>Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения, уровня благосостояния региона (до 50% совокупного дохода). Подушевой норматив, помимо расходов на оказание первичной медицинской помощи, учитывает также расходы на оказание специализированной медицинской помощи</p> <p>Оплата фактического объема отдельных услуг (посещения в ночное время и т.д.)</p> <p>Дополнительные выплаты за достижение определенных целевых показателей, а также на ведение дела (для отдельных поставщиков услуг)</p>	5,0	136,4	2 930,9
Финляндия [26]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	<p>Оплата деятельности медицинского центра в целом на основе глобального бюджета</p> <p>Оплата деятельности конкретного врача на основе жалования с осуществлением дополнительных выплат исходя из фактического объема отдельных оказанных услуг, а также – в отдельных медицинских центрах – на подушевой основе</p>	4,2	180,1	2 577,0
Франция [9]	Ретроспективная оплата + предварительная оплата	<p>Оплата по числу фактически оказанных услуг (наиболее распространена)</p> <p>Подушевая оплата на определенный объем деятельности для отдельных врачей</p> <p>Оплата за результаты деятельности (в ограниченном масштабе)</p>	6,8	163,5	3 070,2
Чехия [7]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	<p>Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения, а также с учетом потребления определенных медикаментов - большая часть совокупного дохода</p> <p>Оплата фактического объема отдельных услуг (профилактические мероприятия, визиты на дому и т.п.) – не более 30% совокупного дохода</p>	11,1	202,0	887,6
Швейцария [17]	Ретроспективная оплата	Оплата по числу фактически оказанных услуг	4,0	169,6	3 908,6

Окончание таблицы

Государство	Принцип возмещения расходов медицинских организаций	Формы возмещения расходов медицинских организаций	Число посещений врачей в расчете на душу населения, 2011 год	Число госпитализаций в расчете на 1000 населения, 2011 год	Общественные расходы на здравоохранение в расчете на душу населения (долларов США в ценах 2005 года по ППС), 2011 год
Швеция [4]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	Оплата деятельности врачебных практик на подушевой основе (40–80% совокупного дохода) наряду с непосредственной оплатой отдельных услуг, а также с осуществлением выплат за достижение показателей результата деятельности Оплата деятельности конкретного врача на основе жалования	3,0	162,5	3 313,7
Эстония [18]	Предварительная оплата + ретроспективная оплата	Подушевая оплата с учетом возрастной структуры обслуживаемого населения (большая часть совокупного дохода) Оплата фактического объема отдельных услуг (дорогостоящие лабораторные исследования, УЗИ и т.д.) – не более 37% от общего объема подушевых выплат Дополнительные выплаты за достижение определенных целевых показателей, а также на ведение дела (содержание помещений, транспортные расходы)	6,3	173,8	533,9

Источник:

Данные по способам оплаты: Paris V., Devaux M., Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries // OECD Health Working Papers. 2010. № 50. OECD Publishing. Pp. 33-35

Данные по расходам на здравоохранение: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx> (Всемирный банк)

Данные по объемам потребления медицинской помощи: Health at a Glance 2013: OECD Indicators / OECD Publishing, 2013

рождаемых такой системой оплаты медицинской помощи стимулов и, как следствие, предлагаются новые методы оплаты помощи. Один из них – выплаты на подушевой основе врачам, участвующим в реализации «модели предпочитаемого врача», хотя большая часть их дохода продолжает формироваться по гонорарному принципу. Кроме того, с 2009 г. предложена система оплаты по результату, призванная повысить мотивацию врача к проведению эффективных профилактических мероприятий, ведению хронических больных, выписке более дешевых препаратов-дженериков и т.д.

В Германии оплата медицинской помощи осуществляется по числу оказанных услуг по балльной системе в соответствии с устанавливаемой на федеральном уровне единой шкалой, в которой каждой услуге соответствует определенное количество баллов.

В Дании и Норвегии врачи первичного звена около трети своего дохода получают по подушевому принципу, оставшаяся часть формируется в зависимости от фак-

тического объема оказанных услуг. При этом в Дании существуют определенные пороговые значения такого рода выплат во избежание риска перерасхода предусмотренных бюджетом средств. Размер тарифов на оплату услуг определяется исходя из Соглашения между представителями врачебных практик и государством. В Норвегии тарифы на отдельные услуги устанавливаются на федеральном уровне, при этом каких-либо ограничений размера выплат не предусмотрено.

Необходимо отметить, что во всех странах, осуществляющих преимущественно ретроспективную оплату медицинской помощи, наблюдается относительно более высокий в сравнении с другими странами уровень расходов на здравоохранение в расчете на душу населения, обусловленный более высокими объемами потребления медицинской помощи (в среднем по данным странам число посещений врачей, а также уровень госпитализации больше, чем по странам, реализующим предварительный принцип оплаты медицинской помощи, в том числе ис-

пользующих модели подушевой оплаты⁴). Не в последнюю очередь подобная связь обусловлена затратной природой ретроспективной оплаты первичной медицинской помощи, являющейся следствием фрагментарного характера системы предоставления помощи (заинтересованность в наращивании объемов помощи усложняет интеграцию системы), минимальной роли планирования объемов помощи (совокупный объем оказываемых услуг и их структура определяются на уровне медицинской организации исходя из имеющихся в ее распоряжении ресурсов, в объеме, обеспечивающем максимальный доход), а также минимальными финансовыми рисками поставщика услуг.

Модели предварительной оплаты первичной медицинской помощи

Среди стран, осуществляющих предварительную оплату первичной медицинской помощи, используемые модели подразумевают финансирование деятельности первичного звена на основе общих бюджетов или подушевую оплату основного объема деятельности соответствующего поставщика.

Первый подход встречается реже – среди рассмотренных стран соответствующие модели оплаты характерны для Испании, Португалии и Финляндии. В указанных странах первичная медицинская помощь, предоставляемая преимущественно в государственных медицинских центрах, финансируется на основе доведения глобального бюджета. При этом доходы конкретных врачей формируются на основе жалования (преимущественно) с осуществлением дополнительных выплат.

В Испании степень интеграции поставщика и покупателя медицинской помощи остается крайне высокой: первичная медицинская помощь предоставляется врачами-специалистами, подавляющее большинство из которых имеют статус государственных служащих, для которых действует строгий запрет на получение сторонних доходов, помимо оплаты труда в медицинском центре. Помимо жалования, до 15% дохода врача формируется на основе подушевых выплат, скорректированных исходя из особенностей местного населения, его плотности и численности лиц старше 65 лет (в Каталонии учитываются также социально-экономические особенности обслуживаемого населения).

Похожая система действует в Португалии – поставщики медицинской помощи в рамках государственного сектора здравоохранения находятся в ведении региональных управлений здравоохранения, являющихся покупателями первичной медицинской помощи. Врачи в медицинских центрах являются государственными слу-

жащими, но в отличие от испанской системы при условии выполнения установленных требований по объемам нагрузки могут сверхурочно работать в частном секторе. Помимо фиксированного жалования врачи получают дополнительные выплаты на подушевой основе, за счет которых компенсируются различия в радиусе обслуживания и удаленности медицинских центров, исходя из численности прикрепленного населения с учетом его особенностей. Кроме того, отдельные услуги оплачиваются по фактическим объемам: амбулаторная хирургия, визиты на дом, профилактические мероприятия, а также медицинская помощь беременным, в т.ч. в послеродовом периоде.

В Финляндии большая часть первичной медицинской помощи оказывается в медицинских центрах, находящихся в муниципальной либо окружной собственности и финансируемых из соответствующих бюджетов. Каждый центр, как правило, укомплектован врачами первичного звена, врачами иного профиля, а также иными специалистами, являющимися наемными работниками. Доход врачей первичного звена помимо фиксированного жалования включает дополнительные выплаты исходя из числа оказанных услуг – такая система действует в 45-50% медицинских центров. В организациях, реализующих модель персонального врача, дополнительная выплата сверх фиксированного оклада формируется как исходя из числа определенных оказанных услуг, так и по подушевому принципу.

Более распространенной моделью предварительной оплаты первичной медицинской помощи является подушевая оплата. При анализе подобных моделей необходимо учитывать, во-первых, состав расходов, включаемых в подушевой норматив, во-вторых – факторы дифференциации подушевого норматива и, в-третьих – наличие и характер систем оплаты за результаты деятельности.

Состав расходов, включаемых в подушевой норматив, практически во всех рассмотренных странах ограничен расходами на собственную деятельность соответствующей врачебной практики – услуги внешних узких специалистов оплачиваются отдельно по фактическим объемам оказанной помощи. Практика включения расходов на специализированную медицинскую помощь (в части медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара), а также расходов на иные виды медицинской помощи, в подушевой норматив ввиду чрезвычайной сложности таких систем, а также крайне высоких рисков их практической реализации практически не встречается [1]. Пожалуй, единственным исключением является такого рода система, используемая в Соединенном Королевстве.

Врачебные практики в этой стране исторически являлись автономными единицами, финансирование которых осуществлялось независимо от органов управления здравоохранением через соответствующие комитеты. С 1990 г. фактически была введена система фондодержания, в рамках которой группам врачебных практик в дополнение к финансированию собственной деятель-

⁴ При сопоставлении числа посещений по странам, реализующим принцип ретроспективной оплаты первичной медицинской помощи, со странами, использующими модели подушевой оплаты, в последней группе не учитывались постсоветские страны, в которых из-за особенностей организации сектора амбулаторной помощи в предыдущие периоды исторически сложился более высокий уровень потребления медицинской помощи.

ности были переданы полномочия по финансированию отдельных госпитальных услуг – как следствие, врачебные практики получили больше автономии в плане организации диагностических обследований пациентов, а также назначения лекарственных средств. К моменту упразднения фондодержания в конце 1990-х гг. более 50% всех врачебных практик стали фондодержателями. С 1999 года, несмотря на то, что юридически прежняя система была отменена, основные ее принципы, хотя и в иной форме, были положены в основу новой модели. Так, по географическому признаку были созданы «группы первичной медицинской помощи», объединяющие врачей общей практики и иных медицинских работников и юридически являющиеся подкомитетами органов управления здравоохранением. Указанные группы были ответственны за организацию предоставления и финансирование всей медицинской помощи для обслуживаемого ими населения. Позже, с 2002 года, «группы первичной медицинской помощи» преобразуются в «трасты первичной медицинской помощи», на которые было возложено выполнение функций органов управления здравоохранением на местном уровне. Далее, в 2004 году, функции по организации и финансированию были переданы на еще более локальный уровень врачебных практик, хотя формально соответствующие ресурсы оставались под контролем трастов.

Таким образом, в системе здравоохранения Соединенного Королевства можно наблюдать один из вариантов реализации системы полного фондодержания, когда бюджетная модель финансирования здравоохранения сочетается с фактически полной автономией поставщиков медицинских услуг. Последние наделены полным спектром полномочий как по организации предоставления медицинской помощи, так и по использованию ресурсов здравоохранения. При этом непосредственной задачей трастов является максимальный учет потребностей обслуживаемого населения, обеспечение удовлетворенности пациентов медицинскими услугами надлежащего качества и организация на основе этого планирования объемов медицинской помощи.

Механизм оплаты деятельности врачей первичного звена организован следующим образом. Большую часть совокупного дохода поставщика составляет оплата по дифференцированному подушевому нормативу. Помимо расходов на первичную медицинскую помощь, оказываемую соответствующей практикой, подушевой норматив включает также расходы на оплату внешних услуг, в том числе специализированной медицинской помощи. При этом соответствующая практика выполняет функции как по организации оказания, так и по финансированию внешних услуг. Таким образом формируется до 50% совокупного дохода поставщика. Оставшаяся часть доходов включает средства, получаемые от оплаты отдельных услуг по фактическим объемам, выплат на ведение дела, а также выплат за достижение целевых показателей деятельности.

Отдельно следует обратить внимание на набор услуг, не включаемых в подушевой норматив в рассмотренных странах и оплачиваемых отдельно. Среди таких услуг целесообразно выделить 2 основных группы. Первая – услуги, которые сложно поддаются нормированию в рамках подушевого норматива: посещения не прикрепленных к врачу пациентов (Венгрия), «сверхнормативные услуги», включающие посещения на дому, работу в ночное время и сверхурочную работу (Нидерланды, Соединенное Королевство, Чехия, Швеция). Вторая группа – это услуги, расширение спектра которых в первичном звене может способствовать клинически обоснованному сокращению объемов специализированной медицинской помощи и расходов на ее оказание: отельные дорогостоящие методы исследований (Словакия, Эстония), амбулаторная хирургия (Италия, Словакия), мероприятия профилактического характера (Италия, Чехия). Выделение таких услуг из состава подушевого норматива препятствует сдерживанию объемов их предоставления, что может способствовать поддержанию социальной ориентированности систем здравоохранения и беспрепятственного доступа граждан к медицинской помощи. Пропорции соотношения различных схем оплаты первичной медицинской помощи варьируются как по странам, так и на субстрановом уровне.

Другим важным элементом системы подушевой оплаты являются используемые при расчете подушевых нормативов факторы дифференциации, позволяющие учесть возможные риски, связанные, прежде всего, с различным уровнем потребления медицинской помощи разными группами населения. В качестве основного фактора дифференциации в большинстве стран данной группы используется возрастная структура обслуживаемого соответствующей врачебной практикой населения (Венгрия, Нидерланды, Словакия, Соединенное Королевство, Чехия, Эстония). Кроме того, отдельные страны используют другие критерии дифференциации: уровень благосостояния населения на обслуживаемой территории (Нидерланды, Соединенное Королевство), уровень потребления обслуживаемым населением определенных групп медикаментов в предыдущие периоды как фактор идентификации хронических больных (экспериментально в отдельных регионах Чехии), квалификация соответствующего врача (Венгрия), его стаж (Италия). В последних двух случаях подразумевается дифференциация нормативов исходя из параметров, характеризующих потребность в медицинской помощи в зависимости от навыков соответствующего врача.

Системы оплаты за результаты деятельности

Важным элементом модели оплаты медицинской помощи является система оценки деятельности врачей и выплат за достижение соответствующих результатов. Задачей подобной системы является, с одной стороны, стимулирование поставщиков услуг к реализации приоритетов государственной политики по определенному набору параметров и, с другой – осуществление мони-

торинга деятельности соответствующих специалистов с позиции соответствия их деятельности задачам системы здравоохранения в целом, включая, прежде всего, оценку качества предоставляемой помощи.

Набор показателей деятельности, оцениваемых в рамках таких систем, в целях повышения эффективности и достоверности оценки должен учитывать различные аспекты деятельности и включать как субъективные (прежде всего, основанные на мнении либо удовлетворенности пациента), так и объективные (клинические показатели, характеризующие как процесс – выполнение определенных манипуляций, так и результат деятельности – снижение уровня заболеваемости по соответствующим профилям) индикаторы. При этом возможны различные подходы к оценке результативности деятельности поставщика:

- оценка абсолютных результатов деятельности по конкретному поставщику (уровень достижения соответствующего показателя – например, выполнение плана иммунизации населения, обеспечение целевого уровня охвата населения диагностическими процедурами и т.д.);

- оценка динамики абсолютных результатов деятельности по конкретному поставщику (например, снижение заболеваемости обслуживаемого населения по определенному профилю, сокращение числа случаев хронизации определенного заболевания и т.д.);

- относительная оценка результатов деятельности по соответствующему поставщику, учитывающая результаты других поставщиков (например, входение в определенный процент медицинских организаций, обеспечивших наибольший уровень достижения соответствующего показателя);

- относительная оценка динамики результатов деятельности по соответствующему поставщику, учитывающая результаты других поставщиков (например, входение в определенный процент медицинских организаций, обеспечивших наилучшую динамику по соответствующему показателю).

Преимущество первых двух подходов – большая прозрачность оценки, обусловленная наличием четко установленных критериев оценки. В то же время, основным недостатком подобных подходов является то, что они не учитывают изначальные различия между поставщиками в части достижения целевых показателей – в итоге «более результативные» поставщики получают преимущество перед «менее результативными», что может быть расценено последними как проявление несправедливости.

Основным аргументом в пользу относительной оценки является формирование стимулов к непрерывному совершенствованию собственной деятельности и поддержанию ее качества, так как при таком подходе принцип оценки подразумевает сопоставление результатов по различным поставщикам и поощрение наиболее результативных на фоне остальных. Однако отсюда же сле-

дует и главный недостаток подобного подхода – низкая прозрачность оценки ввиду отсутствия четких критериев для отдельно взятого поставщика, а также большой уровень издержек, связанных с проведением оценки.

На практике, при формировании системы оценки деятельности поставщиков в целях нейтрализации отмеченных недостатков различных подходов к оценке могут использоваться их комбинации – в зависимости от характера оцениваемых параметров, а также их приоритетности. При этом конкретный перечень показателей оценки следует определять с учетом рисков недобросовестного поведения поставщика в ответ на их установление. Последнее может проявляться в виде отбора пациентов с низким уровнем медицинских рисков либо манипулирования показателями оценки (в целях улучшения статистики по соответствующему поставщику), снижения результативности деятельности по направлениям, не оцениваемым в рамках соответствующих систем, и т.д.

В качестве механизмов стимулирования могут рассматриваться как возможность получения дополнительного дохода в случае достижения установленных целевых показателей, так и штрафные санкции в противном случае либо комбинация указанных механизмов. В то же время, из-за высокого риска негативной реакции поставщиков и формирования стимулов к оппортунистическому поведению штрафные санкции практически не используются в системах оплаты за результат западных стран [11].

Направления деятельности поставщиков, чаще всего подвергаемые оценке – качество и результаты клинической деятельности, в том числе соблюдение клинических стандартов медицинской помощи (встречается во всех подобных системах), удовлетворенность пациентов и доступность предоставляемых услуг, финансово-экономические характеристики деятельности, а также реализация мер, направленных на повышение эффективности текущей деятельности (внедрение электронного документооборота, регулярное повышение квалификации и т.п.) [11].

Условиями эффективной реализации подобных систем являются обеспечение простоты сбора информации по показателям, прозрачность методологии ее обработки и возможность однозначной трактовки получаемых результатов, что способствует повышению объективности оценки и максимальному снижению вероятности риска «работы на показатели».

Подобные системы могут использоваться в рамках различных систем оплаты медицинской помощи. Однако в рамках моделей подушевой оплаты такая система может выступать в качестве инструмента нейтрализации риска необоснованного занижения объемов предоставления медицинской помощи [1], а также в определенной степени – в качестве инструмента стимулирования и оценки результатов профилактической деятельности первичного звена и его взаимодействия с иными медицинскими службами. Среди рассмотренных выше стран, реализующих модель подушевой оплаты первичной ме-

дицинской помощи, системы выплат за достижение результатов в настоящее время используются в Соединенном Королевстве, Швеции и Эстонии.

Так, в Соединенном Королевстве размер оплаты за результат определяется исходя из степени достижения перечня установленных целевых индикаторов, определяющей сумму начисляемых соответствующей врачебной практике баллов. При этом наблюдается сочетание абсолютной оценки (степень достижения установленных показателей) и относительной (стоимость одного балла и, как следствие, размер дополнительного вознаграждения определяется с учетом общей суммы баллов, набранных всеми поставщиками на соответствующей территории).

Определение конкретных критериев осуществления выплат, а также мониторинг представляемых поставщиками данных по соответствующим показателям осуществляется трастами первичной медицинской помощи, с которыми взаимодействуют поставщики. Система показателей включает 4 основных раздела, в рамках которых посредством начисления баллов осуществляется оценка:

- 86 индикаторов соблюдения клинических стандартов по соответствующим профилям заболеваний – по данным за 2009-2010 гг. до 69,7% от максимальной суммы баллов;

- 36 индикаторов соблюдения организационных стандартов (информационное сопровождение деятельности, вопросы образования и повышения/поддержания квалификации, система менеджмента в рамках соответствующей практики и т.д.) – по данным за 2009-2010 гг. до 16,8% от максимальной суммы баллов;

- 3 индикатора, характеризующие удовлетворенность пациентов оказываемыми услугами и процессом их оказания, а также их вовлеченность в программы повышения качества услуг – по данным за 2009-2010 гг. до 9,2% от максимальной суммы баллов;

- 9 индикаторов, характеризующих оказание дополнительных услуг (цервикальный скрининг, поддержание здоровья матери и ребенка, а также котрацептивные услуги) - по данным за 2009-2010 гг. до 4,3% от максимальной суммы баллов.

Максимально возможная сумма баллов – 1000. По оценкам, в 2006-2007 гг. средневзвешенная, исходя из распределения численности населения, стоимость одного балла составила около 125 фунтов стерлингов. Хотя подобная система способствовала улучшению показателей здоровья населения, а также показателей деятельности системы здравоохранения в целом, в ходе ее реализации общие затраты на здравоохранение существенно возросли.

В целом, аналогичным образом организована внедренная в 2006 г. система оценки деятельности поставщиков услуг на основе набора целевых индикаторов в Эстонии. На момент ее внедрения система являлась единственным в стране инструментом мониторинга качества деятельности врачей первичного звена. Организационные особенности реализации системы определяются на

федеральном уровне представителями национального фонда медицинского страхования и эстонской ассоциации семейных врачей. Достижение показателей фиксируется начислением поставщику услуг соответствующей суммы баллов. Система показателей включает 45 индикаторов, объединенных в 3 основных блока, в рамках которых оценивается деятельность по профилактике заболеваний, ведению хронических больных и иные виды деятельности. Достижение определенного показателя означает начисление максимальной суммы баллов, соответствующей данному показателю – в противном случае баллы не начисляются. Собственно выплата осуществляется при достижении соответствующим врачом не менее 80% индикаторов. По состоянию на 2010 г. в реализации системы участвует до 90% семейных врачей, максимальный размер выплаты по всем блокам составляет 3 835 евро в год или в среднем до 4,5% совокупного дохода врача. При этом, в отличие от Соединенного Королевства, в Эстонии расходы, связанные с реализацией данной системы, сохраняются на относительно небольшом уровне – в пределах 1% совокупного бюджета первичного звена – хотя в настоящее время обсуждается возможность расширения системы посредством включения в нее дополнительных показателей и соответствующего расширения перечня выплат, что может способствовать увеличению расходов.

В Швеции в рамках используемой системы оплаты за результат отслеживается уровень достижения нескольких (не более 20) целевых показателей, характеризующих доступность услуг поставщика для пациентов (размер листов ожидания) и их удовлетворенность этими услугами, организацию профилактических мероприятий, ведение хронических больных, соблюдение рекомендаций в части применения и выписки лекарственных препаратов и т.д. При этом удельный вес выплат, получаемых в рамках данной системы, невелик и не превышает 2–3% от совокупного дохода.

Практика оплаты за достижение результатов может использоваться и в странах, реализующих преимущественно ретроспективный принцип возмещения расходов медицинских организаций. Примером среди рассмотренных выше стран является подобная система во Франции. Следует отметить, что данная система явилась логическим продолжением введенной ранее системы выплат на подушевой основе в рамках «модели предпочитаемого врача» и предполагает осуществление выплат, размер которых определяется в соответствии с численностью обслуживаемого населения, а также степенью достижения определенных целевых показателей, в случае заключения врачом соответствующего контракта. Система является добровольной, основной ее задачей является обеспечение мотивации врача к проведению эффективных профилактических мероприятий, ведению хронических больных, выписке более дешевых препаратов-дженериков и т.д. В конечном итоге врач может претендовать на дополнительное финансирование в сумме

до 7000 евро в год при обслуживании более 1200 пациентов и достижении более 85% целевых индикаторов.

Особенности организации систем предоставления первичной медицинской помощи

Различные аспекты организации системы предоставления медицинской помощи в числе прочего могут определять результативность мотивационных механизмов, заложенных в соответствующих системах оплаты данной помощи.

В частности, одной из задач врача первичного звена, особенно при наличии системы прикреплений к нему, является обеспечение интеграции системы здравоохранения посредством осуществления непрерывного наблюдения обслуживаемого населения, аккумуляции и при необходимости предоставления соответствующей информации, а также координации оказания медицинской помощи иными медицинскими службами. На основе такой модели организации первичной медицинской помощи может быть обеспечено более раннее выявление заболеваний, снижение потребности населения в специализированной медицинской помощи и соответствующее снижение затрат на здравоохранение и впоследствии – улучшение показателей здоровья населения. Обоснование такой модели является последовательной линией в деятельности ВОЗ и других международных организаций [2].

Доступ к услугам узких специалистов (в рамках системы бесплатного оказания медицинской помощи) может осуществляться только по направлению врача первичного звена в отношении любых услуг узких специалистов. Такого рода система действует в Испании, Италии, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Соединенном Королевстве, Финляндии, Эстонии. В то же время, в некоторых из указанных стран в настоящее время прорабатываются вопросы облегчения доступа к услугам отдельных узких специалистов.

Например, в Соединенном Королевстве врачи первичного звена являются интегрирующим элементом системы здравоохранения и выполняют функции диспетчера оказания специализированной медицинской помощи обслуживаемому населению. Соответственно, до последнего времени получение специализированной медицинской помощи (за исключением неотложной) было возможно только по направлению курирующего врача. Однако в настоящее время наблюдается тенденция к упрощению доступа населения к некоторым медицинским услугам (например, услугам врача-окулиста). В системе здравоохранения Нидерландов врачи первичного звена также являются диспетчерами оказания специализированной медицинской помощи прикрепленному населению. В то же время, как и в предыдущем случае, со временем сформировалась тенденция к снятию ограничений, связанных с получением некоторых видов услуг, например, с 2006 г. был упрощен доступ к физиотерапевтической помощи.

Другой моделью организации доступа к узким специалистам является выведение из системы обязательных

направлений отдельных услуг в рамках специализированной медицинской помощи. В частности, в Дании из системы обязательных направлений выведены услуги ЛОР-врачей, стоматологов, офтальмологов. Имея направление на получение специализированной медицинской помощи, пациент вправе выбирать соответствующего поставщика услуг. Так как часть ресурсов поставщики первичной медицинской помощи получают по числу оказанных услуг, для них имеется стимул к лечению пациента собственными силами в случаях, когда это клинически оправдано. Однако при этом эффективность взаимодействия между первичным и специализированным секторами медицинской помощи снижается, и, как следствие, не обеспечивается принцип преемственности при оказании медицинской помощи пациенту. В настоящее время предпринимаются попытки решения этой проблемы, в том числе, посредством внедрения системы управления хроническим заболеваниями, а также организации консультаций с пациентами с целью контроля их маршрутов при получении специализированной помощи (contact personal arrangements). В Венгрии система обязательных направлений не распространяется на услуги дерматологов, ЛОР-врачей, гинекологов, хирургов общего профиля, травматологов, офтальмологов, онкологов, урологов и психиатров. Подобное обилие исключений обусловлено, прежде всего, недостаточной квалификацией врачей общей практики, а также унаследованной от советской системы чрезмерной специализацией первичной медицинской помощи [2]. В отдельных случаях система обязательных направлений в основном затрагивает медицинскую помощь, оказываемую в плановой форме в стационаре. Подобная система характерна для Словакии, Швейцарии и Швеции. Так, в последнем случае, хотя и существует система прикрепления к врачу, координация оказания специализированной медицинской помощи населению не является его функцией – пациент имеет самостоятельный беспрепятственный доступ к получению значительного количества медицинских услуг. При этом задачей первичного звена является лишь предоставление стандартных медицинских услуг, для которых не требуются особые медицинские оборудование и квалификация.

Наконец, возможной моделью доступа к услугам узких специалистов может являться свободное обращение без направления врача. Такого рода система действует в странах, не предусматривающих обязательного прикрепления к определенному врачу – Бельгия, Германия, Франция и Чехия.

При этом в Германии и Чехии прикрепление к врачу и, как следствие, доступ к специализированной медицинской помощи через систему направлений иногда реализуются на добровольной основе в качестве меры по обеспечению преемственности и непрерывности наблюдения пациента. При этом интересен опыт Германии, где в качестве механизма привлечения людей к использованию такой системы больничные кассы предлагают скид-

ки на платежи за посещение врачей для тех застрахованных, которые прикрепилась к определенному врачу и получают специализированную медицинскую помощь по его направлению.

Во Франции, начиная с 1998 г., также предпринимаются попытки по повышению роли врачей первичного звена и наделению их функцией диспетчера. Первая подобная попытка была реализована с появлением категории «назначающего регулярного врача». Предложенная схема заключалась в следующем: участвующие врачи общей практики заключали индивидуальные контракты с пациентами, в соответствии с которыми последние обязывались посещать врача в случае потребности в медицинской помощи. В свою очередь, врач общей практики за дополнительную выплату, рассчитываемую на подушевой основе, обязывался придерживаться установленных договором цен и системы гарантий третьей стороны при оплате медицинской помощи (third-party payment system), вести медицинскую документацию прикрепившихся пациентов, участвовать в государственных профилактических программах, выписывать более дешевые лекарственные препараты, а также соблюдать установленные требования к ведению практики. Подобная схема не снискала достаточной поддержки – в ее реализации участвовали лишь 10% поставщиков и 1% пациентов. Впоследствии рассмотренная система была упразднена, взамен была внедрена новая, основанная на «модели предпочитаемого врача». В рамках новой системы пациент выбирал для себя врача-диспетчера, задачей которого становилась координация предоставления медицинской помощи (за исключением ряда установленных видов услуг, право на непосредственное получение которых оставалось за пациентом). Указанная система подкреплялась финансовым мотивом для пациента: если он не соблюдал условия направлений либо не выбрал врача, либо не пользовался услугами выбранного врача, размер оплаты медицинской помощи за счет средств системы медицинского страхования для данного пациента существенно снижался. Для поставщиков была установлена компенсация на основе подушевого норматива лишь в случае ведения хронических больных. В результате к началу 2006 г. 80% пациентов выбрали «предпочитаемого врача» – система оправдала себя с точки зрения повышения уровня интеграции здравоохранения в части предоставления медицинской помощи и, как следствие, качества услуг. В то же время, финансовые выгоды от данной системы вызывают сомнения.

Значение зарубежного опыта для российской системы обязательного медицинского страхования

Существующая практика использования моделей подушевой оплаты в отдельных регионах РФ подтверждает возможность адаптации зарубежного опыта подушевой оплаты первичной медицинской помощи в нашей стране. Модель подушевой оплаты, основанная на представленных характеристиках аналогичных зарубежных моделей, в целом соответствует требованиям российского зако-

нодательства. В то же время при ее реализации следует учитывать ряд особенностей отечественного сектора здравоохранения.

Во-первых, в России поставщиками первичной медицинской помощи чаще всего являются многопрофильные поликлиники, включающие помимо врачей первичного звена определенный перечень узких специалистов (что достаточно редко встречается в зарубежной практике). Таким образом, в составе расходов, включаемых в подушевой норматив на собственную деятельность соответствующей поликлиники, целесообразно учитывать расходы на медицинскую помощь, оказываемую соответствующими узкими специалистами. При этом часть этих расходов может быть непосредственно погружена в подушевой норматив, тогда как некоторые услуги в целях поддержания их доступности целесообразно оплачивать по фактическим объемам их предоставления. В последнем случае, речь идет об услугах, сложно поддающихся нормированию («сверхнормативные» услуги для прикрепленного населения, обслуживание неприкрепленного населения и т.п.) либо способных обеспечить клинически обоснованное снижение объемов специализированной помощи, оказываемой в стационарных условиях (амбулаторная хирургия, мероприятия профилактического характера, в том числе, включающие дорогостоящие исследования и обследования и т.д.).

Во-вторых, инструменты управления объемами и структурой медицинской помощи со стороны врачей первичного звена, на основе которых реализуется их координирующая функция, также на сегодняшний день развиты относительно слабо. В частности, хотя необходимость прикрепления к определенному врачу первичного звена предусмотрена законодательством об обязательном медицинском страховании, фактически соответствующий врач не всегда имеет возможность реализации функции по непрерывному наблюдению прикрепленного контингента. Системы направлений на получение помощи, оказываемой узкими специалистами в амбулаторном звене, а также плановой специализированной медицинской помощи используются не во всех субъектах Российской Федерации и зачастую носят формальный характер – как следствие, доля обращений за соответствующими видами медицинской помощи, минуя врача первичного звена, по-прежнему остается достаточно высокой, что затрудняет реализацию координирующей функции последнего. В то же время реализация модели подушевой оплаты амбулаторно-поликлинической помощи потребует усиления вышеназванных инструментов управления объемами медицинской помощи, оказываемой обслуживаемому населению иными медицинскими службами, в целях обеспечения координации деятельности таких служб.

По мере накопления опыта использования моделей подушевой оплаты, а также отработки механизмов межучрежденческого взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования (в том числе в части усиления

системы направлений) в целях усиления экономической мотивации поставщиков услуг возможно расширение таких моделей. При этом в состав расходов, учитываемых в рамках подушевого норматива, могут быть на начальном этапе включены расходы на внешние амбулаторно-поликлинические услуги (частичное фондодержание), а впоследствии – на специализированную и иные виды медицинской помощи, оказываемой в других организациях (полное фондодержание). Соответствующие модели могут обеспечить стимулы к организации непрерывного наблюдения пациентов, профилактике и раннему выявлению тяжелых и хронических заболеваний, расширению объемов помощи, оказываемой в рамках первичного звена, а также усилению его координирующей роли, на основе чего может быть достигнута оптимизация объемов медицинской помощи, оказываемой обслуживаемому населению на всех уровнях. Однако даже наиболее простая модель подушевой оплаты (на собственную деятельность поставщика) предполагает риски снижения доступности и качества предоставляемых услуг, которые усиливаются в рамках моделей фондодержания [1].

Одним из эффективных инструментов нейтрализации такого рода рисков является внедрение системы оценки деятельности поставщиков и оплаты за достижение целевых результатов. Исходя из зарубежной практики, такая система помимо стимулирования деятельности поставщиков по приоритетным направлениям может играть роль инструмента контроля качества оказываемой помощи, а также недопущения необоснованного сдерживания ее объемов. При разработке такой системы целесообразно учитывать различные аспекты деятельности поставщиков (хотя наиболее важным из них, исходя из рассмотренных выше примеров аналогичных систем, является клиническая деятельность) на основе комплекса различных показателей. На начальных этапах целесообразно использовать ограниченный перечень показателей, который по мере отработки систем сбора данных и методологии их учета может быть расширен. Методология сбора необходимой информации должна быть прозрачной для всех участников системы, а также обеспечивать однозначность и достоверность оценки.

Таким образом, широкое внедрение в субъектах Российской Федерации моделей подушевой оплаты амбулаторно-поликлинической помощи потребует детальной проработки их отдельных элементов и формирования соответствующих стимулов в рамках системы в целом. Подобные модели (особенно в их расширенном варианте – фондодержание) обладают значительным потенциалом обеспечения структурных преобразований здравоохранения, что является крайне важным и актуальным в условиях нашей страны и тем самым оправдывает расширение спектра использования таких моделей в нашей стране.

Литература

1. Ахметзянов А. Р., Шейман И. М. Модернизация способов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 5. – С. 30-39.
2. Расширение потребительского выбора в здравоохранении: теория, практика, перспективы / Отв. ред.: С. В. Шишкин, И. М. Шейман. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ. – 2012.
3. Реформирование системы оплаты медицинской помощи / Под ред. Шеймана И. М., Исаковой Л. Е. — Кемерово: СибформС, 2002. – Т. 1.
4. Anell A., Glenngard A.H., Merkur S. Sweden: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2012.
5. Barros P., Machado S., Simoes J. Portugal: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2011.
6. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2011.
7. Bryndova L., Pavlova K., Roubal T., Rokosova M., Gaskins M., van Ginneken E. Czech Republic: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2009.
8. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany / WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
9. Chevrel K., Durand-Zaleski I., Bahrami S., Hernández-Quevedo C., Mladovsky P. France: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2010.
10. Davidson S.M., Manheim L.M., Werner S.M., Hohlen M.M., Yudkowsky B.K., Fleming G.V. Prepayment with Office-based Physicians in Publicly Funded Programs: Results from the Children's Medicaid Program // Pediatrics. – Vol. 89, № 4 (1992), P. 761-767.
11. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay-for-performance programs // European Journal of Health Economics. – № 14(1). – P. 117-131.
12. Gaal P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D. Hungary: Health system Review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2011.
13. Garcia-Armesto S., Abadia-Taira M.B., Duran A., Hernandez-Quevedo C., Bernal-Delgado E. Spain: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2010.
14. Gerkens S., Merkur S. Belgium: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2010.
15. Health at a Glance 2013: OECD Indicators / OECD Publishing, 2013.
16. Health care systems in transition: Luxembourg / WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 1999.
17. Health care systems in transition: Switzerland / WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2000.
18. Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken E. Estonia: Health system review / Health Systems in Transition,

- European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2013.
19. Lo Scalzo A., Donatini A., Orzella L., Cicchetti A., Profili S., Maresso A. Italy: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2009.
 20. Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjøbing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernandez-Quevedo C. Denmark: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2012.
 21. Paris V. Devaux M. Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries / OECD Health Working Papers.– 2010.– № 50, OECD Publishing.– P. 33-35
 22. Ringard A., Sagan A., SperreSaunes I., Lindahl A.K. Norway: Health system Review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2013.
 23. Schafer W., Kroneman M., Boerma W., Van Den Berg M., Westert G., Deville W. Van Ginneken E. The Netherlands: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2010.
 24. Surender R., Bradlow J., Coulter A., Doll H., Brown S.S. Prospective Study Of Trends In Referral Patterns In Fundholding And Non-Fundholding Practices In The Oxford Region // British Medical Journal.– Vol. 311, № 7014.– 1995.– P. 1205-1208.
 25. Szalay T., Pazitny P., Szalayova A., Frisova S., Morvay K., Petrovic M., van Ginneken E. Slovakia: Health system review/ Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2011.
 26. Vuorenkoski L., Mladovsky P., Mossialos E. Finland: Health system review / Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO. – The World Health Organization, 2008.

Для корреспонденции:

Ахметзянов Артур Рафисович – начальник отдела методологии тарифов и финансового взаимодействия в системе ОМС Финансово-экономического управления ФОМС, аспирант кафедры Управления и экономики здравоохранения факультета государственного и муниципального управления Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Адрес: г. Москва, ул. Новослободская, д.37

Телефон: (495) 987 0380 доб. 1135

E-mail: aakhmetzyanov@ffoms.ru

For correspondence:

Arthur R. Akhmetzyanov – Head of the Department of Methodology of Tariffs and Financial Interaction in the OMI System of Financial and Economic Management of the FOMI, Fellow of the Chair for Management and Economy of Public Health of the Faculty of State and Municipal Management of the National Research University "Higher School of Economics"

Address: Ul. Novoslobodskaya 37, Moscow,

Tel.: (495) 987 0380 add. 1135

E-mail: aakhmetzyanov@ffoms.ru

УДК 614.2

Об информационной безопасности – для всех. О некоторых отличиях и общих свойствах собственноручной и электронной подписи

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, при осуществлении обмена информацией в электронном виде. При организации в сфере ОМС взаимодействия в электронном виде внедряются такие информационные технологии

подписания электронных документов усиленной электронной подписью с применением сертификатов ключей проверки электронных подписей, которые позволяют признавать подписанные электронные документы равнозначными документам на бумажном носителе, подписанными собственноручной подписью.

Ключевые слова: сфера обязательного медицинского страхования, информационная безопасность, электронная подпись, собственноручная подпись, взаимодействие в электронном виде

Abstract

Information security for everybody.

Certain differences and general properties of the handwritten and electronic signatures

V.A. Poikhalo

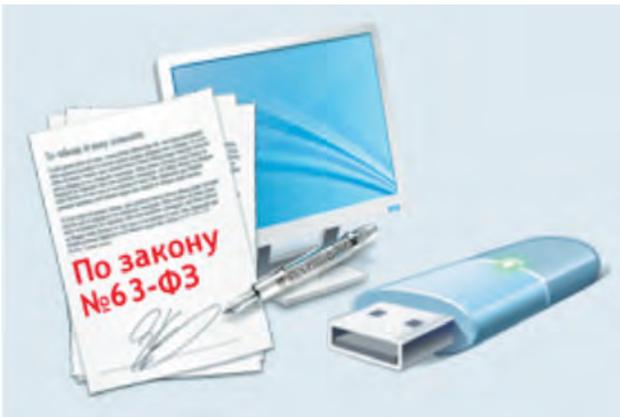
The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance

The leadership of the Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance and the Territorial Foundations of Obligatory Medical Insurance pays great attention to aspects of a protection of personal data of insured individuals and information on medical care provided to them, as well as other information of restricted access during the implementation of the information exchange in electronic form. In case of organization of interaction in electronic form in the OMI sphere there are introduced

such information technologies signing of electronic documents enhanced with electronic signature using key certificates validation of electronic signatures that allow you to recognize signed electronic documents that are equivalent to paper documents signed by a handwritten signature.

Key words: sphere of obligatory medical insurance, information security, electronic signature, hand-written signature, interaction in electronic form.

Публикацией данного материала мы продолжаем знакомить читателей журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» с вопросами обеспечения информационной безопасности в сфере ОМС. Наше внимание будет уделено усиленной электронной подписи, применяемой фондами обязательного медицинского страхования для защиты персональных данных застрахованных лиц и сведений об оказанной им медицинской помощи, а также других сведений ограниченного доступа, некоторым отличиям и общим свойствам собственноручной и электронной подписи, которые должны учитываться при организации взаимодействия в электронном виде между субъектами и участниками обязательного медицинского страхования, а также субъектов и участников обязательного медицинского страхования с другими сторонами электронного взаимодействия [1, 12-14, 16-18].



В качестве электронной подписи в данной статье будет рассматриваться только усиленная электронная подпись с применением сертификатов ключей проверки электронных подписей [2], если не будет сделано соответствующих оговорок.

Рассмотрим некоторые отличия и общие свойства собственноручной и электронной подписи, которые, по мнению автора, накладывают определенные требования на организацию взаимодействия в электронном виде в системе обязательного медицинского страхования [1].

Прежде всего, собственноручная подпись принадлежит конкретному человеку, если говорить образно, она все время находится при нем и, как утверждают специалисты по анализу почерка, в том числе по криминалистической экспертизе почерка, обладает свойствами устойчивости и индивидуальности, содержит отпечатки психофизиологических, характерологических, профессиональных, образовательных, интеллектуальных и иных качеств этого человека.

По этим особенностям мы с вами (точнее квалифицированный и обученный эксперт) практически безошибочно можем отличить собственноручные подписи разных людей.

Если определенный человек подписал собственноручной подписью документ, это дает возможность всем убедиться, что именно этот человек поставил на нем подпись. Но только в том случае, если мы ранее видели и запомнили собственноручную подпись этого человека.

В дальнейшем подписанный собственноручной подписью документ неотделим от самой подписи, и они, то есть содержание документа и собственноручная подпись лица, подписавшего документ, продолжают существовать совместно, неотделимо друг от друга. Более того, человек может даже закончить своё существование на земле, а его собственноручная подпись на документе будет свидетельствовать о его, документа, юридической значимости.

Отметим, что при определенных навыках чужую собственноручную подпись можно искусно подделать, успешно выдав подделку за подпись другого человека. И важно отметить, что приобрести такой, достаточно несложный, навык может любой человек за достаточно короткий срок.

Что касается (усиленной) электронной подписи, то она получается в результате некоторого криптографического преобразования информации с использованием ключа электронной подписи, которое может быть реализовано в качестве компьютерной программы [4-7]. Для её работы присутствие человека, которому принадлежит ключ электронной подписи, не является жёстким необходимым условием. Если компьютерная программа имеет доступ к ключу электронной подписи, то она самостоятельно может подписать электронный документ. В случае, если такая функция программы предусмотрена условиями функционирования информационной системы, то автоматически созданные электронные подписи признаются имеющими юридическую силу [2].

В случае хранения подписанного электронной подписью электронного документа или в случае его отправки адресату совсем необязательно размещать в одном месте подписанную электронную информацию и электронную подпись. Они вполне могут существовать порознь (например, в разных файлах).

В этом заключается одно из существенных отличий собственноручной и электронной подписей.

Следующее отличие заключается в том, что ключи электронной подписи, используемые в сфере ОМС, имеют ограниченный срок действия. Электронный документ, подписанный электронной подписью, созданной с помощью ключа электронной подписи, срок действия которого истек, признаётся нелегитимным и ни при каких условиях не может быть признан электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью.

Так же, как и собственноручная подпись, электронная подпись позволяет определить лицо, подписавшее электронный документ (лицо, которому принадлежит ключ электронной подписи). Но собственноручная подпись, как реквизит документа, не содержит информацию

ПРИНЦИП ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ

Подготовка ключей



Хеш-функция (Идентификатор документа, математически рассчитываемый на основании текста самого документа, позволяющий сравнивать документ на соответствие)

Подписание



Проверка





А.В. Шинкаренко, заместитель начальника Отдела информационной безопасности Федерального фонда ОМС, проверяет правильность выдачи ключа подписи

о подписанте (фамилию, имя, отчество, должность и другие сведения). Эта информация берётся лицом, принимающим документ к исполнению и/или к сведению, из собственной памяти или из других реквизитов документа и источников. В то же время, электронная подпись содержит информацию о подписанте. Данная информация записана в сертификате ключа проверки электронной подписи.

Однако в отличие от собственноручной подписи, электронную подпись подделать исключительно сложно. Так же как и автору [15], на момент написания данной статьи автору не были неизвестны случаи подделки электронной подписи, созданной в соответствии с российскими криптографическими стандартами.

Во многом благодаря этому свойству в сфере ОМС используются усиленные электронные подписи [1, 12-14].

Правильно оформленный документ, подписанный собственноручной подписью, сложно, но технически можно подделать, не оставив при этом следов изменений (например, осуществив его нотариальное заверение). Электронная подпись гарантированно, с уровнем гарантии равным гарантии невозможности подделки электронной подписи, позволяет обнаружить факт внесения изменений в электронный документ после мо-

мента его подписания [2]. Поэтому к электронному документу не применимы обычаи стилистических и грамматических правок после подписания, присущие бумажному документообороту и делопроизводству. Факт внесения изменений в подписанный электронной подписью электронный документ будет установлен при проверке электронной подписи.

Как мы уже отмечали, собственноручная подпись ставится на конкретном экземпляре документа и жестко привязана к носителю, который содержит подписанный документ. Все остальные экземпляры этого документа на других носителях являются копиями, подлинность которых согласно правилам делопроизводства необходимо заверять.

Электронная подпись ставится только под электронной информацией и не привязана к носителю. Поэтому подписанные электронной подписью электронные документы можно тиражировать, причем все полученные экземпляры будут являться экземплярами подлинника, то есть не будут отличаться друг от друга.

Более того, подписать электронный документ электронной подписью может не только владелец соответствующего ключа электронной подписи, но и другие лица, которым владелец или передал ключ электронной

подписи, или потерял его, или у него ключ электронной подписи украли, а нашедший пропал или совершивший кражу злоумышленник решил использовать чужой ключ в своих интересах.

Данное обстоятельство требует от работников сферы ОМС, деятельность которых связана с электронной подписью, постоянно осуществлять мероприятия по защите ключей электронной подписи от несанкционированного использования и подмены. Эти мероприятия должны охватывать весь жизненный цикл ключа электронной подписи, включая генерацию, распределение, хранение, использование и выведение из действия.

При этом необходимо выполнять все требования законодательства Российской Федерации [2, 3], нормативных документов ФСБ России [8-11], Федерального фонда и территориальных фондов обязательного медицинского страхования к организации функционирования Удостоверяющего центра и его компонентов.

На должности операторов удостоверяющего центра, участвующих в генерации и использовании ключей электронной подписи, должны назначаться заслуживающие доверия работники.

В случае выполнения регламентных или ремонтных работ на технике, связанной с использованием электронной подписи, необходимо организовать действенный непрерывный контроль за действиями работников своей или сторонней организации, допущенным к этим работам.

В сфере ОМС согласно принятым правилам ключевая информация для средств удостоверяющего центра должна записываться только на ключевые носители, для которых осуществляется позземплярный учет. Причём на специализированные защищённые ключевые носители, которые обеспечивают невозможность копирования с них ключа электронной подписи и осуществляют дополнительную аутентификацию владельца ключа по паролю при доступе средства электронной подписи к ключу.



Особое внимание и оперативность работникам сферы ОМС следует проявлять в случае возможной компрометации ключа электронной подписи, то есть события, при котором возможно несанкционированное использо-

вание злоумышленником ключа электронной подписи, предназначенного для создания электронной подписи. В случае признания факта компрометации ключа его не только нельзя больше использовать, но и необходимо провести доказательство того, что подписанные ранее с помощью этого ключа электронные документы были подписаны до наступления момента компрометации ключа электронной подписи.

В противном случае электронный документ, подписанный электронной подписью, созданной с помощью скомпрометированного ключа электронной подписи, нельзя будет признавать электронным документом, равнозначным документу на бумажном носителе, подписанному собственноручной подписью [2].

Необходимо также четко контролировать срок действия ключевой информации. После окончания данного срока использование ключевой информации признается нелегитимным.

Что же касается вопроса, является ли электронная подпись полноценной заменой (аналогом) собственноручной подписи в случаях, предусмотренных законом, то как видно из рассмотренного материала, все зависит от того, какие задачи мы решаем в каждом конкретном случае и какие результаты получаем.

Если собственноручная подпись принадлежит конкретному человеку, то и ключ электронной подписи, с помощью которой получается электронная подпись, являющаяся аналогом данной собственноручной подписи, должна выдаваться именно этому человеку. В том числе и по этой причине в сфере ОМС ключевая информация выдаётся конкретному работнику под роспись на зарегистрированном в соответствии с требованиями Положения ПКЗ-2005 [10] ключевом носителе.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон Российской Федерации от 25.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
3. Федеральный закон Российской Федерации от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».
4. Игоничкина Е.В. Анализ алгоритмов электронной цифровой подписи. Томский государственный университет систем управления и радиоэлектроники (ТУСУР). <http://security.ase.md/publ/ru/pubru86/>.
5. Романец Ю.В., Тимофеев П.А., Шаньгин В.Ф. Защита информации в компьютерных системах и сетях. – М.: Радио и связь, 2001.
6. Шнайер Б. Прикладная криптография. Протоколы, алгоритмы, исходные тексты на языке Си. – М.: ТРИУМФ, 2002.
7. Черемушкин А.В. О содержании понятия «электронная подпись». – Прикладная дискретная математика. – 2012. – № 3 (17).
8. Приказ ФСБ России № 796 от 27.12.2011 «Об утверждении Требований к средствам электронной подписи и Требования к средствам удостоверяющего центра». (Зарегистрировано в Минюсте России 09 февраля 2012, регистрационный № 23041).
9. Приказ ФСБ России № 795 от 27.12.2011 «Об утверждении Требований к форме квалифицированного сертификата ключа

- проверки электронной подписи». (Зарегистрировано в Минюсте России 09 февраля 2012, регистрационный № 23191).
10. Положения о разработке, производстве, реализации и эксплуатации шифровальных (криптографических) средств защиты информации с ограниченным доступом, не содержащей сведений, составляющих государственную тайну (Положение ПКЗ-2005). Утверждено приказом ФСБ России от 09.02.2005 № 66. (Зарегистрировано в Минюсте России 03 марта 2005, регистрационный № 6382) (с изменениями, внесёнными приказом ФСБ России от 09.04.2010 № 173 (зарегистрировано в Минюсте России 25 мая 2010, регистрационный № 17350)).
 11. Методические рекомендации по обеспечению с помощью криптосредств безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств автоматизации. Утверждены руководством 8 Центра ФСБ России 21.02.2008, № 149/54-144.
 12. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».
 13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте России 3 марта 2011, регистрационный № 19998).
 14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования (Зарегистрировано в Минюсте России 8 февраля 2011, регистрационный № 19742).
 15. Пазизин С. Преимущества электронной цифровой подписи и её отличия от собственноручной подписи. – Банковские технологии. – 2010. – № 10.
 16. Стадченко Н.Н., Шмыгленко Л.Н. Развитие информационных технологий в системе ОМС на территории Краснодарского края. – Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2011. – № 2. – С. 60–62.
 17. Нечепоренко Ю.А. Как система электронного документооборота, так и персонал федерального и территориальных фондов готовы к выполнению новых правил обязательного медицинского страхования. – «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации». – 2011. – № 3. – С. 17–19.
 18. Поихало В.А. Об информационной безопасности - для всех. Некоторые аспекты применения электронной подписи в сфере обязательного медицинского страхования. – Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 6. – С. 58–62.

Для корреспонденции:

Поихало Владимир Андреевич – канд. тех. наук, доцент, начальник Отдела информационной безопасности Федерального фонда обязательного медицинского страхования
 E-mail: poihtvlad@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: poihtvlad@ffoms.ru, Tel.: 8496 987 03 80, add. tel. 1591
 Address: Moscow, Ul. Novoslobodskaya 37, GPS-4, 127994

УДК 614.2

Особенности регионального использования клинико-статистических групп заболеваний

И.П. Черноношкина

Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Тверской области



И.П. Черноношкина

Резюме

Для формирования стационарной сети в России в XX веке применялся норматив обеспеченности койками на 10 000 населения, а финансирование осуществлялось по смете расходов, которая формировалась исходя из числа коек и их назначения. При переходе на страховые принципы финансирования отечественного здравоохранения использовались традиционные методы планирования стационарной сети с заменой числа коек на количество койко-дней. Развитие медицины и российского здравоохранения в XXI веке изменяет многие традиционные подходы к организации медицинской помощи, выстраивая трехуровневую систему оказания медицинской помощи и перенося

основную нагрузку по лечению и профилактике заболеваний на первичное звено, ориентируя стационар на повышение технологической сложности и интенсивности лечебного процесса. Что в свою очередь требует пересмотра подходов к планированию и оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. В статье рассмотрен опыт внедрения клинико-статистических групп заболеваний для повышения эффективности оплаты и планирования стационарной помощи в условиях баланса финансовых ресурсов системы ОМС.

Ключевые слова: КСГ, стандарты, средняя длительность, стационарная помощь, дневные стационары.

Abstract

Features of a regional use of clinical statistical groups of diseases

I.P. Chernonoshkina

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Tver region

The standard of the availability of beds per 10 000 population was used in Russia in the 20th century for a formation of a hospital network, and its funding was provided according to the estimate of expenditures, which was formed based on the number of beds and their purpose. Traditional planning methods of hospital network were used, with the replacement of the number of beds in the number of bed-days during the transition to insurance principles of financing of national health care. The development of medicine and the Russian health care in the 21st century changes many traditional approaches to the organization of medical aid, building a three-level

system of medical care and carrying the main burden of treatment and disease prevention to the primary health care, focusing the hospitals at an increase in the technological complexity and intensity of the treatment process. This in turn requires a revision of approaches to planning and payment of medical care provided in a hospital. The article considers the experience in introduction of clinical statistical groups of diseases to improve the efficiency of payment and planning of inpatient care in the conditions of balance in financial resources of the OMI system.

Key words: clinical statistical groups, standards, average duration, in-patient care, day hospitals.

Объективная необходимость совершенствования страхового законодательства была обусловлена результатами реформирования здравоохранения, начавшегося в нашей стране в 1991 году. К 2005 году, несмотря на рост национальной экономики и укрепление российской государственности, региональные различия в организации и финансировании здравоохранения не позволяли обеспечить одинаковый уровень государственных гарантий в сфере медицинских услуг населению субъектов федерации. Подушевое финансирование государственных гарантий и программы ОМС отличались в разы, финансовые ресурсы здравоохранения были расщеплены по нескольким источникам, организация и финансирование медицинской помощи осуществлялась по различным региональным схемам. Без изменения нормативной базы здравоохранения, централизации финансовых ресурсов и методической упорядоченности и идентичности процессов планирования и оплаты невозможно было преодолеть отставание уровня индивидуального и общественного здоровья в России от большинства других экономически развитых стран.

Принятие двух федеральных законов «Об основах охраны здоровья граждан» [1] и «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [2] положило начало процессам проведения единой для всех субъектов России политики развития, оптимизации и финансового обеспечения здравоохранения. Единственной целью которого является сохранение и приумножение «человеческого» капитала, за счет обеспечения населения бесплатной, качественной и доступной медицинской помощью. Единые правовые, организационные и финансово-экономические принципы, установленные на федеральном уровне, обеспечивают сопоставимость и управляемость здравоохранением субъектов федерации. Объемно-технологическую основу составляют утвержденные на уровне федерации финансовые и объемные нормативы потребления медицинской помощи по условиям предоставления, а также порядки и стандарты её оказания. Являясь платформой приведения здравоохранения каждого субъекта к базовому уровню, данные нормативы являются «средними», требующими объективного учета региональной специфики и обоснованной корректировки.

По сути, данный базовый уровень можно рассматривать как отраслевой стандарт по обеспечению населения доступной и качественной медицинской помощью, любые изменения которого требуют единого методологического обоснования.

Для успешной реализации государственных гарантий в сфере медицинских услуг существенную роль играют способы оплаты медицинской помощи, которые могут стимулировать развитие системы при их правильном выборе.

Единообразные подходы к выбору способа оплаты медицинской помощи в стационаре (дневном стационаре) были определены базовой программой ОМС на

2013 г. и уточнены в 2014 г. Единственным разрешенным способом оплаты стала оплата по «законченному» случаю лечения с использованием групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ).

В Тверской области первый опыт использования «законченного» случая лечения в стационаре был получен в 2011–2012 гг., в процессе реализации программы модернизации здравоохранения. Было внедрено более 30 стандартов оказания медицинской помощи по наиболее проблемным профилям и заболеваниям, в наибольшей степени влияющих на демографическую ситуацию в регионе.

Дальнейшее развитие данный способ оплаты получил в 2013 году, когда для оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи были использованы клинко-статистические группы болезней – **КСГ-РФ**²⁰¹³.

Основой для их применения стали разработанные Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, рекомендации «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)» [3]. В них был учтен международный и отечественный опыт по финансированию стационарной медицинской помощи, и были предложены практические решения, позволяющие дифференцировать финансирование в зависимости от заболевания пациента и медицинских технологий, применяемых для его лечения. Основное назначение применения КСГ, в соответствии с рекомендациями, обеспечение более эффективного способа оплаты стационарной помощи по «законченному» случаю, формирование тарифной системы на основе баланса имеющихся финансовых средств, частоты встречаемости тех или иных заболеваний и относительных коэффициентов затратноности по отдельным КСГ. Расчет величины затратноности КСГ и КПГ проведен с учетом стоимости стандартов медицинской помощи, установленных МЗ РФ, а также стоимости набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, на которых стандарты не установлены.

Необходимо отметить, что рекомендации МЗ РФ и ФОМС по КСГ являются еще и стратегическим документом, в котором заложена идеология поэтапного и обоснованного совершенствования КСГ. Клинко-статистические группы болезней могут применяться не только для оплаты, но и для планирования и управления деятельностью медицинских организаций.

Руководствуясь данными методическими рекомендациями, регион может учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи и выделять отдельные подгруппы, отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации установлены стандарты медицинской помощи, с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или

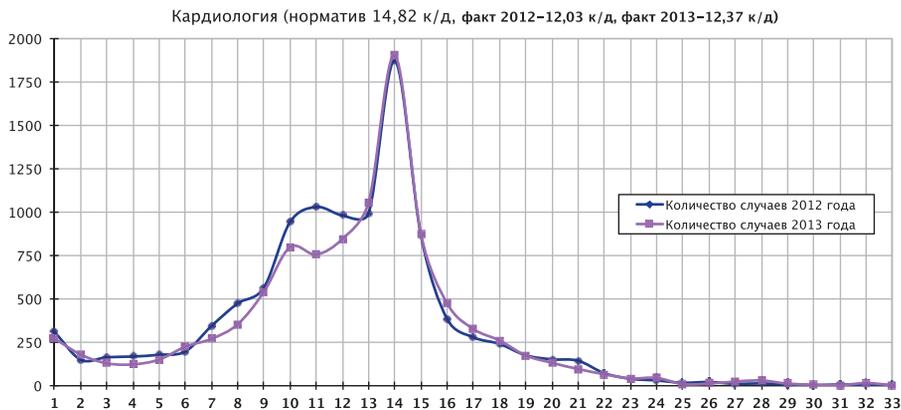


Рис.1. Средняя фактическая длительность по профилю кардиология в 2012 г. - 12,03 к/д (в 2013 г. - 12,37 к/д).

кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп).

В строгом соответствии с Методическими рекомендациями в сфере ОМС Тверской области с 2013 года был введен способ оплаты по клинко-статистическим группам (КСГ) и клинко-профильным группам (КПГ) по онкологическому профилю.

Данный способ оплаты медицинской помощи для региона привлекателен, прежде всего, с точки зрения обеспечения сбалансированности и предсказуемости финансовых обязательств в условиях ограниченных финансовых ресурсов региона. Кроме того, он позволяет учитывать отклонения в затратах на лечение различных заболеваний, способствуя тем самым более справедливому распределению ресурсов при лечении сложных и затратных заболеваний, влияя тем самым на качество медицинской помощи. Этот метод оплаты позволяет уменьшить число случаев искажения диагнозов заболеваний и упростить систему планирования и финансирования медицинской помощи.

В 2013 году оплата медицинской помощи по КСГ в Тверской области производилась в 60 медицинских организациях, которые были распределены на 3 уровня оплаты:

- 1 уровень - 34 медицинские организации (муниципальный уровень);
- 2 уровень - 19 медицинских организаций (медицинские учреждения г. Твери и межрайонные центры);
- 3 уровень (учреждения областного уровня) – 7 учреждений.

Для более полного и корректного возмещения затрат при оплате по КСГ укрупненные уровни распределены на подуровни. Так, в первом уровне выделены 2 дополнительных подуровня оплаты, во втором – 3 подуровня и в третьем уровне – 4 подуровня. Средние значения коэффициентов уровня стационара составляли на первом уровне 1,1, на втором – 1,15 и на третьем – 1,3.

На I этапе внедрения КСГ в 2013 году было сформировано 187 КСГ, из них терапевтических – 98, хирурги-

ческих – 89 (в соответствии с рекомендациями МЗРФ и ФОМС). Фактически медицинские организации использовали 97 терапевтических и 76 хирургических клинко-статистических групп. В терапевтической группе 80% случаев оказания медицинской помощи кодируется 35 группами, а в хирургической группе 80% случаев медицинской помощи с хирургической активностью 17 группами.

Также 2013 году отсутствовали КСГ для онкологического и радиологического профиля, поэтому оплата производилась по клинко-профильным группам. Базовая ставка финансового обеспечения стационарной помощи по 5 базовым статьям составила 13 401 руб.

КСГ-РФ2013 имели ряд особенностей:

- отсутствовали параметры по длительности лечения;
- не было дифференцирования по возрасту и уровням;
- не учитывались сопутствующие заболевания;
- не обеспечивался охват всего многообразия заболеваний.

Чтобы обеспечить объективность оценки эффективности и целесообразности введения данного способа оплаты, сопоставимости статистических данных, объемных и стоимостных показателей в разрезе профилей было принято решение об использовании средней профильной длительности лечения при оплате по КСГ и КПГ. Это прежде всего касалось оплаты коротких и длительных случаев лечения по КСГ и КПГ.

Необходимо отметить, что использование КСГ позволяет оценить вклад каждой группы болезней в параметры профильной средней длительности, учитывая при этом частоты распределения отдельных КСГ, что дает объективную основу для существенной корректировки средней длительности лечения в профильных отделениях стационара (рис.1).

По результатам графического анализа была оптимизирована средняя длительность лечения стационарной медицинской помощи по всем профилям в медицинских организациях, включенных в ТП ОМС Тверской области (в среднем уменьшается на 6%).

Начиная со 2 квартала 2013 года, оплата отдельных случаев лечения при длительности менее суток производится по стоимости оплаты за 1 койко-день, рассчитанной исходя из стоимости КСГ и установленной профильной длительности лечения. Далее с целью оптимизации оплаты, с августа 2013 года оплата фактической длительности госпитализации до 3 дней включительно произ-

водится в размере 30%, а в случае с летальным исходом – в размере 50% от утвержденной стоимости лечения соответствующей группы оплаты по КСГ. Исключение составили случаи лечения с технологически обоснованной длительностью (например: искусственное прерывание беременности, лапароскопические операции и т.д.).

К концу 2013 года наблюдаются положительные тенденции в снижении уровня госпитализаций и средней длительности стационарного лечения (см. табл.1).

Таблица 1

Уровень госпитализаций в круглосуточные стационары медицинских организаций, работающих в сфере ОМС Тверской области, в 2011-2013 гг.

Показатели	2011 год	2012 год	2013 год
Уровень госпитализаций	191,6	188,9	168,5
Фактическая длительность стационарного лечения	10,82	10,8	10,5

Дальнейшее развитие отечественная система КСГ получила в конце 2013 года в рамках «Рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования» в дополнение к рекомендациям 2012 года [4].

Федеральным фондом ОМС были сформулированы следующие положения по практическому использованию КСГ-РФ2014 [5]:

- расшифровка клинико-статистических групп в соответствии с классификацией заболеваний МКБ-10;
- инструкция по группировке случаев заболеваний по КСГ, содержащая алгоритм формирования терапевтических, хирургических и комбинированных КСГ.

В дополнение к предыдущей версии КСГ-РФ расширен перечень критериев выбора КСГ (группировки), существенно влияющих на относительную затратаемость случая лечения. В 2014 году учитываются такие параметры как:

- диагноз по МКБ-10;
- наличие или отсутствие хирургических операций;
- возрастная категория пациента;
- вес при рождении (для новорожденных);
- сопутствующий диагноз (осложнение заболевания) по МКБ-10;
- код применяемой медицинской технологии.

КСГ теперь подразделяются на три подгруппы: хирургические (включающие операции), терапевтические и комбинированные. К использованию предложено 201 КСГ, в том числе для онкологического и радиологического профиля.

Начиная с 1 января 2014 года в Тверской области стали применяться КСГ-РФ2014 и принадлежность случая оказания медицинской помощи к той или иной группе заболеваний определяется на основании сведений персонифицированного учета оказанной медицинской помощи.

Территориальным фондом ОМС разработано дополнительное программное обеспечение для кодирования групп КСГ на основе методических рекомендаций (так называемый «группировщик КСГ»). К терапевтической группе отнесение случая осуществляется на основании основного (клинического) диагноза по МКБ-10. К хирургической группе отнесение осуществляется на основании оказанных медицинских услуг в соответствии с утвержденной номенклатурой. В случае если возможно отнесение к различным хирургическим КСГ, выбирается с наибольшим коэффициентом относительной затратаемости. Выбор комбинированной КСГ осуществляется по алгоритмам, изложенным в письме ФФОМС [5].

При отнесении к комбинированной группе используются следующие дополнительные критерии и их комбинации:

- основной диагноз заболевания;
- перечень оказанных услуг;
- пол;
- возраст;
- сопутствующий диагноз и диагноз осложнений.

В случае, если пациенту оказывалось оперативное лечение, и затратаемость хирургической группы, к которой был отнесен данный случай меньше затратаемости терапевтической группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ-10, оплата осуществляется по терапевтической группе.

Если невозможно определить КСГ, случай относится к КПГ в соответствии с профилем медицинской помощи.

На начальном этапе совершенствования федеральных КСГ в 2014 году ТФОМС Тверской области совместно с Министерством здравоохранения Тверской области был проведен анализ статистики по законченным случаям (для определения средней длительности лечения по КСГ в зависимости от возраста пациента, уровня и условий оказания медицинской помощи). Это нашло отражение в приказе Министерства здравоохранения Тверской области. Средняя длительность была определена в зависимости от условий предоставления медицинской помощи для детей и взрослых, а также для ГБУЗ «Тверской областной клинический онкологический диспансер» с учетом специфики данного лечебного учреждения (проведение химиотерапии и лучевой терапии) с возможностью дальнейшей корректировки при поступлении обоснованных предложений от медицинских организаций.

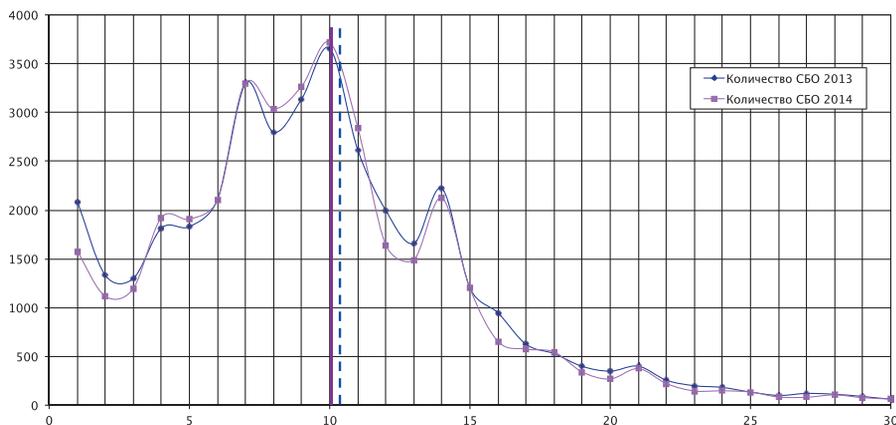


Рис.2. Анализ средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре за период январь-февраль в 2013 году и 2014 году

Внедрение нового способа оплаты по КСГ и его изменений требуют проведения мониторинга средней длительности лечения в целом по стационару для устранения возможных негативных последствий. Данные мониторинга средней длительности представлены на рис.2. Средняя длительность в круглосуточном стационаре в январе-феврале 2013 года составила 10,11 к/д, а в аналогичном периоде 2014 года уменьшается до уровня 10,03 к/д.

Для обеспечения баланса объемов медицинской помощи и финансовых средств системы ОМС, с целью более адекватной оплаты как «коротких», так и «сверхдлительных» случаев лечения в Тарифное соглашение Тверской области в 2014 году введены следующие положения:

- Оплата прерванных случаев лечения с исходом госпитализации (переведен в другой стационар, выписан за нарушение больничного режима, лечение прервано по инициативе больного) и законченных случаев лечения при фактической длительности госпитализации менее 30% средней установленной длительности по КСГ и КПГ соответственно производится за случай госпитализации

из расчета фактических дней пребывания в стационаре. Стоимость данных случаев лечения определяется по следующей формуле:

$$CC_{сл} = BC \times ПК \times \left(\frac{ДЛ_{ф}}{ДЛ_{ср}} \right), \text{ где}$$

$CC_{сл}$ – стоимость случая;

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

$ПК$ – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев);

$ДЛ_{ф}$ – фактическая длительность;

$ДЛ_{ср}$ – средняя (нормативная) длительность.

- Оплата законченных случаев лечения с летальным исходом при фактической длительности лечения менее 30% средней установленной длительности по КСГ и КПГ производится в размере 50% от утвержденной стоимости лечения соответствующей группы оплаты по КСГ или КПГ.

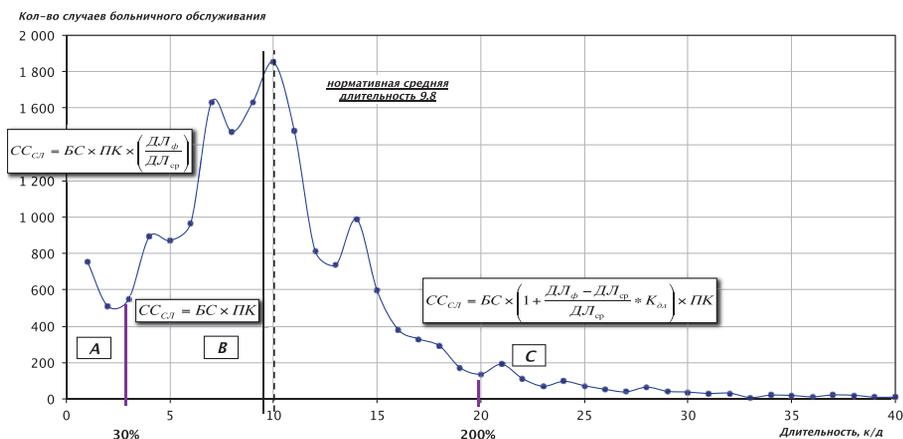


Рис.3. Длительность госпитализации в круглосуточном стационаре в январе 2014 года

Динамика среднего коэффициента затратно-емкости стационара (СКЗ) областной уровень (2013-2014 гг.)

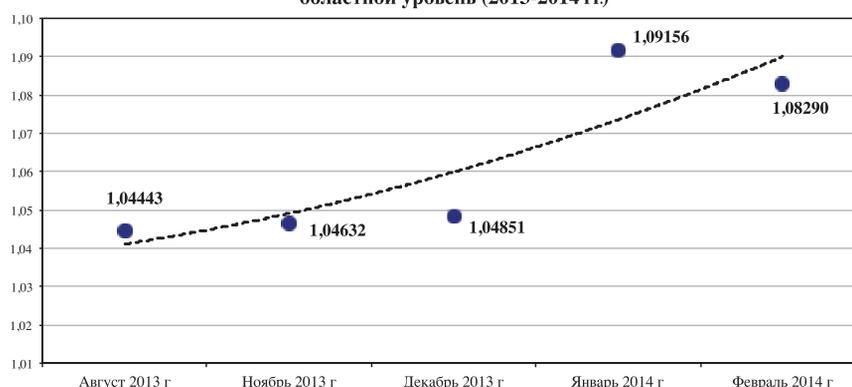


Рис. 4. Динамика средней затратно-емкости КСГ

• Оплата законченного случая лечения при фактической длительности госпитализации более или равно 200% от средней длительности в круглосуточном стационаре по КСГ, КПГ осуществляется по формуле:

$$CC_{сл} = BC \times \left(1 + \frac{ДЛ_{ф} - ДЛ_{ср}}{ДЛ_{ср}} * K_{дл} \right) \times ПК, \text{ где}$$

$CC_{сл}$ – стоимость случая (при $ДЛ_{ср} < ДЛ_{ф}$);

BC – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

$ПК$ – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев);

$ДЛ_{ф}$ – фактическая длительность;

$ДЛ_{ср}$ – средняя (нормативная) длительность;

$K_{дл}$ – коэффициент возмещения затрат длительного случая ($K_{дл} = 0,25$).

На рис. 3 представлены диапазоны «коротких» и «длительных» законченных случаев лечения, сложившихся по итогам 2013 года и I квартала 2014 года.

В 2014 году в связи с введением в оплату медицинской помощи комбинированных и онкологических КСГ наблюдается *рост стоимости* медицинской помощи по каждому стационару более чем на 15% (в том числе и за счет кодирования медицинскими организациями более дорогими КСГ). Нами были проанализированы структура заболеваний в разрезе всех групп КСГ, динамика. Сравнительный анализ изменения коэффициентов затратно-емкости и средней стоимости случая стационара по каждой медицинской организации и в целом по области за период 1 квартала 2014 года в сравнении с 2013 годом показал «утяжеление» стационара – увеличение затратно-емкости стационара в целом по области более чем на 4,5%, а в ряде медицинских организаций более чем на 20% (см. рис.4).

Изучение состава комбинированных КСГ показало, что, в основном, там присутствуют заболевания хирургического профиля (см. табл.2).

95% всех случаев приходится на 8 клинико-статистических групп.

В целом же доля КСГ хирургического профиля (хирургический и комбинированный КСГ) возросла более чем на 10% (см. рис.5.).

Таблица 2

Рейтинг комбинированных КСГ-РФ2014

№	Наименование комбинированного КСГ	Доля
1	Родоразрешение	40,2
2	Сахарный диабет, взрослые	20,6
3	Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода и возможными трудностями родоразрешения	13,7
4	Искусственное прерывание беременности (аборт)	6,5
5	Другие болезни, врожденные аномалии, повреждения мочевой системы и мужских половых органов	5,1
6	Множественные переломы, травматические ампутации, разможнения и последствия травм	4,6
7	Операции на женских половых органах (уровень затрат 4)	2,8
8	Операции на молочной железе (уровень затрат 4)	1,7
9	Другие комбинированные КСГ	4,9



Рис.5. Сравнительный анализ КСГ по группам.

Детализация КСГ-РФ2014 по сравнению с предыдущей версией более объективно отражает структуру и затратность лечения заболеваний и перераспределяет финансовые потоки в пользу более «затратных» стационаров.

КСГ не имеют абсолютного стоимостного значения, а только относительную стоимость, поэтому для целей практической оплаты медицинской помощи и сбалансированности финансовых средств существенным становится определение «базовой» ставки КСГ (БС). Согласно рекомендациям Минздрава России и ФОМС, базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{\sum_{сл} Ч_{сл}}, \text{ где}$$

ОС - общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитывается как произведение норматива объема стационарной помощи на 1 чел. (в случаях госпитализации), численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации;

$Ч_{сл}$ - частота случаев госпитализации, подлежащих оплате с учетом поправочного коэффициента стоимости КСГ или КППГ [4];

Таким образом формула принимает следующий вид:

$$БС = \frac{ОС}{\sum_{сл} Ч_{сл} * K_{поправ}}$$

При этом поправочный коэффициент будет рассчитываться как произведение всех коэффициентов применя-

емых и сложившихся на территории.

$$K_{поправ} = KЗ_{КСГ/КППГ} \times КУ_{КСГ/КППГ} \times КУС_{МО} \times КСКП$$

Наиболее значимые коэффициенты – это коэффициент затратно-емкости стационара (КЗКСГ) и территориальный коэффициент уровня стационара. Средний коэффициент затратно-емкости стационара после внедрения комбинированных КСГ в Тверской области составил 1,08686. Средний коэффициент уровня стационара составил 1,065. Если на территории ограничено применение коэффициента курации и управленческого коэффициента, то их значение при расчете можно оставить на уровне «1». Средняя стоимость одного случая госпитализации характеризует средний поправочный коэффициент, который необходимо учитывать для расчета базовой ставки круглосуточного стационара.

Пересчет базовой ставки показал ее снижение на 12%. С пересчитанной базовой ставкой была произведена оплата счетов-фактур в марте 2014 года, что позволило стабилизировать финансовую ситуацию. Уточнение базовой ставки объективно позволяет оптимизировать финансирование в целом по стационару и более справедливо распределять ресурсы системы ОМС между стационарами медицинских организаций.

В то же время практика показывает, что в ряде медицинских организаций, как правило, сельские, районные, участковые, отнесенные к первому уровню оказания медицинской помощи, имеют одинаковый или больший коэффициент затратно-емкости по сравнению с медицинскими организациями более высокого уровня. Данный факт может свидетельствовать:

- о кодировании определенных случаев лечения более дорогими КСГ;
- о нарушении маршрутизации пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

Для выявления и предупреждения возможных нарушений территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в «проблемных» медицинских организациях.

Территориальным фондом ОМС Тверской области планируется дальнейшее совершенствование и конкретизация КСГ, для того чтобы они приобретали все необходимые параметры для использования их при планировании Территориальной программы государственных гарантий (программы ОМС) и формирования плановых заданий для медицинских организаций на основе анализа за-

болеваемости и с учетом ресурсного потенциала региональной лечебной сети.

Литература:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».
2. Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
3. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 №14-6/10/2-5305.
4. Информационное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.2013 №66-0/10/2-8405.
5. Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2013 №8404/21-4/и.

Для корреспонденции:

Черноношкина Ирина Петровна – директор Территориального фонда ОМС Тверской области
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области
Адрес: 170100, г. Тверь, ул. Володарского, д.24. Тел.: 8 (4822) 35-79-08. E-mail: general@tveroms.ru

For correspondence:

Irina P. Chernonoshkina – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Tver region
Address: Ul. Volodarskogo 24, Tver 170100, Tel.: 8 (4822) 35-79-08. E-mail: general@tveroms.ru

УДК 614.2

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики за 2012-2013 гг.

С.Г. Шадрин, Л.Д. Тымчук, Е.О. Евтодиева

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
г. Ижевск



С.Г. Шадрин



Л.Д. Тымчук



Е.О. Евтодиева

Резюме

В статье представлен анализ результатов экспертной деятельности Территориального фонда ОМС Удмуртской Республики и страховых медицинских организаций, включенных в реестр СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики, который направлен на повышение качества оказываемой медицинской помощи, выявление существующих проблем и формулирование методов их решения.

При подготовке материала использованы данные мониторинга результатов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи за 2012-2013 гг.

Ключевые слова: контроль качества медицинской помощи, экспертиза, медицинская помощь, медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи

Abstract

Control of volumes, terms, quality and conditions in rendering medical care in the sphere of obligatory medical insurance in the territory of the Udmurt Republic for the period between 2012 and 2013

S.G. Shadrin, L.D. Tymchuk, E.O. Evtodiyeva

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Udmurt Republic, Izhevsk

The article presents the analysis of results in the expert activity of the Territorial OMI Foundation of the Udmurt Republic and medical insurance organizations (MIO) included in the MIO register, carrying out activity in OMI sphere of in the territory of the Udmurt Republic, which is aimed at an improvement of the quality of a rendered medical aid, a detection of existing problems and a formulation of the methods of their solution.

During preparation of the material the monitoring data of results in medical economic control are used, as well as medical economic expert assessment and expert examination of medical care quality for the period between 2012 and 2013.

Key words: quality control of medical care, medical expert examination, medical aid, medical and economic control, medical and economic expert assessment, expert examination of medical care quality .

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС на территории Удмуртской Республики, направлен на обеспечение прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в сфере обязательного медицинского страхования.

Объектом контроля является организация и оказание медицинской помощи по ОМС, представляющей собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых по медицинским стандартам с целью достижения конкретных результатов для застрахованного по ОМС пациента и его удовлетворенности оказанной медицинской помощью. Именно организация медицинской помощи больше всего влияет на эффективность использования ресурсов, выделяемых на здравоохранение в целом и ОМС в частности.

Субъектами контроля качества медицинской помощи в сфере ОМС являются страховые медицинские организации (СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики (ТФОМС УР) и медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (МО).

Целью осуществления контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов, застрахованных по ОМС, на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих Территориальной программе ОМС как части Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики, а также обеспечение рационального использования средств ОМС.

Основными задачами контроля объема и качества медицинской помощи в сфере ОМС являются:

- организация и проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи;
- повышение ответственности медицинских организаций за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинской помощи методами экономического воздействия;
- получение полной и достоверной информации о качестве медицинской помощи;
- обеспечение рационального использования средств ОМС в медицинских организациях.

С целью анализа деятельности субъектов контроля качества медицинской помощи, выявления существующих проблем и формулиро-

вания методов их решения проведен анализ экспертной деятельности ТФОМС УР и СМО, направленной на повышение качества оказываемой медицинской помощи.

Работа по организации и проведению контроля качества медицинской помощи по Территориальной программе ОМС осуществляется в Удмуртской Республике в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС».

Первым этапом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС является медико-экономический контроль (МЭК). За 2013 год был проведен МЭК всех 6660,6 тыс. предъявленных к оплате счетов, выявлено 97877 нарушений, размер уменьшения оплаты составил более 83 млн руб.

За 2012 год был проведен МЭК 6362,1 тыс. предъявленных к оплате счетов, выявлено 88080 нарушений, размер уменьшения оплаты составил 64,1 млн руб. Результаты МЭК за 2012-2013 гг. отражены в *таблице № 1*.

Несмотря на уменьшение количества счетов, содержащих нарушения, наблюдается увеличение количества выявленных нарушений. Соответственно сумма, не подлежащая оплате в результате проведения МЭК, увеличилась с 64,1 млн руб. до 83,0 млн руб., т.е. на 18,9 млн руб. в связи с увеличением количества включений в реестр медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу ОМС, а также увеличением размера тарифа по одноканальному финансированию.

Вторым этапом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС является медико-экономическая экспертиза (МЭЭ). Все-

Таблица № 1

Результаты медико-экономического контроля за 2012-2013 гг.

Отчетный период	Количество предъявленных счетов, (тыс.)	Количество счетов с нарушениями	Количество выявленных нарушений	Сумма, не подлежащая оплате, (млн. руб.)
2012	6362,1	58092	88080	64,1
2013	6660,6	49488	97877	83,0

Таблица № 2

Результаты медико-экономических экспертиз за 2012-2013 гг.

Отчетный период	Рассмотрено страховых случаев, (тыс.)	Количество страховых случаев с нарушениями	Количество выявленных нарушений	Сумма, не подлежащая оплате, (млн. руб.)
2012	175,5	49118	49284	20,8
2013	176,9	30420	30675	27,8

Таблица № 3

Результаты экспертизы качества медицинской помощи за 2012-2013 гг.

Отчетный период	Рассмотрено страховых случаев	Количество страховых случаев с нарушениями	Количество выявленных нарушений	Сумма, не подлежащая оплате, (млн. руб.)
2012	68896	19870	19874	16,7
2013	68557	17065	19408	20,2

го за 2013 год ТФОМС УР и СМО при проведении МЭЭ рассмотрено 176,9 тыс. страховых случаев, в 17% выявлены нарушения, финансовые удержания составили около 27,8 млн руб.

За 2012 год при МЭЭ рассмотрено 175,5 тыс. страховых случаев, в 28% выявлены нарушения, финансовые удержания составили 20,8 млн руб.

Результаты МЭЭ за 2012-2013 гг. представлены в *таблице № 2*.

Несмотря на уменьшение количества случаев, содержащих нарушения, и выявленных нарушений, сумма, не подлежащая оплате, увеличилась в 1,2 раза (на 7,0 млн руб.) в связи с увеличением размера тарифа при одноканальном финансировании медицинских организаций.

Третьим этапом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС является экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП).

Результаты ЭКМП за 2012-2013 гг. представлены в *таблице № 3*.

Отмечается уменьшение количества страховых случаев, содержащих нарушения и выявленных нарушений. Вместе с тем, наблюдается увеличение суммы, не подлежащей оплате в 1,2

раза (на 3,5 млн руб.) в связи с увеличением тарифа по оплате медицинской помощи по Территориальной программе ОМС.

Большое количество ЭКМП было проведено по основным профилям стационарной помощи: терапевтическому – 6072 экспертизы; хирургическому – 2549; неврологическому – 1794; педиатрическому – 1660; гинекологическому – 1568; инфекционному – 1403.

На *диаграмме № 1* представлены профили медицинской помощи, по которым выявлено наибольшее количество экспертиз с нарушениями: кардиология, травматология, терапия, гнойная хирургия.

На *диаграмме № 2* представлены профили медицинской помощи, по которым выявлено наименьшее количество экспертиз с нарушениями: торакальная хирургия, эндокринология, офтальмология.

Таблица № 4

Финансовые результаты по основным дефектам при оказании медицинской помощи, выявляемым при ЭКМП за 2012-2013 гг. (тыс. руб.)

Код дефекта	2012г.	2013г.
Несвоевременные и ненадлежащим образом выполненные необходимые пациенту лечебно-диагностические мероприятия	3206,8	5081,7
Необоснованное назначение лекарственной терапии	3071,9	3870,7
Невыполнение показанных лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта	1770,7	2538,3
Невыполнение регламентированных медицинскими стандартами мероприятий	177,3	335,4
ИТОГО	8226,7	11826,1

Диаграмма № 1

Профили медицинской помощи с наибольшим количеством нарушений выявленных при ЭКМП

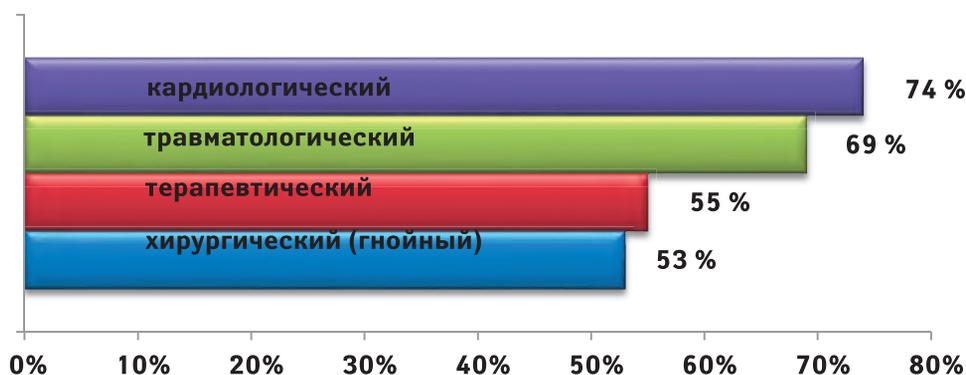


Таблица № 5

Финансовые результаты по основным нарушениям по оформлению и предоставлению медицинской документации, выявляемым при МЭЭ и ЭКМП за 2012-2013 гг. (тыс. руб.)

Код дефекта	2012 г.	2013 г.
Оформление ненадлежащим образом медицинской документации	6313,2	11845,3
Предоставление счетов на оплату, не подтвержденных медицинской документацией	4774,1	4312,1
Непредставление медицинской документации	2762,6	2356,8
Отсутствие информированного добровольного согласия	1898,3	3653,2
ИТОГО	15748,2	22167,4

В 2014 году по этим случаям запланировано проведение реэкспертиз качества медицинской помощи с целью выявления причинно-следственных связей полученных результатов.

По результатам нарушений, выявленных при проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП из-за частичной или полной неоплаты счетов с МО было удержано 131,1 млн руб. В 2012 году удержано 101,6 млн руб. или на 29,5 млн руб. меньше.

На *таблице № 4* представлены финансовые результаты по основным дефектам при оказании медицинской помощи, выявляемым в ходе ЭКМП.

По результатам ЭКМП наблюдается увеличение суммы финансовых санкций по всем выявленным нарушениям.

Медицинские организации несут значительные финансовые потери в связи с дефектами оказания медицинской помощи. Так, по таким нарушениям, как несвоевременное и ненадлежащим образом выполнение

пациенту необходимых лечебно-диагностических мероприятий, они составили 5,1 млн руб.

Необоснованное назначение лекарственной терапии – 3,9 млн руб.

Невыполнение показанных лечебных мероприятий до достижения клинического эффекта – 2,5 млн руб.

Невыполнение мероприятий, регламентированных медицинскими стандартами – более 300 тыс. руб.

В *таблице № 5* представлены финансовые результаты по основным нарушениям по оформлению и предоставлению медицинской документации, выявляемым в ходе МЭЭ и ЭКМП.

Имеет место увеличение в 1,4 раза размера финансовых санкций по результатам МЭЭ и ЭКМП за выявленные нарушения по ведению медицинской документации. На I месте

– оформление ненадлежащим образом медицинской документации – они составили 11,8 млн руб. В связи с этим ТФОМС УР был направлен в Министерство здравоохранения УР проект методических рекомендаций по оформлению медицинских документов с целью унифицирования заполнения медицинской документации.

Выявлено предоставление счетов на оплату, не подтвержденных медицинской документацией, а также непредставление медицинской документации, в связи с чем применены финансовые санкции на сумму 6,7 млн руб.

Санкции за отсутствие добровольного информированного согласия – 3,6 млн руб.

Общая сумма финансовых удержаний по результатам МЭЭ и ЭКМП выросла на 10,5 млн руб. и составила 48,0 млн руб.

Решение спорных и конфликтных вопросов, возникающих в ходе контроля между МО и СМО, осуществляется ТФОМС УР.

Диаграмма № 2

Профили медицинской помощи с наименьшим количеством нарушений, выявленных при ЭКМП



Таблица № 6

Рассмотрение претензий медицинских организаций по результатам экспертной деятельности СМО за 2012-2013 гг.

	2012 г.	2013 г.	Динамика (±)
Количество рассмотренных претензий МО к СМО	14	60	в 4,3 раза
Возвращено в МО, (тыс. руб.)	335,9	1499,0	в 4,5 раза

Создана Комиссия по рассмотрению претензий медицинских организаций к страховым медицинским организациям по результатам экспертиз. Количество претензий к результатам экспертной деятельности СМО возросло в сравнении с 2012 годом в 4,3 раза: с 14 претензий в 2012 году до 60 претензий от 30 медицинских организаций.

По результатам рассмотрения претензий медицинским организациям было восстановлено: в 2012 г. – 335,9 тыс. руб.; за 2013 г. – 1499 тыс. руб. (таблица № 6).

Результаты контроля качества медицинской помощи обсуждены на заседаниях Координационного совета по организации защиты прав граждан в сфере ОМС, Правления ТФОМС УР, коллегии Министерства здравоохранения УР, а также на совещании в Правительстве Удмуртской Республики, где определены меры по обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Реализация законодательно установленных прав граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи позволяет сохранить позитивные тенденции в демографической ситуации в регионе.

Для корреспонденции:

Сергей Геннадьевич Шадрин – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
E-mail: pm@utfoms.udmnet.ru, тел. (3412)63-45-55

Людмила Дмитриевна Тымчук – заместитель директора по страховой медицине Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, к.м.н.
E-mail: pm@utfoms.udmnet.ru, тел. (3412)63-44-89

Елена Олеговна Евтодиева – начальник сектора контроля обеспечения прав застрахованных в сфере ОМС отдела по организации защиты прав застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
E-mail: Evtodieva@utfoms.udmnet.ru, тел. (3412)63-46-75

Адрес: Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Репина, д. 22

For correspondence:

Sergey G. Shadrin – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Udmurt Republic
E-mail: pm@utfoms.udmnet.ru, Tel.: (3412)63-45-55.

Ludmila D. Tymchuk – Deputy Director of the Insurance Medicine of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Udmurt Republic, MD., PhD
E-mail: pm@utfoms.udmnet.ru, Tel. (3412)63-44-89.

Elena O. Evtodiyeva – Head of the Sector for Control of Ensuring the Rights of the Insured Persons in the OMI field of the Department for Organization of Rights Protection of the Insured Persons of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Udmurt Republic
E-mail: Evtodieva@utfoms.udmnet.ru, Tel.: (3412)63-46-75.

Address: Ul. Repina 22, Izhevsk, the Udmurt Republic.



Поздравляем с юбилеем Сергея Геннадьевича Шадрина!

Шадрин Сергей Геннадьевич родился 31 мая 1954 г. в городе Можга Удмуртской АССР. В 1977 г. окончил Ижевский государственный медицинский институт по специальности «Врач-лечебник», в 2000 г. – Российскую академию государственной службы при Президенте Российской Федерации по специальности «Государственное и муниципальное управление».

Более 35 лет Сергей Геннадьевич Шадрин посвятил самому благородному делу – охране здоровья человека. За годы работы в отрасли здравоохранения Сергей Геннадьевич прошел путь от рядового врача-терапевта до руководителя крупных лечебных и учебных учреждений Удмуртской Республики. В 1995 году он был назначен Министром здравоохранения Удмуртской Республики.

Сергей Геннадьевич проявил себя опытным организатором здравоохранения. Под его руководством восстановлена система разработки средне-срочных планов развития отрасли здравоохранения Удмуртской Республики. Значительно укреплена материальная база лечебных учреждений. По его инициативе проводилась большая работа по оснащению учреждений здравоохранения республики современным медицинским оборудованием.

В 2003 году С.Г. Шадрин возглавил Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики.

Важное место в его работе занимает мониторинг показателей реализации Территориальной программы ОМС, обеспечение необходимых условий оказания медицинской помощи, улучшение ее качества и доступности.

Большое внимание С.Г. Шадрин уделяет проведению контроля качества медицинской помощи застрахованным, изучению удовлетворенности качеством медицинской помощи, работе с обращениями граждан. Под руководством Сергея Геннадьевича создана и внедрена эффективная многоуровневая система информационного взаимодействия участников ОМС, позволяющая эффективно и оперативно решать задачи по обеспечению сбора и обработки больших объемов информации, баз данных, необходимых для анализа, прогнозирования и оплаты расходов на медицинскую помощь.

При непосредственном участии Сергея Геннадьевича реализован масштабный проект – Программа модернизации здравоохранения Удмуртской Республики на 2011-2012 годы. Результаты исполнения положений программы позволили выйти как отрасли здравоохранения и сферы ОМС, так и республике в целом, на лидирующие позиции в Приволжском Федеральном округе по целому ряду важнейших социальных показателей, участвующих в комплексной оценке работы Удмуртской Республики.

Внедрена и успешно работает система одноканального финансирования медицинских организаций, работающих в сфере ОМС, внедрены передовые формы оплаты медицинской помощи, активно развивается система частно-государственного партнерства посредством включения в сферу ОМС частных медицинских организаций.

С.Г. Шадрин проводит большую работу по пропаганде системы ОМС в средствах массовой информации, регулярно выступает на телевидении, радио и в печатных изданиях Удмуртской Республики.

С.Г. Шадрин отличают высокий профессионализм, принципиальность в отстаивании интересов отрасли, умение видеть вероятные проблемы и работать на перспективу, находить в кратчайшие сроки решения в сложных ситуациях.

С.Г. Шадрин награжден Почетными грамотами Минздравсоцразвития России, Федерального фонда ОМС, Правительства Удмуртской Республики, Государственного Совета Удмуртской Республики, нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», Почетным знаком «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации», имеет Благодарность Президента Удмуртской Республики. Сергею Геннадьевичу присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации», «Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики».

УДК 614.2

Особенности информационного взаимодействия при организации обязательного медицинского страхования в Чувашской Республике

В.Н. Александров

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики



В.Н. Александров

Резюме

В статье представлены отдельные аспекты деятельности Территориального фонда ОМС Чувашской Республики, отражающие особенности информационного взаимодействия участников системы ОМС в республике, особенности организации персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи. Также произведе-

ден анализ прикладного программного обеспечения, разработанного и внедренного Территориальным фондом в целях реализации действующего законодательства в сфере ОМС.

Ключевые слова: информатизация, программный комплекс, взаимодействие, онлайн, медицинская организация.

Abstract

Features of information interaction in the organization of obligatory medical insurance in the Chuvash Republic

V.N. Alexandrov

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Chuvash Republic

The article presents several aspects of the activity of the Territorial OMI Foundation of the Chuvash Republic reflecting features of information interaction of participants of the OMI system in the republic, peculiarities of organization of personalized records of information about the insured persons and medical care provided to them. Also there is carried out in the article an analysis

of the applied software, developed and implemented by the Territorial Foundation for the realization of the current legislation in the OMI sphere.

Key words: information technologies, software, interaction, online, medical organization.

Основными направлениями деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» являются обеспечение всеобщности обязательного медицинского страхования, доступности медицинской помощи, финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, а также организация персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и сведений об оказанной медицинской помощи.

Очевидно, что без достаточного финансирования здравоохранения не может быть соответствующего качества оказания медицинской помощи. Однако важны не только количественные показатели этого роста, но не менее значимы оптимальное распределение расходов и механизм финансирования системы, позволяющие обеспечить ее финансовую устойчивость, что возможно только при наличии своевременной и достоверной информации, объективно отображающей состояние объектов, явлений, процессов при принятии решений во всех направлениях, касающихся охраны здоровья граждан.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики в своей работе исходит из того, что добиться ощутимого прогресса в развитии информационного пространства (а значит и возможности управления отраслью) возможно только при комплексном подходе, создавая его для всех участников системы охраны здоровья, а не только для органов и учреждений, подведомственных системе здравоохранения, устраняя многократное дублирование информационных данных.

Главная цель информатизации, которую мы ставим перед собой, - это применение современных информационных технологий на всех уровнях управления системой обязательного медицинского страхования, повышающих качество и доступность медицинской помощи. Использование современных средств информатизации в здравоохранении является ключевым компонентом, определяющим эффективность функционирования всей отрасли. Внедрение информационных технологий в Чувашской Республике имеет большую социальную значимость в обеспечении общедоступности медицинского обслуживания населения и единого высокого стандарта качества медицинской помощи пациенту независимо от того, где он лечится.

В Чувашской Республике создана единая республиканская корпоративная медицинская сеть, объединяющая все учреждения здравоохранения, построенная на принципах стандартизации и унификации использования информационных технологий. Работу корпоративной медицинской сети координирует региональный центр обработки данных в системе здравоохранения, на централизованных мощностях которого размещены все информационные системы, поддерживающие деятельность учреждений здравоохранения с предоставлением возможности их удаленного использования.

Создана Единая республиканская медицинская информационная система Чувашской Республики, интегрированная в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения, в рамках которой обеспечена возможность использования всеми участниками:

- медицинских информационных подсистем (электронная медицинская карта, централизованный архив медицинских изображений и т.д.);
- подсистем медицинского сервиса (запись на прием к врачу и лабораторные исследования, управление госпитализацией, управление скорой медицинской помощью);
- управленческих подсистем (система управления кадрами, материально-техническим обеспечением и т.д.).

Ресурсные затраты времени на создание Единой республиканской медицинской информационной системы Чувашской Республики составили 4 года (начиная с 2009 г.).

Информационная система Территориального фонда ОМС Чувашской Республики создана с учетом требова-

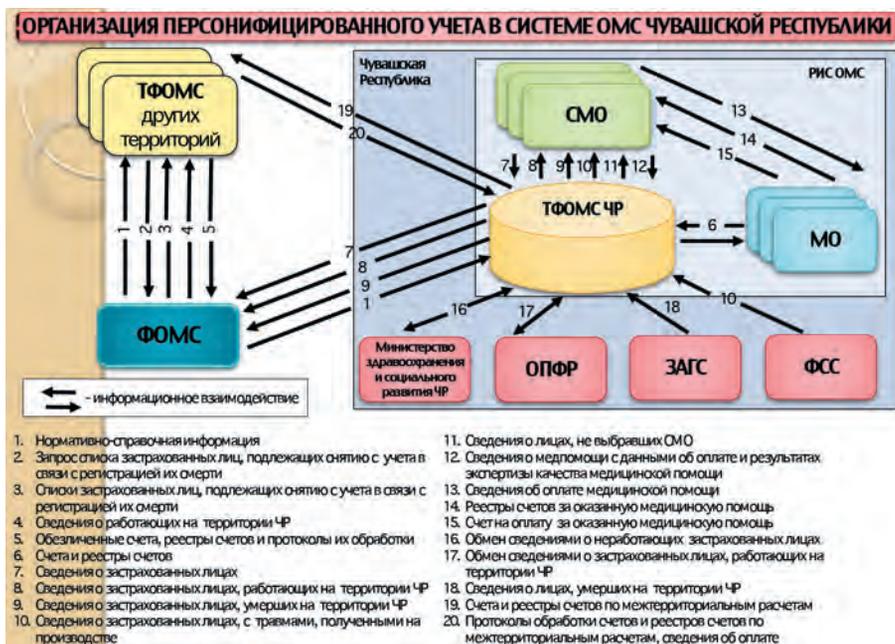


Рис. 1. Организация персонифицированного учета в системе ОМС Чувашской Республики

ний общих принципов построения и функционирования информационных подсистем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79, и функционирует в целях:

- повышения качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационного обеспечения деятельности медицинских организаций, их персонала, посредством документирования, сохранения и своевременного представления соответствующей информации в информационные базы территориального фонда;
- повышения эффективности управления на основе информационной поддержки задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи;
- снижения стоимости оказания медицинской помощи за счет снижения временных затрат медицинского персонала на поиск и доступ к необходимой информации о пациенте;
- контроля мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

- Для информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями — программный комплекс «Информационное сопровождение застрахованных лиц».

Программный комплекс «Единый регистр застрахованных»

В рамках реализации Федерального законодательства о порядке выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу, в котором описан порядок взаимодействия участников и субъектов системы с указанием временных показателей выполнения различных этапов

Преимущества использования ПК ЕРЗ при выдаче полиса ОМС застрахованным гражданам			
ОФ-ЛАЙН	Кол-водней		ОН-ЛАЙН
СМО			СМО
заявления о выборе (замене)СМО;	1день	1день	заявления о выборе (замене)СМО;
выдает ЗП полис либо временное свидетельство			выдает ЗП полис либо временное свидетельство
направляет информацию в ТФОМС	1день		направляет информацию в ТФОМС
ТФОМС			ТФОМС
проверка на наличие у ЗЛ действующего полиса в региональном сегменте ЕРЗ	2дня		проверка на наличие у ЗЛ действующего полиса в региональном сегменте ЕРЗ
СМО			СМО
в случае отсутствия данных о действующем полисе в РС ЕРЗ СМО передает указанную информацию в ТФОМС	1день		в случае отсутствия данных о действующем полисе в РС ЕРЗ СМО передает указанную информацию в ТФОМС
ТФОМС			ТФОМС
осуществляет проверку в ЦС ЕРЗ	3дня	1-3дня	осуществляет проверку в ЦС ЕРЗ
после получения сведений из ЦС ЕРЗ ТФОМС направляет результаты проверки в СМО	1день		после получения сведений из ЦС ЕРЗ ТФОМС направляет результаты проверки в СМО
направляет в электронном виде заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) в Федеральный фонд	1день	1день	направляет в электронном виде заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) в Федеральный фонд
Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации в о получении полисов от Федерального фонда.	1день	1день	Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации о получении полисов от Федерального фонда.

Рис. 2. Преимущества использования ПК ЕРЗ при выдаче полиса ОМС застрахованным гражданам

Фондом были разработаны и внедрены в техническую эксплуатацию следующие программные комплексы:

- Для ведения регионального сегмента Единого регистра застрахованных и обмена данными с центральным сегментом — программный комплекс «Единый регистр застрахованных».
- Для ведения учета прикрепленного населения — программный комплекс «Автоматизированная система «Реестр прикрепленного населения».
- Для ведения персонифицированного учёта сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам — программный комплекс «Информационная система ТФОМС Чувашской Республики».
- Для сбора, хранения, анализа отчётных данных — программный комплекс «Информационно-аналитическая система сбора, хранения и анализа отчётных данных».

прохождения информации, в целях оптимизации информационного взаимодействия по принятию заявлений от граждан, выпуску полисов нового образца и их доставки, Фондом был разработан программный комплекс «Единый регистр застрахованных», принципиальными решениями которого стали:

- Работа в режиме онлайн (50 пунктов выдачи полисов на территории Чувашской Республики имеют доступ к региональному сегменту, что исключает одновременное страхование граждан несколькими страховыми медицинскими организациями. Доступ организован с помощью средств криптографической защиты информации).
- Отсутствие файлового обмена между участниками системы обязательного медицинского страхования, что делает ненужным процедуры форматно-логического контроля при приёме-передаче

данных, исключены ошибки при приёме-передаче данных.

- Возможность оперативного отслеживания ошибок (вся информация при вводе в базу данных становится немедленно доступна для контроля. Ошибки, допущенные операторами, могут быть оперативно исправлены).
- Возможность оперативного поиска застрахованных-двойников при попытке ввода данных застрахованного лица, похожих на данные застрахованного, которые уже есть в информационной базе (выдаётся предупреждение, и ввод блокируется). Наличие в базе данных граждан с совпадающими документами исключено.
- Отчётность строится по реальным данным. Для построения отчётности всегда доступны оперативные данные, а не устаревшие по состоянию на дату последнего приёма-передачи данных, как происходит в системах с файловым обменом.

С помощью программного комплекса «Единый регистр застрахованных» решаются следующие задачи:

- Хранение данных застрахованных лиц с учётом истории изменений (ввод, хранение и корректировка персональных данных застрахованных лиц, сохранение истории изменения).
- Приём заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации от застрахованных лиц (при вводе заявления проводятся проверки на корректность вводимых данных).
- Обмен данными с центральным сегментом Единого регистра застрахованных (обмен данными идёт в автоматическом режиме, требующем вмешательства оператора только в случае возникновения каких-либо ошибок).
- Создание заявок на печать полисов и приём данных о напечатанных полисах (создание заявок на печать полисов также идёт в автоматическом режиме. Вмешательство оператора требуется только при подписи пакета заявок электронной подписью).
- Приём данных от органов ЗАГС.
- Составление отчётности.
- Обмен данными о работающих гражданах с отделением Пенсионного фонда Российской Федерации по Чувашской Республике.

Программный комплекс «Автоматизированная система «Регистр прикрепленного населения»

В целях реализации права гражданина на выбор врача и медицинской организации, а также приказа Минздрава от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи», оптимизации всех процессов и времени обмена информацией разработан и внедрен в промышленную эксплуатацию программный комплекс «Автоматизированная система «Регистр прикрепленного населения», который располагается на вычислительных мощностях Территориального фонда ОМС Чувашской Республики и использует для прикрепления информацию, содержащуюся в региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц.

Для организации информационного взаимодействия было заключено Соглашение между Министерством здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики и страховыми медицинскими организациями, в котором прописаны права, обязанности и закреплены зоны ответственности каждой из сторон.

С использованием программного комплекса «Автоматизированная система «Регистр прикрепленного населения» реализованы следующие цели:

- централизованное ведение регионального реестра застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, для оказания первичной медико-санитарной помощи;

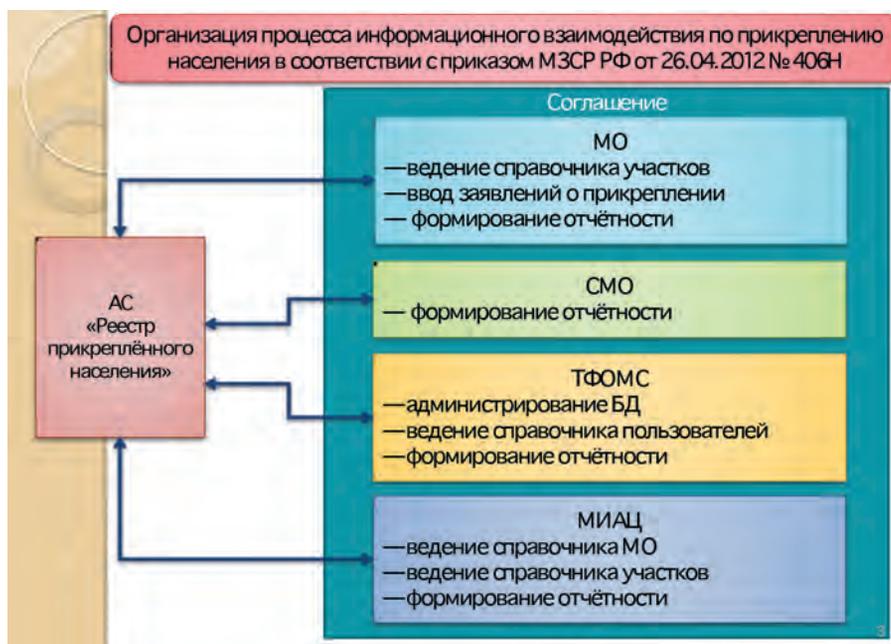


Рис. 3. Организация процесса информационного взаимодействия по прикреплению населения в соответствии с приказом МЗСР РФ от 26.04.2012 № 406н

- централизованное ведение регионального регистра территориальных участков медицинских организаций в режиме онлайн;
- автоматизация процесса взаимодействия медицинской организации, принявшей заявление о прикреплении, и медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании в момент подачи заявления в режиме онлайн;
- обновление персонализированных данных в региональном реестре прикрепленного населения из регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц;
- полнота, достоверность, актуальность и непротиворечивость информации, ликвидация ее многократного дублирования, сокращение сроков ее обработки в режиме онлайн;
- долговременное хранение и доступ к региональному реестру прикрепленного населения участников обязательного медицинского страхования в любой момент времени;
- мгновенный доступ к информации о факте прикрепления застрахованного лица в режиме онлайн;
- формирование выходных отчетных форм в режиме онлайн.

Задачи, решаемые с использованием программного комплекса «Автоматизированная система «Реестр прикрепленного населения»:

- формирование Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике;
- формирование государственных заданий на бесплатное оказание медицинской помощи для медицинских организаций;
- формирование паспортов участков медицинских организаций;
- планирование кадровых ресурсов медицинских организаций;
- планирование материально-технических ресурсов медицинских организаций;
- планирование профилактических мероприятий (диспансеризация отдельных групп взрослого населения, диспансеризация несовершеннолетних и т.д.);
- планирование и контроль финансовых потоков



Рис. 4. ПК «Реестр ПН» (автоматизированная система «Реестр прикрепленного населения»)

(подушевое финансирование первичной медико-санитарной помощи).

Программный комплекс «Информационная система ТФОМС Чувашской Республики»

Для ведения и учета данных о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, применяется программный комплекс «Информационная система ТФОМС Чувашской Республики», который позволяет в реальном режиме времени посредством доступа к базе пролеченных больных обобщать и анализировать необходимую для оперативного решения вопросов информацию, например:

- ежемесячный анализ исполнения согласованных объемов в разрезе медицинских организаций и страховых медицинских организаций;
- подготовка для медицинских организаций и страховых медицинских организаций согласованных объемов, скорректированных планов;
- ежемесячный анализ стоимостных показателей исполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования по условиям предоставления, видам, уровням оказания медицинской помощи, условиям оплаты;
- ведение реестра медицинских организаций, справочника лицензий;
- подготовка аналитических данных и предложений по порядку оплаты и формированию тарифов в оперативном режиме на основе фактических данных об оказанных медицинских услугах и т.д.

Такой подход дает возможность проводить анализ территориальной программы обязательного медицин-



Рис. 5. Использование ПК «Информационно-аналитическая система сбора, хранения и анализа отчетных данных»

ского страхования не только с точки зрения деятельности самих медицинских учреждений (выполнение объемов медицинской помощи), но и с позиции предоставленной пациенту медицинской помощи в связи с тем или иным заболеванием, что позволяет планировать и рационально распределять потоки пациентов, размещая в медицинских организациях задания и корректируя их.

Поскольку важен не только сам факт оказания медицинской помощи на межрайонном или клиническом уровне, но и умение медицинского персонала медицинских организаций определить необходимость в оказании медицинской помощи более высокого уровня, наша задача – оценить сложившиеся тенденции и путем принятия организационных мер (экспертиза качества, штрафные санкции, методическая помощь) скорректировать деятельность учреждения здравоохранения по обеспечению преемственности оказываемых медицинских услуг.

Программный комплекс «Информационно-аналитическая система сбора, хранения и анализа отчетных данных»

Для сокращения времени сдачи отчетов и сбора данных мониторингов, а также оптимизации процессов обобщения и анализа требуемой информации Территориальным фондом ОМС Чувашской Республики разработан и внедрен в опытную эксплуатацию программный комплекс «Информационно-аналитическая система сбора, хранения и анализа отчетных данных», который позволяет в режиме онлайн принимать и хранить отчетные данные от страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Кроме того, программа позволяет операторам-пользователям программного продукта, кроме построения и просмотров стандартных отчетов, конструировать нестандартизированные отчетные формы.

Программный комплекс «Информационное сопровождение застрахованных лиц»

В целях реализации приказа Минздрава России от 20.11.2013 № 859н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н» внедрена и запущена в опытную эксплуатацию система информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им меди-

цинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

Основными задачами, реализуемыми программным комплексом «Информационное сопровождение застрахованных лиц», являются:

- 1) автоматизация процесса взаимодействия медицинской организации, направившей пациента на госпитализацию, и медицинской организации, куда направлен пациент;
- 2) информационное обеспечение, поддерживающее процессы расчета плановых объемов оказания медицинской помощи;
- 3) обеспечение мониторинга сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, а также контроль страховыми медицинскими организациями за своевременностью госпитализации;
- 4) формирование выходных отчетных форм.

На современном этапе развития системы здравоохранения одним из главных направлений деятельности в целях снижения смертности от наиболее значимых причин, улучшения состояния здоровья жителей и обеспечения их активного долголетия является дальнейшая реализация мероприятий, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению Чувашской Республики. При этом основным направлением в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» становится развитие медицинской профилактики и реабилитации. Решение такой масштабной задачи невозможно без отлаженной, эффективной и

охватывающей широкий круг процессов системы обязательного медицинского страхования информационных ресурсов.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2013 № 859н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н».
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных подсистем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Для корреспонденции:

Александров Вячеслав Николаевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чувашской Республики

Адрес: 428000, Чувашская Республика, Чебоксары, ул. Калинина, д.66. Тел. (8352) 63-26-02. E-mail: general@chuvtfoms.ru

For correspondence:

Vyacheslav N. Alexandrov – Director of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Chuvash Republic.

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Chuvash Republic

Address: Ul. Kalinina 66, Cheboksary, 428000, the Chuvash Republic

Tel.: (8352) 63-26-02. E-mail: general@chuvtfoms.ru



Поздравляем с юбилеем Вячеслава Николаевича Александрова!

Александров Вячеслав Николаевич родился 27 мая 1954 г. в городе Канаш Чувашской Республики.

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

Руководителем трудно стать, им надо быть, это талант, который дан не каждому. Не секрет, что руководитель является частью бренда любой компании.

Юбилей – это личный праздник, но всё личное определяет судьбу. Личностью окрашено всё: любовь, мировоззрение, знания и, конечно, личностью определяется выбор профессии.

Вячеслав Николаевич Александров обладает талантом управления. Он эрудированный и целеустремлённый руководитель. Имея эти отличительные качества, он прошел длинный путь финансиста: от рядового специалиста до управляющего крупного финансово-кредитного учреждения Чувашской Республики, а в последующем – директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чувашской Республики. Деятельность Территориального фонда, направленная на развитие госу-

дарственной системы финансирования здравоохранения, является одной из важнейших форм социальной защиты интересов населения, обеспечивающая жителям региона равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Вячеслав Николаевич внес значительный вклад в решение задач по укреплению финансовой устойчивости системы здравоохранения республики, решение которых требует высокого профессионализма и большой ответственности.

Он любит свою профессию, уважает коллег и ежедневно продвигает знания о медицинском страховании, делая его более понятным людям. Энергичность, профессиональная интуиция и человечность Вячеслава Николаевича создают в коллективе ТФОМС приятную обстановку и помогают достигать хороших результатов.

Вячеслав Николаевич активно занимается общественной деятельностью. Имея статус депутата Государственного Совета Чувашской Республики, представляет интересы граждан-избирателей, является членом Комитета Государственного Совета Чувашской Республики по бюджету, финансам и налогам, членом Комитета Государственного Совета Чувашской Республики по экономической политике, агропромышленному комплексу и экологии.

Вячеслав Николаевич является действительным членом (академиком)

Международной академии информатизации при Организации Объединённых Наций. Награжден медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени, Почетной грамотой Чувашской Республики, Почетной грамотой Государственного Совета Чувашской Республики, Почетным «Золотым знаком» Сбербанка России, Почетной грамотой ОАО «Сбербанк России», орденом Русской православной церкви Святого Благоверного князя Даниила Московского III степени, медалью «За заслуги в проведении Всероссийской переписи населения», медалью «80 лет Госкомспорту России». Вячеславу Николаевичу присвоено почетное звание «Заслуженный экономист Чувашской Республики».

В этот праздничный день хочется пожелать Вячеславу Николаевичу никогда не останавливаться на достигнутом, умело решать задачи любой сложности и неизменно добиваться успеха в любых начинаниях. Пусть всегда и во всем Вам сопутствуют любовь и понимание близких, признание и поддержка друзей и соратников, а каждый новый день отмечается профессиональными достижениями и личными победами! Счастья, здоровья и добра Вам и Вашим родным! Мира и благополучия Вашему дому! Стабильности и твердой уверенности в завтрашнем дне!

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Геннадий Сухих: ЭКО по ОМС не решит проблему бесплодия

По статистике Минздрава РФ, в нашей стране около 10-15% бесплодных пар, а по неофициальным подсчётам — каждая пятая семья не может завести ребёнка. Некоторым из них могло бы помочь ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), однако эта дорогостоящая операция многим россиянам не по карману. Однако с прошлого года появление «детей из пробирки» стало оплачивать государство. Одна такая квота оценивается в 124, 5 тыс. рублей. Тем пациенткам, которым другие методы лечения не помогают, искусственное оплодотворение сделают по полису ОМС. О том, чего ждать семьям, мечтающим о малыше, что мешает обрести радость материнства и каких младенцев научились выхаживать российские медики мы побеседовали с Геннадием Тихоновичем Сухих, директором ведущего учреждения в нашей стране в области охраны материнства и детства.

Досье

Геннадий Тихонович Сухих

Директор Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени акад. В.И. Кулакова. Академик РАМН. Доктор медицинских наук. Заслуженный деятель науки РФ.

— Геннадий Тихонович, как Вы считаете, теперь, когда ЭКО делают бесплатно за счёт средств ОМС — станет ли это эффективным способом решения репродуктивных проблем для массы бесплодных пар?

— Я думаю, проблем это не решит. Государственные квоты достаточно ограничены и не надо особенно надеяться на то, что несколько миллионов женщин попадут в эту программу с той же лёгкостью, с какой покупают аспирин в аптеке. Это не так. Вот пример: два года назад власти страны стали решать демографические проблемы с помощью выделения бюджетных средств — 1 млрд 200 млн рублей ежегодно. Так вот, этой суммы хватает примерно на 10 тыс. попыток искусственного оплодотворения. Но если говорить об эффективности этой операции, то она не превышает 25%, а иногда всего 20% таких попыток заканчиваются рождением детей.

— По полису ОМС пациентки имеют возможность осуществить 2 попытки ЭКО в год. А сколько их может потребоваться в среднем женщине, чтобы наступила беременность?

— Очень трудно сказать, кому-то из женщин и 6 попыток не могут подарить беременность, а для кого-то уже первая оказывается очень удачной. Это зависит от многих факторов — возраста женщины, того, насколько правильно её готовили, обследовали. Очень важный этап — выращивание эмбриона вне организма... Я не думаю, что сейчас государству удастся обеспечить две гарантированных попытки всем, кто попал в программу. Это вновь какие-то ненужные ожидания. Дай Бог, чтобы большее количество людей получили возможность пройти хотя бы одну стимуляцию в год.

— А Вам не кажется, что такой дорогостоящий метод высокотехнологичной медицинской помощи не стоило включать в программу ОМС, а вместо этого направить те же средства на профилактику инфекций, передающихся половым путём (ИППП), например?..

— Нет, мне так не кажется, я очень рад, что государство задумалось о решении репродуктивных проблем. Я не разделяю мнение некоторых моих коллег, которые говорят о том, что после программы ЭКО рождаются больные дети, что они обречены на инвалидность. Многочисленные исследования не только в нашей стране, но и в Европе и в США доказали, что у этих детей такой же примерно индекс развития (как физического, так и интеллектуального), что и у тех, кто зачат естественным путём. Это связано с тем, что на протяжении двадцати лет (первый ребёнок, зачатый с помощью ЭКО, появился на свет в России в 1985 году) в нашей медицине многое изменилось в лучшую сторону. Сейчас все программы ЭКО становятся очень физиологичны — с минимальной стимуляцией. Женщине уже не подсаживают более двух эмбрионов, чаще всего одного. Ушёл в прошлое агрессивный метод, при котором получают более двух десятков яйцеклеток. Есть такие программы, когда женщин вообще не стимулируют медикаментозно, а собирают яйцеклетки в естественном цикле, замораживают их, а потом пускают в процесс оплодотворения.

— А с чем вообще связано появление такого большого количества бесплодных пар? Стрессы, плохая экология?

— Я не думаю, что их количество так существенно возросло. Если бы мы попытались посчитать бесплодные супружеские пары лет 20-30 назад — мы получили бы примерно такие же цифры. Просто раньше многие женщины, у которых были, например, непроходимые маточные трубы, вообще не могли мечтать о ребёнке. С появлением ЭКО это стало реальностью, теперь у многих семей появилась возможность иметь детей. В связи с этим возникает ощущение, что у нас увеличивается количество бесплодных пар. Я бы, может быть, с вами согласился в следующем: один из факторов возможного увеличения бесплодия связан с тем, что современные женщины хотят получить одно или два высших образования, сделать карьеру, а потом уже где-то после 35 лет обзавестись потомством. И вдруг понимают, что они опоздали: появились проблемы со здоровьем и репродуктивная функция уже не та, что раньше. Например, бывает синдром недостаточности яичников, когда они абсолютно пусты, и там нет фолликул; или яйцеклетки настолько несовершенны, что эмбрион на ранних этапах развития останавливается в своём развитии или не имплантируется; или у них привычные выкидыши, и тогда они начинают понимать, что лучшее время уже упущено. Я хочу ещё и ещё раз сказать, что женщина вначале должна рожать, а потом уже делать карьеру. И рожать следует точно до 30 лет, лучший вариант — от 18 до 25. У женщины здоровые яйцеклетки, у мужчины — здоровые гаметы, родители полны сил, чтобы родить и воспитать ребёнка. Именно упустив-

шие своё время женщины — назовём их позднородящие — зачастую и заставляют говорить об увеличении бесплодия.

Что касается мужчин, здесь особая ситуация: у представителей сильного пола с начала XX века происходит яркая и отрицательная динамика по показателям сперматогенеза. По статистике ВОЗ, в скандинавских странах в 1900 году нормативный уровень количества сперматозоидов равнялся 250-300 млн сперматозоидов в миллилитре семенной жидкости. Проходит 80 лет, и оказывается, что норматив уменьшился до 20 млн. И вот проходит ещё 30 лет, и стали считать, что и 20 млн — это много, можно опуститься ещё ниже. На снижение качества сперматозоидов влияют многие факторы. То, что мы едим, чем мы дышим и какой образ жизни ведём — а ведь мы переедаем, мало двигаемся, находимся в состоянии постоянного стресса.

— *Отвлечёмся от проблемы ЭКО и бесплодия. Есть ещё одна проблема — дети, которые рождаются на очень раннем сроке с весом 500 граммов...*

(По приказу Минздрава, с 2012 года новорождённых в России регистрируют не с 28 недель, а с 22. И теперь малышей, появившихся на свет после этого срока и весящих более 500 граммов, обязаны спасать).

— Да, мы недавно перешли на новые критерии живорождённости, и медики обязаны спасать детей, рождённых с весом от 500 граммов, на 24-25 неделе беременности. Но дело не в весе, а в готовности, физиологической зрелости систем организма. Например, дети, которые рождаются на сроке 22-23 недели, абсолютно не жизнеспособны, потому что их системы настолько несовершенные, что даже очень высокий уровень развития перинатальной помощи не в состоянии им помочь.

В нашем центре одна из лучших реанимаций в стране, она соответствует европейским стандартам, в ней работают замечательные профессионалы. Мы выходили очень много младенцев весом меньше 1000 граммов. Второй год подряд мы организуем праздник для таких детей, рождённых с экстремально низкой массой тела. Некоторые из них уже пошли в школу, некоторые учатся в вузе. Конечно, это очень «тяжёлые» дети, проблема преждевременных родов и в программе ЭКО, и в обычной беременности — вечная проблема акушерства, тема многих симпозиумов и конференций.

— *В чём сложности выживания — нет оборудования, не хватает специалистов?*

— Абсолютно всё есть, но на сегодняшний день в мире нет необходимых технологий для спасения таких жизней. Вот, предположим, родился ребёнок с весом 460 граммов. Спустя двое суток он погибает, несмотря на все мощные реанимационные мероприятия. Что толку от того, что мы дышим за него современными аппаратами — у него полиорганная недостаточность, то есть все функции важных органов падают. Перед наукой стоит задача понять, каким образом мы можем ликвидировать дефицит этой физиологической незрелости плода. Это очень большая проблема.

— *Как Вы считаете, нужно ли спасать детей с очень маленьким весом, ведь если они выживут, останутся инвалидами...*

— В нашей стране не стоит такой вопрос — нужно или нет, мы просто, начиная с первых секунд их жизни, начинаем делать всё, чтобы они выжили.

— *А какие факторы влияют на недонашивание беременности?*

— Очень много факторов. Иногда это инфекции, иногда — неполадки на гормональном уровне. Несмотря на все достижения науки, наш организм — сложная биологическая система, в которой не всё понятно до конца.

— *Какой шанс на жизнь у таких детей с экстремально низким весом?*

— По крайней мере, начиная со срока 26-27 недель, он становится более-менее реальным, если им повезло родиться в больницах, где есть необходимое оснащение и специалисты. Если говорить о весе, то хороший шанс на жизнь есть у ребёнка от 650-700 граммов. Но дело, повторюсь, не в граммах, каждая последующая неделя беременности после 25-й — это колоссальный шаг по развитию систем организма.

— *Чтобы избежать возможных проблем при вынашивании ребёнка — что делать женщинам, кроме того, как планировать беременность?*

— Вы очень правильно начали с планирования. У женщины должна хорошо работать эндокринная система. Будущая мама обязана понимать, насколько важен ранний эмбриональный период — от момента имплантации эмбриона на 5-е сутки до 8-12 недель беременности. Потому что именно в это время закладываются первые сосуды, начинает работать сердце, мозг. Вообще здоровье формально закладывается в течение первых 12 недель.

Женщина должна наблюдаться у профессиональных врачей, проходить в нужное время мониторинг биохимический и ультразвуковой. В возрасте после 30 лет необходимо пройти инвазивную диагностику, чтобы исключить тяжёлые хромосомные болезни, такие как болезнь Дауна, например. Важно следить за весом, чтобы не накапливалась избыточная жидкость в организме, чтобы не развился гестационный сахарный диабет, не поднималось артериальное давление, много за чем должна следить женщина вместе со своим грамотным врачом, который её наблюдает. И если этот союз работает слаженно — врач профессионален, внимателен и обладает тёплым сердцем, а женщина страстно мечтает стать матерью, всё обычно бывает хорошо.

*Человек Онлайн, Москва,
(24.02.2014)*

На первом плане - человек

Директор МОНКИ о планах развития и взаимодействия

12 марта в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте состоялась пресс-конференция, в ходе которой директор учреждения Филипп Палеев рассказал о новых перспективах, о сотрудничестве с медиками области и ответил на злободневные вопросы журналистов. Журналисты Серпухова не могли пропустить такое событие, тем более что директор МОНКИ не так давно посетил Серпухов с ознакомительным визитом, встречался с главой города Павлом Залесовым, начальником управления здравоохранения.

нения города Екатериной Огневой, посещал серпуховскую больницу им. Семашко и ЦРБ. Мнение о медицине города Филипп Николаевич составил очень хорошее и планов о сотрудничестве города Серпухова и областного МОНКИ появилось просто множество. Все они – на благо жителей Серпухова, нуждающихся в медицинской помощи на другом уровне.

Доктор медицинских наук профессор Филипп Палеев возглавил МОНКИ в начале прошлой осени. Как водится, с приходом нового руководства в любом учреждении появляются новые методы работы, начинается новый этап развития. По манере беседы собравшиеся сразу поняли, что молодой руководитель института – не только хороший собеседник, обладающий харизмой и чувством юмора, но и человек ищущий, пропитанный любовью к науке и чувствующий себя как рыба в воде в мире инноваций и высоких технологий.

В ходе делового завтрака Филипп Николаевич легко и непринужденно увлек нас необычайно ярким путешествием по дорогам научной медицины. Время от времени его рассказ, сопровождающийся специально подготовленной презентацией слайдов, звучал то злободневно, то напоминал экшен в жанре фэнтези. Но главное ощущение, которое осталось после беседы: на первом плане у специалистов МОНКИ – человек, и всё, что происходит в институте, направлено в первую очередь на то, чтобы все время достигать все большего уровня качества в лечении больных и спасении их жизней.

Неслучайно Филипп Николаевич сразу выделил два особо стратегически важных направления в работе института: научное и образовательное. Ведь от того, как будет развиваться научная составляющая медицины, и как эти новшества будут внедряться в работу наших докторов, зависит то, на какую помощь смогут рассчитывать пациенты. В настоящий момент на базе института развивается плановое коррекционное вмешательство в области сосудистой хирургии. МОНКИ – единственный центр в Московской области, где делают операции на аорте, аортокоронарное шунтирование. Еще одно интересное и важное направление, над которым работают специалисты института – функциональная нейрохирургия. Разрабатывается методика установки в спинной мозг микро-стимуляторов, которые подают лекарственное вещество в спинномозговой канал. Это позволяет лечить ряд тяжелых заболеваний, например, детский церебральный паралич.

В эндокринологии институт сейчас развивает такое направление, как диабетическая стопа. Это методика, которая позволяет избежать ампутации конечностей. Также идет планомерная работа по развитию трансплантологии, в год в МОНКИ проводится примерно 70 операций по пересадке почек, в перспективе – операции по пересадке печени и поджелудочной железы.

Через лечебно-диагностический центр института проходит более 250 тысяч пациентов в год. В МОНКИ едут со всей Московской области. По словам директора института, это в основном первичные пациенты, то есть те, кто не смогли получить консультацию на своей территории. Для удобства пациентов из городов и сел области создана электронная запись к специалистам, работает эта система по принципу «врач-врач», чтобы избежать необоснованных записей.

Поговорили и о качестве обслуживания больных. Профессор считает, что форма так называемого медицинского контракта будет стимулировать докторов, как к повышению своего профессионального уровня, так и к более чуткому отношению к больным. Прочитав слова губернатора о том, что в медицине должен быть четкий спрос и контроль, Филипп Николаевич признался, что считает правильным то, что премии и надбавки для врачей будут определяться эффективностью их работы, наличием жалоб и хороших отзывов, а также возможностями роста для молодых сотрудников.

Еще одна тема, которая обсуждалась – наметившаяся перспектива перехода финансирования из высокотехнологичной помощи в систему ОМС. Это даст возможность областным учреждениям получить доступ к оказанию новых уникальных услуг своим пациентам. Институт уделяет большое внимание сотрудничеству с медиками области, начиная с факультета повышения квалификации кадров, заканчивая консультациями по обмену опытом и выездными приемами.

Медики Серпухова самым тесным образом сотрудничают с МОНКИ. В конце прошлого года Филипп Николаевич Палеев приезжал в Серпухов с визитом. Также в декабре прошлого года специалисты МОНКИ приезжали в Серпухов с рабочим визитом для оказания консультаций наиболее сложным больным. Возможно, со стремительным развитием телемедицины такие консультации станут более доступными.

В феврале этого года тренажерный центр МОНКИ радушно встретил серпуховских старшеклассников, которых преподаватели института учили оказывать первую помощь. Филипп Николаевич с улыбкой вспоминал, как попросил сотрудников центра сделать все более правдоподобным, «показать побольше крови», чтобы ребята не просто посмотрели красочные таблицы, а получили более реалистичный эффект. Сейчас в планах учреждения проводить такие впечатляющие уроки для молодежи по всей Московской области.

В планах МОНКИ – реорганизация поликлиники, ремонт внутренних помещений, усовершенствование электронной регистратуры, внедрение виртуальной карты пациента, в которую будут вноситься результаты всех анализов и исследований. И еще много инноваций, разработкой которых каждый день занимаются ученые института, в центре внимания которых всегда остается человек.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (МОНКИ) – крупный многопрофильный лечебно-профилактический, а также научно-учебный комплекс, который оказывает высококвалифицированную помощь в области лечения, консультаций и диагностирования жителям всего Подмосковья. В распоряжении института 32 терапевтических и хирургических клиники на 1105 лечебных коек, в МОНКИ работает 2500 сотрудников, среди них кандидаты и доктора наук, профессора, академики, заслуженные деятели науки. Только за два первых месяца 2014 года медицинскую помощь в МОНКИ получили около 30 тысяч человек.

*Официальный сайт г. Серпухова
(21.03.2014)*

Принцип анонимности

Немецкие врачи научат наших, как отвечать перед пациентом

В нашей стране предполагается провести несколько «пилотов», в которых будут применяться немецкие принципы контроля за работой врачей. Национальная медицинская палата и Немецкая врачебная палата подписали договор о сотрудничестве, цель – использовать у нас подходы одной из лучших в Европе систем здравоохранения.

«Для нас важны система независимой профессиональной экспертизы и контроля качества оказания медпомощи, которые используют в Германии», – сообщил «РГ» глава Национальной медпалаты Леонид Рощаль.

Напомним, что Минздрав и профсообщество договорились обсуждать все проекты нормативных актов, касающиеся профессиональной деятельности медработников. Одна из болевых точек – ответственность перед пациентом. Когда год назад Минздрав подготовил проект закона о врачебных ошибках, многие приняли его скептически. Предлагалось страховать ответственность за возможный ущерб здоровью при лечении. И выплачивать серьезную компенсацию: от одного до двух миллионов рублей (правда, только в самых тяжелых случаях).

Но отвечать, как предполагалось, должен не врач, допустивший халатность, а медучреждение. Для госклиник страховка оплачивается за счет ОМС, частники же должны приобретать ее сами. То есть фактически за счет пациентов. В результате, утверждали критики, тарифы в платной медицине вырастут, а бесплатно лечить станем меньше, и при этом врач лично никак не заинтересован работать качественно. Критиковалось и предложение, согласно которому решение о выплате компенсаций должны принимать комиссии при региональных минздравах. Эксперты считали, что чиновники не будут «выносить сор из избы» и экспертиза не будет объективной.

Одним словом, после бурного первого обсуждения законопроект решено было доработать. Теперь, возможно, с учетом немецкого опыта.

В Германии конфликтами из-за плохого исхода при лечении тоже занимаются комиссии, но действуют они при профессиональных медорганизациях – врачебных палатах. Именно они и определяют – виновен ли медицинский работник. В Германии врач является субъектом права. Если его обвиняют во врачебной ошибке, в нарушении этики, в неоказании помощи или каком-то другом преступлении, сначала в этом деле разбирается именно Палата. Проводится независимая профессиональная экспертиза. Причем для объективности – на принципах анонимности. Документы поступают к экспертам в обезличенном виде, они изучают дело и выносят решение, не зная ни пациента, ни врача, ни клинику.

Работу таких комиссий оплачивают страховые компании. При этом, как пояснили «РГ» в Национальной медицинской палате, 80% ошибок рассматриваются в рамках работы комиссии, а 20% доходят до суда, который и выносит решение о том, кто в итоге несет ответственность. Насколько реально применить этот вариант ответственности врача в России, еще

предстоит решить. Камень преткновения – низкие доходы российских медиков. Тем не менее, немецкую модель предполагается опробовать в нескольких регионах, и если опыт окажется положительным – распространить по всей стране.

*Российская газета, Москва,
(25.03.2014)*

Клик на каждый чих

Бумажные больничные в России хотят заменить на электронные

Электронные больничные вместо бумажных начнут скоро выписывать в 17 регионах России. Здесь будут «обкатывать» новую технологию, после чего опыт распространят на всю страну.

О том, что из себя будет представлять электронный листок нетрудоспособности и какие есть сложности с его внедрением, в конце прошлой недели обсуждали на всероссийском совещании, организованном Фондом социального страхования России (ФСС).

«Схема такая: приходит больной в поликлинику, выписывает больничный лист, а врач заносит эти сведения в компьютер, – рассказала руководитель департамента страхования ФСС Марина Сальникова, – на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством». По сети Интернет все это отправляется в ФСС, фонд фиксирует открытие больничного. Когда он закрывается, сведения об этом в электронном виде получает и страхователь. Таким образом, работодатель точно знает, что его работник не прогулял, а действительно болел, и у него, и у фонда есть все сведения, необходимые для начисления пособия.

«Отработав эту электронную технологию на маленьких моделях, состоящих из отдельно взятых работодателей, поликлиник и региональных отделений ФСС, мы сможем понять, какие возможны проблемы при распространении этого опыта, и создать условия для их минимизации», – сказала Марина Сальникова. И выразила надежду, что электронные больничные появятся в обозримом будущем. «Модель заработает, когда совпадут информационные системы всех участников и будет возможность обмена электронными данными», – добавила она.

Изначально «обкатать» технологию планировали в 8 регионах – тех самых, которые стали «пилотами» по выплате пособий людям не через работодателя, а напрямую из фонда соцстраха – там процесс электронного взаимодействия между работодателем и фондом хорошо отработан. Потом о желании присоединиться к проекту заявили еще десять регионов, в их числе Москва, Санкт-Петербург, Татарстан, Самара и Липецк. «Для отработки нового механизма достаточно 10 процентов регионов. А у нас сегодня фактически в 2 раза больше», – говорит Марина Сальникова. Отобраны отдельные организации здравоохранения и страхователи. Между ними подписано 36 соглашений в 10 регионах. За семи регионами еще «долг» по подписанию таких документов.

Какие сложности уже лежат на поверхности при внедрении электронного листка нетрудоспособности? Во-первых,

есть проблема оперативного доступа к базам данных. Во-вторых, сопротивление со стороны врачей из-за необходимости покупать электронные платформы, платы за Интернет и компьютер. А также они опасаются, что заполнение электронного больничного потребует больше времени, чем бумажного.

Третья проблема появляется, если работник не хочет информировать работодателя о своей болезни, например, все равно ходит на работу или взял отпуск. Но система сообщит работодателю всю информацию автоматически. Пока не урегулированы вопросы обмена персональными данными с другими ведомствами, хранения электронных документов. Кроме того, система требует очень быстрых каналов связи.

Но в конечном итоге новый больничный «стоит свеч». Как ранее отмечал глава ФСС Андрей Кигим, внедрение системы электронных больничных не только сократит количество бумажных документов и расходы на производство бланков, но и позволит полностью исключить из оборота поддельные больничные листы. «Самое важное, конечно, — это сохранность персональных данных граждан. Мы устали от того, что торгуют номерами телефонов. Мы не можем запустить проект, если не гарантируем, что самая важная информация не станет публичной. Поэтому первые шаги по реализации проекта должны быть очень аккуратными», — говорил Андрей Кигим.

По словам Марины Сальниковой, бумажный лист будет отменен только тогда, когда мы поймем, что отработка завершена и что электронное взаимодействие у нас действительно существует.

*Российская газета, Москва
(07.04.2014)*

Больница в частные руки

Московская область планирует передать в концессию проект строительства двух онкоррадиологических центров — на базе областного онкологического диспансера в Балашихе и Городской клинической больницы в Подольске, — говорится в презентации Министерства инвестиций и инноваций региона (есть у «Ведомостей»). Проекты обойдутся инвесторам в 4,3 млрд руб.

Сейчас злокачественные заболевания на втором месте в структуре причин смертности в России. В 2012 г. в Московской области выявлено 23 334 новых случая онкологических заболеваний, на учете состояло 180 270 человек — это 2,6% населения области, — говорится в презентации. За счет строительства новых центров с отделениями лучевой диагностики и лучевой терапии доля больных с выявленными на ранней стадии злокачественными новообразованиями вырастет с 52,2 до 57,3%, говорится в презентации. А формат государственно-частного партнерства (ГЧП) позволит сократить сроки строительства и оптимизировать расходы на строительство, оснащение и проч.

Объявить конкурс Московская область, по данным презентации, планирует в конце апреля, выбрать концессионера — в сентябре. Начать работу центры должны в 2017 г.

Создание центров, по подсчетам министерства, обойдется

концессионеру в 4,3 млрд руб.: само строительство потребует 1,2 млрд руб., на оборудование нужно 1,7 млрд руб., еще 1,4 млрд руб. — это проценты по кредиту. По условиям соглашения концессионер возьмет на себя часть областного заказа. Взамен область до 2021 г. будет оплачивать его услуги, исходя из тарифов территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС), плюс 43% от этого тарифа за счет субвенций из бюджета области. С 2017 по 2021 гг. инвестор получит 6,7 млрд руб. дохода, из них 6,2 млрд руб. — за счет средств ОМС и бюджета области, — говорится в презентации, — достичь точки безубыточности получится в I квартале 2019 г., выйти на окупаемость — в 2023 г. Срок окупаемости лечебных учреждений с учетом недвижимости составляет 8-10 лет, говорит партнер и управляющий директор консалтинговой компании ДМГ Владимир Гераскин. Сроки концессии министерство не указывает.

Это неокончательные цифры, — говорит представитель министерства, — итоговый вариант должен быть утвержден на этой неделе. От других комментариев он отказался.

Передавать имущество лечебных учреждений в концессию позволяет закон «О концессионных соглашениях». Руководитель Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов говорит, что ему неизвестно о других концессиях в Московской области. Но в России примеры подобной работы есть.

В 2011 г. мэрия Новосибирска передала на 22 года частной клинике «Авиценна» по договору концессии роддом № 1. В том же году Министерство земельных и имущественных отношений Татарстана передало компании «Ава-петер» (владеет клиниками «Ава-петер» и «Скандинавия») в концессию помещения Центра планирования семьи. В 2013 г. группа «Европейский медицинский центр» (ЕМС) получила от Москвы в концессию 63-ю городскую больницу на ул. Дурова.

Концессия позволяет местным властям не нести расходы на строительство и содержание лечебного учреждения, а инвестор за счет госзаказа может загрузить мощности (обычно в первые год-два работы загрузка нового центра не превышает 30%) и снизить убытки первых лет проекта, — говорит Гераскин. Но на практике, отмечает он, власти обычно не могут гарантировать инвестору объем госзаказа, а это не позволяет рассчитать возврат вложений. Несколько лет назад в Нижнем Новгороде планировалось строительство онкологического центра на условиях ГЧП. Но проект так и остался на бумаге, — напоминает директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Лариса Попович, — власти не смогли представить инвестору финансовые гарантии и удовлетворительную схему возврата инвестиций.

«Модель ГЧП себя оправдывает,» — уверен гендиректор «Ава-петер» Глеб Михайлик. По его словам, «компания потратила на реконструкцию центра 55 млн руб. и планировала окупить инвестиции за 5-6 лет. Но, вероятно, этот срок сократится до 4-5 лет».

Директор «Авиценны» Борис Айзикович «в целом доволен» сотрудничеством с городом. По условиям соглашения, — говорит Айзикович, — компания должна была инвестировать в реставрацию здания роддома 60 млн руб., но просчиталась — реставрация стоила 90 млн руб. Но концессия все равно

выгоднее прямой аренды. За 20 лет прямой аренды роддома (1800 кв. м) компания «Авиценна» заплатила бы более 300 млн руб., а по договору концессии с учетом инвестиций в реконструкцию и затрат на ЭКО заплатит за использование здания около 220 млн руб., — говорит Айзикович.

Правда, зарабатывать на госзаказе не получается. Структура тарифа ОМС, по словам Михайлика, не включает инвестиционные затраты, в ней нет такого понятия, как рентабельность.

Правда, пока желающих поучаствовать в подмосковных проектах «Ведомостям» найти не удалось. GEMC, по словам ее гендиректора Артема Гапеева, полностью сконцентрирована на проекте в Москве. ОАО «Медицина», — говорит его президент Григорий Ройтберг, — тоже всецело поглощено двумя действующими инвестпроектами.

*Ведомости, Москва,
(07.04.2014)*

Оплату лечения нелегальных мигрантов хотят переложить на их родину

Минздрав области просит федеральные власти договориться со странами СНГ о компенсации расходов на лечение своих граждан в России.

Подмосковные власти обратилось в Минздрав и Федеральный фонд ОМС с просьбой заключить соглашения с рядом стран, в соответствии с которыми затраты на лечение нелегальных мигрантов компенсировались бы из бюджета того государства, откуда они приехали. О том, что инициатива обсуждается с федеральными ведомствами, «Известиям» рассказала глава министерства здравоохранения Московской области Нина Суслонова. В Подмоскovie начал функционировать центр временного содержания для мигрантов — чиновники и медики опасаются, что на лечение болезней, которыми часто болеют приезжие, потребуется много средств, а это негативно скажется на бюджете области.

«326-й закон, которым сейчас мы руководствуемся в обязательном медицинском страховании граждан РФ, распространяется на иностранных граждан, которые легально постоянно или временно проживают на территории России, — рассказала Суслонова. — Они получают полис ОМС на срок действия разрешения на пребывание нашей страны. Однако сейчас открылся центр временного содержания для нелегальных мигрантов в Егорьевске, и нужно понять, кто будет возмещать средства на их лечение, которые сейчас обеспечиваются за счет местных бюджетов и бюджета области. Дело в том, что есть болезни, специфические для трудовых мигрантов, например, туберкулез, брюшной тиф и др. Лечение этих болезней очень дорогостоящее, и логично, если их лечение будут оплачивать те страны, откуда они приехали. Мы прорабатываем этот вопрос, ищем механизмы, обсуждаем его с Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС.

Министр пояснила, что соглашения о компенсации средств, затраченных на лечение нелегальных мигрантов, необходимо заключить с Таджикистаном, Узбекистаном, Киргизией

и рядом других государств, откуда на работу в Россию часто приезжают люди и на легальной основе».

Заместитель директора территориального фонда ОМС по Московской области Юлия Слиденко рассказала, что сегодня затраты на лечение нелегалов несут местные и региональный бюджеты, что ложится тяжелым бременем на всю область.

— Лечение нелегальных мигрантов, которые поступают в центр временного содержания, происходит так: в самом центре есть медпункт, там медсестра или фельдшер может оказать человеку доврачебную помощь, — объяснила Слиденко. — Если случается что-то экстренное — приступ аппендицита или роды, пациента забирает скорая, отвозит в ближайшую больницу, и тогда средства на лечение выделяются из бюджета того или иного города. Если необходима консультация специализированная — в туберкулезном диспансере или психоневрологическом, — это учреждения областного уровня, и в данном случае средства выделяются из областного бюджета.

В то же время председатель международной ассоциации «Трудовая миграция» Николай Курдюмов уверен, что вероятность заключить подобные соглашения с развивающимися странами невелика, так как эти страны не направляют нелегалов на работу в Россию — такие мигранты пересекают границу незаконно.

«У таких государств, как Узбекистан, Таджикистан нет лишних денег, хотя они и заинтересованы в том, чтобы их граждане имели возможность поехать на работу в Россию, — пояснил Курдюмов. — Но проводить переговоры по этому поводу в любом случае необходимо. Может быть, реально было бы достигнуть договоренностей хотя бы о частичной компенсации».

Как заявлял ранее губернатор Подмоскovie Андрей Воробьев, на территории Московской области насчитывается более 1 млн мигрантов, из которых не менее 300 тыс. находятся на нелегальном положении. Наиболее густонаселенные мигрантами районы региона — Балашиха, Котельники, Лосино-Петровский, Раменский, Солнечногорский, Одинцовский районы.

*Известия, Москва
(08.04.2014)*

Путин: в системе ОМС нужна структура, финансирующая федеральные лечебные заведения

Президент России Владимир Путин указал, что в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) должна быть создана отдельная структура, которая будет финансировать федеральные лечебные заведения.

На встрече президента с активом ОНФ ректор Санкт-Петербургского мединститута Сергей Бабенко пожаловался, что в этом году финансирование его федерального учреждения было сокращено на 35%, и механизма замещения нет. «Деньги закончатся к концу мая. Речь идет о том, чтобы ускорить процесс выделения денег на этот год, заняться 2015 годом,

там заложена та же проблема. Мы уже сейчас начнем строить плановые задания, закупки медикаментов на следующий год, на 2016 год механизм вообще не ясен», - указал Бабенко. Он пожаловался, что из-за этих проблем врачебное сообщество в регионах «напрягается».

В ответ Президент указал, что «эта проблема острая, но не тупиковая», она связана с взаимодействием нескольких министерств - Минфина, Минздрава, ОМС. «Проблема возникла тогда, когда было принято правительством решение передать финансирование федеральных учреждений в систему ОМС. Как говорят «Гладко было на бумаге, да забыли про овраги». А овраги заключаются в том, что в системе ОМС предусмотрено финансирование региональных учреждений, деньги туда передали, но регионы озабочены решением проблем своих учреждений. Хотя им было сказано заранее, вы эти должны финансировать - «нет, они сначала финансируют свое», - указал Путин.

По его словам, решение заключается в том, что «часть медицинских учреждений, важных для регионов, их нужно и необходимо передать в регионы и добиться их полного ритмичного финансирования, а часть должна остаться федеральными, и для них нужно организовать либо прямое бюджетное финансирование, либо через вновь созданную структуру ОМС».

«Нужно делать все своевременно, отработать механизмы и на 2015, и 2016 год, чтобы люди знали заранее, какие параметры, какие механизмы будут задействованы. Но они отработаны, надеюсь, что в ближайшее время окончательно будут поставлены точки над «і», - сказал глава государства.

Региональные программы по лечению детей с генетическими заболеваниями

Президент также поддержал идею субсидирования региональных программ по лечению и диагностике детей с генетическими заболеваниями.

Во время встречи один из «фронтовиков» - руководитель детской больницы - затронул проблему исполнения регионами программ по лечению и диагностике детей с генетическими отклонениями. Он признал, что таких больных немного, но стоимость лечения очень высокая и может достигать до 30 млн рублей в год. Врач подчеркнул, что некоторые регионы не потянут эту работу и попросил президента помочь субъектам.

Глава Минздрава Вероника Скворцова, также находящаяся в зале, подтвердила, что лечение части генных отклонений происходит за счет федеральных средств, а другая часть лежит в зоне ответственности регионов.

«Это самая дорогостоящая группа, их всего около 200 пациентов на всю страну, и лечение одного больного стоит от 30 до 80 млн рублей в год. Мы посчитали, что стоимость решения проблемы по этим больным 4,5 млрд рублей», - сказала министр, предложив пути ее решения.

Скворцова напомнила, что в прошлом году Минздрав получил очень большую экономию на централизованных закупках медицинских препаратов. «Если в этом году мы это повторим, то нам хватит этих денег, которые мы по экономии получаем, и если нас Минфин поддержит, то это позволит закрыть проблему хотя бы частично», - подчеркнула она.

«Пожалуйста, давайте», - напутствовал министра Путин.

Также глава государства поддержал идею субсидирования регионов по программе диагностирования генетических заболеваний. Руководитель клиники напомнил, что со следующего года регионы лишаются федеральной поддержки по этому вопросу, а такая диагностика спасает многим жизни.

«Я согласен, это хорошее предложение, - сказал президент. - Нельзя все это целиком перебрасывать на регионы, хотя бы 50х50 надо чтобы было».

ИТАР-ТАСС, Москва,
(10.04.2014)

На волоске от истины

В Кремлевской поликлинике открылся первый в России геномный центр.

Еще у многих на слуху история Анджелины Джоли, которая в целях профилактики возможного развития рака удалила себе обе груди и яичники. При обсуждении, в том числе и специалистами, ее необычного поступка были сторонники и противники. Сегодня эту непростую проблему обозреватель «РГ» обсуждает с главным врачом Поликлиники №1 Управления делами президента РФ доктором медицинских наук профессором Евгением Никоновым.

— Евгений Леонидович, Ваш адрес выбран не случайно: в руководимой Вами поликлинике создана генетическая лаборатория, геномный центр. Впечатление такое, что здесь специалисты на уникальных приборах могут по капле крови или слюны, по одному волоску не только предсказать, какие у человека могут развиваться болезни, но и как они будут протекать, каков прогноз и так далее. Это не из области сказок? Действительно такие возможности есть?

Евгений Никонов: Есть. И возникло все это не на пустом месте. В 2015 году нашей поликлинике исполнилось 90 лет. Создана она была как маленькая амбулатория, чтобы не допустить проникновения какой-либо инфекции на территорию Кремля, куда из Петрограда переехало правительство после революции. А наша Кремлевская поликлиника появилась в 1925 году и знаменита тем, что именно в ней в 40-е годы разработана уникальная система диспансеризации, которая затем успешно действовала в стране. Ее опыт в какой-то мере перенимали другие страны. Увы, в лихие девяностые годы от такой диспансеризации пришлось отказаться. Сейчас началось ее возрождение. А вот в нашей поликлинике удалось систему сохранить. Потому что среди наших пациентов так много долгожителей, в том числе участников Великой Отечественной войны, чем мы очень дорожим. И лаборатория, о которой сегодня речь, — одно из главных звеньев в развитии этой системы персонифицированной медицины. Создан геномный центр год назад. Аналогов ему пока нет, а для Кремлевской поликлиники — это закономерный выбор, она и создавалась как персонифицированное учреждение — все сугубо индивидуально. В основе всего — генетика. А если точнее, возможность выявления индивидуальной предрасположенности к тому или иному заболеванию. Здесь не

базируются на так называемой средней температуре по больнице, когда лечат по стандартам популяции, а не конкретного человека. То есть на каждого составляется его генетический паспорт. В нем вся информация о человеке.

Можем точно определить процент риска развития того или иного заболевания. Определить, какой препарат, в какой дозе максимально поможет именно данному пациенту.

— *В случае с Анджелиной Джоли речь шла о наследственной форме рака. У ее мамы был рак женских органов. И Анджелина, напуганная возможностью развития этого вида рака у нее, решила на несколько операций. Была в этом необходимость? Мнения специалистов на этот счет не совпадают...*

Евгений Никонов: Есть наследственные формы рака, которые можно предсказать. Это и случай с Анджелиной Джоли. Есть разные подходы к ведению таких пациентов. Наполеон Бонапарт, страдавший наследственной формой рака желудка, мог быть спасен, если бы тогда на острове Святой Елены была лаборатория, подобная нашей. Ему бы все предсказали. Удалили бы опухоль, и он продолжал бы жить. Сейчас можно подобные ситуации предсказывать, применять соответствующее лечение. Анджелина приняла свое решение.

— *А если бы обратилась к Вам? Что бы Вы посоветовали?*

Евгений Никонов: В подобных ситуациях нельзя навязывать решения. Надо предлагать выбор. Скажем, либо регулярная диспансеризация и активное наблюдение, то есть каждый год проходить необходимые обследования. Либо то, на что решилась актриса. В нашем геномном центре можно относительно быстро определить количество мутаций в онкогенах. Это важно для пациентов, генетически предрасположенных к раковым болезням, что позволяет вести лечение в зависимости от индивидуального генотипа. Центр проводит исследования, определяющие предрасположенность почти к 200 заболеваний у конкретного человека.

— *Геном таит в себе не только раковые тайны. В развитии разных недугов играют роль врожденные изменения в геноме. Они могут стать причиной атеросклероза, ишемической болезни сердца, остеопороза, сахарного диабета, бронхиальной астмы и так далее. В геномном центре можно по капле крови, слюны, даже волоска узнать истину о себе, узнать, к каким болезням предрасположен организм?*

Евгений Никонов: Именно так. У каждого человека есть генетическая память – большая молекула ДНК. По сути ДНК – это цепочка генов. А наши гены отвечают в организме за все: за цвет кожи, глаз, волос и прочее. Есть гены, отвечающие за болезни. Поэтому ДНК конкретного человека может нести в себе информацию о каком-то заболевании и, как это ни прискорбно, запускать его развитие в организме в определенный период. Генная диагностика позволяет выяснить: присутствует ли ген конкретного недуга в организме пациента или нет. Тот же рак молочной железы. За него отвечает определенный ген. Скажем, у женщины был рак молочной железы. Значит, ее дочь может быть носителем ракового гена. Делаем анализ. Есть ли этот ген у дочери?

Если его нет, девушка может жить спокойно, рак ей не грозит. А вот если ген есть, значит, есть и предрасположенность к раку. Значит, надо регулярно проходить обследование, чтобы «поймать» рак на ранней стадии.

— *Рак в таком случае разовьется обязательно?*

Евгений Никонов: Нет. Но риск есть. И под действием различных негативных факторов процесс может запуститься. В геномном центре пациент может узнать о своих «генах предрасположенности» к той или иной болезни и своевременно принять меры, воспрепятствовать ее развитию. А врачу это поможет определить индивидуальную дозу лекарства для конкретного человека. Это важно: у большого числа людей она может в разы отличаться от средней в популяции. Подобная информация особенно важна, например, в послеоперационный период.

— *Что имеете в виду?*

Евгений Никонов: После операций на сердце, сосудах пациентам прописывается прием Варфарина. Это антикоагулянт, который предотвращает свертываемость крови. Варфарин применяется и для профилактики инсульта, снижая риск его возникновения на 64%. Но... прием Варфарина не случайно сопровождается обязательным контролем картины крови. Дозирование Варфарина осложняется тем, что он взаимодействует со многими лекарствами и даже с химическими веществами, которые присутствуют в некоторых продуктах. Исследования геномного центра позволяют учитывать эти, казалось бы, невидимые нюансы и назначать эффективную дозу препарата. А возбудителей болезни можно выявить в любом биологическом материале: в моче, слюне, мокроте, волосах. Это касается и выявления вируса в организме. И не только выявления. Можно узнать его характер, действие назначенного лечения. В конце лечения врач может провести контрольное исследование и понять: пациент полностью здоров или вирус затаился и ждет своего момента для нового наступления.

— *А вирус можно «увидеть» лишь тогда, когда он вполне заявил о себе, захватил организм или..?*

Евгений Никонов: Или. Геномные исследования настолько чувствительны, что вирусные инфекции обнаруживаются сразу после заражения. Даже за месяцы до того, как у пациента появятся симптомы заболевания. Выявить возбудителей болезни можно в любом биологическом материале. Даже волосок несет в себе истину.

— *Подобные центры стоят огромных денег. Но по большому счету приносят экономическую выгоду: предупреждают развитие болезней, позволяют эффективнее избавлять от них. Однако пока Ваш центр в гордом одиночестве. А первая ласточка...*

Евгений Никонов: Хотите сказать, первая погоды не делает? Мы рассчитываем на другое: на то, что пример заразителен. И не только дурной, но и хороший. Это почти закон генетики. А без нее в наше время не обойтись.

*Российская газета, Москва
(25.04.2014)*

Госсобственность будут строить за счет денег Пенсионного фонда

Правительство России создает правовые условия для бюджетных инвестиций за счет денег Пенсионного фонда и Фонда социального страхования. Эти средства пойдут как на строительство объектов государственной собственности, так и на покупку уже готовых. Об этом говорится в постановлениях, подписанных премьер-министром России Дмитрием Медведевым и опубликованных на сайте кабмина. Документы подготовлены Минтрудом по поручению Правительства.

Инвестировать деньги фондов в госсобственность теперь будут по прозрачным правилам. «Одним из основных критериев отбора объектов капитального строительства и объектов недвижимого имущества для осуществления бюджетных инвестиций являются приоритеты и цели развития фонда на среднесрочный и долгосрочный периоды», - подчеркивают на сайте правительства.

В частности, для принятия окончательных решений вводится ценовая отсечка – 1,5 миллиарда рублей. Если смета капитального строительства госсобственности или стоимость покупки недвижимости больше этой суммы, то решение об инвестировании примет правительство. Если же меньше, то – Минтруд либо Фонд социального страхования.

«Бюджетные инвестиции осуществляются на основании государственных контрактов, заключенных в соответствующих целях (строительство, реконструкция или приобретение объектов). Контракты оплачиваются в пределах лимитов бюджетных обязательств, доведенных до органа управления фонда как получателя бюджетных средств», - говорится на официальном портале кабмина. И в итоге все те объекты, которые удалось построить или приобрести, будут закреплены на праве оперативного управления за самими фондами.

*Российская газета, Москва
(13.05.2014)*

СПИД на все времена?

Геннадий Онищенко: Пандемия ВИЧ/СПИД – серьезнейшая угроза для жизни людей и развития целых обществ.

В Москве вчера и сегодня уже четвертый раз работает крупнейший региональный форум – 4-я Конференция по проблеме ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии. Накануне события обозреватель «РГ» беседовал с сопредседателем оргкомитета конференции академиком РАН Геннадием Онищенко.

— *Геннадий Григорьевич! Конференция соберет более 1500 представителей государственных и неправительственных организаций, науки и бизнеса, людей, живущих с ВИЧ, врачей, политических и религиозных деятелей из 44 стран.*

Геннадий Онищенко: Такое представительство оправдано: как никогда актуально укрепление регионального сотрудничества, объединение усилий в противодействии эпидемии, обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению

и медико-социальной поддержке при ВИЧ/СПИД. Острота проблемы очевидна не только для Азии и Африки, но и для европейского пространства. Распространение заболевания в странах Центральной и Восточной Европы, к сожалению, идет интенсивно.

— *И это несмотря на то, что за последние 14 лет мир добился значительного прогресса в борьбе с ВИЧ-инфекцией?*

Геннадий Онищенко: Прогресс действительно есть: по сравнению с 2001 годом регистрируется на 33% меньше новых случаев инфицирования, в том числе на 59% сократилось число новых случаев среди детей, а смертность с 2005 года уменьшилась на 29%. В 2002–2012 годах количество людей, имеющих доступ к необходимому при ВИЧ/СПИД лечению, увеличилось в 40 раз.

И тем не менее...

Геннадий Онищенко: Тем не менее проблема распространения ВИЧ-инфекции – одна из основных угроз для целых стран и континентов. По данным ВОЗ, в 2013 году охват терапией в странах с низким и средним уровнем доходов составлял лишь 34% от 28,6 млн людей, нуждающихся в таком лечении. Приходится признать: остановить распространение эпидемии ВИЧ-инфекции в большинстве стран Восточной Европы и Центральной Азии (в первую очередь речь идет о странах СНГ) пока не удастся. По уровню распространения ВИЧ-инфекции наш регион занимает третье место в мире. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции в регионе среди лиц 15–49 лет составляет 0,7%. При среднем по миру 0,8%.

— *А в Российской Федерации?*

Геннадий Онищенко: Число граждан, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, начиная с 1987 года, приближается к 800 тысячам человек. Особенность современной эпидемии – быстрое увеличение женщин в структуре заболевших. Соотношение ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин в регионе составляет, по оценкам экспертов, 1 к 3. А в последние годы количество инфицированных женщин растет в 2–3 раза быстрее, чем это было пять лет назад. Ведущий путь передачи инфекции для большинства женщин – половой. Инфицируются при половых контактах с потребителями наркотиков, в том числе являвшихся их постоянными половыми партнерами или супругами, мужьями – трудовыми мигрантами.

— *Растет и количество ВИЧ-инфицированных беременных и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными ...*

Геннадий Онищенко: Без проведения специальной антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированным беременным риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка составляет от 35% до 50%. Между тем, своевременная и качественная терапия снижает такие риски до 1–2%. Программой ООН по борьбе со СПИДом (ЮНЭЙДС) поставлена задача снизить до нуля риск вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и число детей, инфицированных ВИЧ во время беременности и родов. В нашей стране 95,7% ВИЧ-инфицированных беременных, завершивших беременность родами, получают химиопрофилактику. Показатель инфицирования ВИЧ-инфекцией при перинатальных контактах снизился с 6% в 2009 году до 3,3% в 2013 г. Но нас беспокоят те 4,3% женщин, которые по разным причинам не обращаются в

медицинские учреждения, не становятся на учет, не получают лечение или отказываются от терапии по религиозным либо иным соображениям, тем самым не защищая своего будущего ребенка от болезни.

— *В программе конференции - обсуждение проблем, связанных с ростом заболеваемости сочетанной инфекцией: ВИЧ + туберкулез, рост смертности от туберкулеза.*

Геннадий Онищенко: Это не случайно. На фоне иммунодефицита к ВИЧ-инфекции присоединяется туберкулез. И это особенно опасно в странах, где люди привыкли жить большими семьями, тесно общаются друг с другом. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, протекает атипично, встречаются такие формы туберкулеза, которые сложно диагностировать. Поэтому более 40% ВИЧ-инфицированных умирают именно в связи с поздней диагностикой и поздним назначением лечения от туберкулеза.

Вместе с тем во всех странах региона заметно выросла доступность антиретровирусной терапии, особенно ВИЧ-инфицированных беременных и детей. В России объем финансирования на закупку диагностических средств и лекарственных препаратов за счет федерального бюджета за период действия национального проекта «Здоровье» с 2006 по 2013 год составил более 102 млрд рублей. А в 2013 году выделенные федеральные лимиты на диагностику, лечение и профилактику ВИЧ-инфекции в 2,1 раза превышали аналогичные инвестиции 2009 года. Количество людей, получающих терапию в 2013 году, возросло в 2,8 раза по сравнению с 2009 годом. Лечение антиретровирусными препаратами получали 156 858 ВИЧ-инфицированных. Это 95,7% от нуждающихся.

— *Препараты, тест-системы – импортные?*

Геннадий Онищенко: Не всегда. В стране налажен выпуск 23 генерических антиретровирусных препаратов (дженериков), выпускается более 40 диагностических тест-систем, используемых для выявления ВИЧ-инфекции, мониторинга эффективности и безопасности лечения.

— *Первопричиной и «двигателем» эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе, кроме половой передачи, по-прежнему остается эпидемия наркомании?*

Геннадий Онищенко: К сожалению, так. «Традиционные наркотики» (героин) активно вытесняются синтетическими наркотиками, в том числе стимуляторами амфетаминового ряда, а также синтетическими каннабиноидами и синтетическими опиоидами (Метадон). Их применение увеличивает риск инфицирования ВИЧ и парентеральными гепатитами. Особенно заметно распространение синтетических наркотиков в регионах Дальнего Востока и Сибири.

Наша планета как экологическая система вошла в зону повышенного риска. Появление новых инфекционных болезней: лихорадки Эбола, Марбурга, ближневосточный острый респираторный синдром (коронавирусная инфекция) и др., активизация забытых «старых» болезней и, наконец, эпидемия избыточного веса и наркомании, уносящая жизни молодых людей... Вся эта тревожная палитра жизни современного человека вытесняет из его сознания уже привычный, известный риск, связанный с эпидемией ВИЧ-инфекции. Успокаивающе

знания о наличии лекарств, если не излечивающих, то продляющих жизнь до средней продолжительности, снизило градус угрозы ВИЧ-инфекции в глазах общества и лиц, принимающих решения.

Но нужно помнить, что когда более четверти века назад Генеральная Ассамблея ООН объявила, что распространение СПИДа приняло масштабы глобальной пандемии, немногие медицинские специалисты и обычные граждане представляли реальную угрозу эпидемии ВИЧ-инфекции и связанные с ней последствия, которые, как стало ясно позже, оказались значительно разрушительней, чем прогнозируемые. Правда, если на предыдущей конференции речь шла о триединой эпидемии – наркомании, ВИЧ/СПИД и гепатита В, то теперь, слава Богу, о гепатите речи нет. Благодаря иммунизации удалось с острой формой этой инфекции справиться. А вот наркомания и ВИЧ/СПИД остались.

С начала эпидемии более 70 миллионов человек заразились ВИЧ-инфекцией. Количество людей, живущих с ВИЧ, в 2012 году составляло, по оценкам ООН, 35,3 миллиона человек. Каждый день происходит 6300 новых заражений ВИЧ-инфекцией, 700 из них – это дети младше 15 лет, 39% – молодые люди в возрасте 15–24 лет. И это значит только одно, и этому посвящен наш форум: несмотря на явные прорывы в борьбе со СПИДом, проблема не должна уйти из поля зрения тех, кто принимает решения, медицинских специалистов, а также всех, кому дорого собственное здоровье и здоровье их детей.

*Российская газета, Москва
(13.05.2014)*

Бюджетный хоспис на дому

Паллиативная помощь будет доступна всем нуждающимся, обещают в Минздраве.

Минздрав подготовил новые правила оказания в России паллиативной помощи — для безнадежных больных. В частности, планируется увеличение числа хосписов, а также создание выездной патронажной службы. По мнению экспертов, важное начинание может остаться на бумаге из-за нищеты региональных бюджетов, которым поручено финансирование новой системы.

Новые правила оказания паллиативной помощи безнадежным больным выставлены Минздравом на общественное обсуждение. Проект ведомственного приказа «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» разрабатывался совместно с представителями объединения социально-ответственных некоммерческих организаций.

Долго замалчивавшаяся тема получила широкий резонанс после самоубийства страдавшего онкологическим заболеванием в терминальной стадии контр-адмирала Вячеслава Апанасенко. И сейчас власти заявляют о намерении решить все связанные с ней проблемы.

Право россиян на паллиативную помощь – комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление

от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания – закреплено в ст. 36 федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». И согласно программе госгарантий этот вид медпомощи должен оказываться бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях. Немало написано в законе и о психологической поддержке пациентов и членов их семей. Но все это до сих пор оставалось на бумаге, да и представлялось людям не столь существенным на фоне основной проблемы – отсутствия обезболивания.

Согласно проекту приказа Минздрава, регулярная паллиативная помощь будет оказываться всем, в том числе и остающимся дома пациентам. При этом паллиативные стационары – это полностью бюджетные учреждения, которые не входят в систему обязательного медицинского страхования.

Каким образом будет работать предлагаемая схема, «Газете.Ru» рассказала член рабочей группы по взаимодействию с Минздравом России по подготовке порядка оказания паллиативной помощи, главный врач Первого московского хосписа им. В.В. Миллионщицкой Диана Невзорова.

— *Что принципиально новое предлагается в проекте приказа Минздрава?*

— В проекте порядка оказания паллиативной медицинской помощи представлен механизм функционирования хосписов, а также описана схема маршрутизации больных и показания для госпитализации в разные отделения, оказывающие паллиативную медицинскую помощь. Более углубленно прописана возможность оказания паллиативной помощи разными специалистами. Кроме того, прописан алгоритм передачи пациентов, при необходимости, из отделений паллиативной помощи в отделения сестринского ухода и наоборот. До настоящего момента отделения сестринского ухода для пациентов паллиативного профиля были практически закрыты. (Отделения сестринской помощи предназначены для поддерживающего лечения пожилых, одиноких, страдающих хроническими заболеваниями людей).

— *Планируется ли расширение сети паллиативных учреждений? По каким нормативам?*

— Проект документа описывает разные виды медицинских организаций, разные виды и условия оказания паллиативной медицинской помощи. Нормативы установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов и составляют 10 коек на 100 тыс. населения.

— *То есть речь идет о почти десятикратном увеличении нынешних возможностей. Кем будет создаваться и финансироваться новая служба?*

— Согласно проекту, служба паллиативной медицинской помощи, в том числе выездные бригады, организуется региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения. Финансирование паллиативной помощи также определяется регионом – за счет средств, предусмотренных в региональном бюджете. Кроме того, существует возможность финансирования и за счет средств частных медицинских и благотворительных организаций.

— *Появятся ли выездные бригады там, где нет паллиативных стационаров? Будут ли они иметь возможность выписывать лекарства на дому, чтобы не гонять родственников в поликлинику?*

— Выездные бригады не обязательно должны создаваться на базе стационарных отделений, они могут и должны существовать при любых формах медицинских организаций. Что касается лекарств, то приказ от 20 декабря 2012 г. №1175 «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета» предусматривает выписку препаратов организацией, имеющей лицензию на паллиативную помощь. Функцией выездных бригад является назначение этих препаратов. В том числе при необходимости будут назначаться и наркотические анальгетики.

В настоящее время лучшие в стране возможности для оказания паллиативной помощи имеются в Санкт-Петербурге. За ним следует Москва.

Однако, по словам заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития Леонида Печатникова, работающие сейчас в столице восемь хосписов не справляются с потребностью города. Поэтому планируется создание в столице еще двух хосписов для взрослых и одного детского, а также отделений паллиативной помощи на базе многопрофильных больниц Москвы. Всего, по словам Печатникова, в столице планируется создать 860 коек для паллиативной помощи хосписного направления. При этом заммэра ратует за развитие патронажной службы. По его мнению, хоспис – это место, где уходят из жизни люди, которые не имеют возможности достойно умереть дома. При этом многие неизлечимые больные хотели бы провести свои последние дни не в больнице, а рядом с близкими людьми.

Между тем, по мнению независимых экспертов, благие намерения Минздрава могут вновь остаться на бумаге из-за нищеты большинства региональных бюджетов.

По словам эксперта Национальной медицинской палаты, члена правления Лиги защитников прав пациентов Алексея Старченко, хотя бы первое время финансирование создания такой службы должно производиться из федерального бюджета. «Первые три года – это оснащение, отработка механизма, набор и обучение персонала. Не думаю, что на местах сразу найдутся на все это деньги, они должны быть гарантированы федеральным бюджетом. И только после того, как система заработает, можно будет передать эти полномочия в регионы», – считает эксперт.

*Газета.Ru, Москва
(14.05.2014)*

Врач этажом ниже

Первая клиника «Доктор рядом» открылась в Некрасовке

В столице только в этом году планируется открыть более 20 мини-поликлиник по программе «Доктор рядом», а всего их будет не меньше 100 в тех частях города, где нехватка вра-

чей ощущается особенно остро. Об этом сегодня рассказал жителю нового столичного района Некрасовка мэр Москвы Сергей Собянин, приехавший туда открыть первую клинику, созданную по инициативе городских властей.

Напомним, программу «Доктор рядом» разработали как альтернативу обычным перегруженным городским поликлиникам. Идея проста – терапевт ведет прием в медкабинете, расположенном на первом этаже обычного жилого дома, то есть может находиться в соседней от вас многоэтажке или вообще в одном подъезде, что называется, в шаговой доступности. Принимает врач по полисам ОМС, то есть бесплатно. А в соседних с ним кабинетах работают доктора узкой специализации, ведущие прием уже на частной основе – при желании и наличии денег можно обратиться и к ним.

Помещение под первую клинику, уже принимающую пациентов в Некрасовке, разыграли на аукционе в сентябре прошлого года, и полностью подготовить его к открытию инвестор смог за полгода с момента получения всех необходимых бумаг. На 180 квадратных метрах помимо терапевта ведут прием педиатр, отоларинголог, кардиолог, гинеколог, невролог и эндокринолог, а еще работает процедурный кабинет, УЗИ и кабинет физиотерапии. Терапевт и педиатр принимают бесплатно по полисам ОМС, к остальным врачам можно попасть за плату, причем ее размер меньше среднерыночной: в среднем прием врача стоит 1,5 тысячи рублей. Расценки же в большинстве частных клиник начинаются с 2 тысяч.

– Проблема нехватки поликлиник в Москве действительно есть, и решаем мы ее несколькими способами, – рассказал Сергей Собянин. – Во-первых, это реконструкция и оснащение современным оборудованием действующих медицинских учреждений, во-вторых, строительство новых крупных поликлинических комплексов и, в-третьих, привлечение инвесторов для создания как больших поликлиник, так и совсем маленьких, как в случае с программой «Доктор рядом». Она уже приобретает солидные очертания, и мы предполагаем, что такие небольшие поликлиники, находящиеся в шаговой доступности от потенциальных пациентов, будут посещать около полумиллиона человек.

Очень интересна экономическая модель, по которой реализуется проект «Доктор рядом». Все помещения под поликлиники выставляются на торги, где за них борются инвесторы. Тот, кто предложит наибольшую цену, получает помещение в аренду на 20 лет. Пока идет ремонт и оснаще-

ние клиники, инвестор платит городу ставку, установленную в ходе торгов. Она может достигать нескольких миллионов рублей в год. А вот после открытия медкабинета город устанавливает льготную арендную ставку – рубль за квадратный метр в год. Это стимулирует инвесторов к участию в проекте, делает его выгодным и позволяет городу ставить условие об обязательном приеме по полисам ОМС.

– Этот проект представляет собой очень хороший пример государственно-частного партнерства, когда выигрывают все: и город, и бизнес, – уверен заммэра Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников. – Мини-поликлиники хороши тем, что создать с нуля их можно за какие-то полгода, а также большое значение имеет их приближенность к людям: медкабинеты располагаются на первых этажах жилых домов.

Площадь мини-поликлиник составляет от 150 до 250 квадратных метров, но в ближайшее время это может измениться, власти подбирают новые помещения и их метраж зачастую больше. Всего в этом году должны реализовать не меньше 60 помещений, причем за первые 20 инвесторы поборются уже в ближайшие дни: аукцион назначен на 27 мая. Компания, открывшая первую клинику в Некрасовке, всего выиграла в тендерах 9 помещений и планирует в дальнейшем создать сеть из 20–25 мини-поликлиник. Председатель совета директоров компании Владимир Гурдус рассказал «РГ», что программа представляет для бизнесменов серьезный интерес. «Вложения в каждую клинику составляют порядка 20–25 миллионов рублей, из которых половина тратится на ремонт и закупку оборудования, и еще половина – это оборотный капитал, который нужен до того, как клиника выйдет на самоокупаемость. Срок окупаемости одной клиники, по нашим подсчетам, составит около 3 лет», – пояснил он.

Жители района Некрасовка новой клинике очень рады, ведь до государственной амбулатории им приходится ехать и 10 минут, но ехать на автобусе, а тут врачи – в соседнем доме. К тому же в новой клинике приятно находиться: хороший ремонт и мебель, нет очередей. Впрочем, в этом году в районе планируют начать строительство полноценной государственной поликлиники, так что выбор, куда идти лечиться, у людей будет.

*Российская газета, Москва
(13.05.2014)*

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;

- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисуночными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21. – № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а, 000 «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru