

Медицинская

28 августа 2010 г.
среда
№ 33 (7900)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

В центре внимания

«Первичка» выходит на первый план

Минздрав предложил целый комплекс важнейших изменений. Президент поддержал



Среди отраслей экономики и социальной сферы есть такие, где преобразования должны быть исключительно системными, иначе они бессмысленны. К числу таких относится здравоохранение.

Собственно, и сама отрасль не случайно называется «российская система здравоохранения». В ней налицо все признаки системности: чётко выстроенная иерархия управления, трёхуровневая структура оказания медицинской помощи, строгая внутриотраслевая регламентация порядков и стандартов работы. Изменения в одном из сегментов неизбежно повлекут необходимость вносить коррективы во все остальные, иначе дисбаланс окажется критическим.

Во время совещания при Президенте России

Так, стремление развивать специализированную и высокотехнологичную медицину – само по себе очень хорошее решение, поскольку оно определяет собственно уровень медицинской помощи в стране. Однако если при этом оставить без внимания первичное звено здравоохранения, то очень скоро государство столкнётся с острым дефицитом средств на высокие технологии, потому что показатель запущенности заболеваний окажется запредельным.

Именно к такому выводу пришли в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, проведя глубокий анализ ситуации в первичном звене. Результаты оценки и предложения, что и как необходимо

изменить, были представлены Президенту России Владимиру Путину на совещании в Кремле 20 августа.

Направляется вопрос: коль скоро все направления «усиления» и «укрепления» легли в основу федеральной программы совершенствования первичной медико-санитарной помощи, которая является частью Национального проекта «Здравоохранение», то зачем потребовалось возвращаться к теме на столь высоком уровне? Ответ прост: иногда исполнителей необходимо дополнительно «встряхивать», а то и вовсе «приводить в чувства». Об этом сказал сам глава государства участникам встречи в Кремле.

(Окончание на стр. 4-5.)



Валентина КРАВЦОВА,
председатель профсоюза работников здравоохранения ВАО Москвы:

Профсоюз – это настоящая поддержка в трудное время, надёжная страховка, особенно в период масштабных преобразований, которые проходили в столичной медицине.

Стр. 6



Игорь МАЛЫШЕВ,
заведующий кафедрой патологической физиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, профессор:

Злокачественная опухоль – это абсолютно уникальная патология, которая меняет свой патогенез в зависимости от активности иммунной системы организма.

Стр. 7



Игорь СТОМА,
доцент кафедры инфекционных болезней Белорусского ГМУ, кандидат медицинских наук:

Трансплантация фекальной микробиоты – такой же вариант пересадки органа, и все вопросы показаний и противопоказаний для данного метода решены, отработан механизм подготовки трансплантата.

Стр. 10

Акценты

Учёба в режиме НОН-СТОП

Общероссийский народный фронт провёл опрос среди 6948 медработников и попросил их оценить работу системы непрерывного медицинского образования (НМО). В результате 48% опрошенных отметили важность НМО для профессионального развития, а 51% рассказали, что несколько раз в год проходят различные образовательные циклы.

Опрос показал, что 49% респондентов имеют опыт работы с порталом непрерывного медицинского образования. Однако сложности при входе на портал и работе с интерфейсом испытали 49% из числа респондентов, работавших с ним.

Среди медиков, рассказавших о недостатках, мешающих развитию НМО, 55% недовольны тем, что нужно оплачивать образовательные курсы за свой счёт, 37% опрошенных считают, что обучение занимает слишком много времени. Как отметили 30%, на портале мало образовательных программ и мероприятий по специальности. При этом 65% респондентов считают обязанностью работодателя информировать работников о существующих программах повышения квалификации.

Только 35% назвали достаточным выбор программ повышения квалификации по специальности, 34% респондентов считают полным

выбор образовательных модулей по специальности.

Эксперты ОНФ проанализировали результаты опроса и пришли к выводу, что портал НМО необходимо доработать и оптимизировать. Образовательные модули должны основываться на актуальных клинических рекомендациях, а оплачивать обучение медработников следует за счёт государства и работодателя.

По мнению сопредседателя центрального штаба ОНФ Леонида Рошаля, все эти показатели, несмотря на выявленные проблемы, демонстрируют и важное достижение: «Процесс идёт. А ещё четыре года назад этого вообще не было».

«Чем более квалифицирован врач, тем лучше для пациентов, – отметил Л.Рошаль. – При этом важно понимать, что предстоит ещё много работы. Фактически мы идём к тому, что ни один доктор не сможет не участвовать в этой системе».

Он напомнил, что ранее был подготовлен проект приказа Министерства здравоохранения РФ о непрерывном медицинском образовании, однако пока документ так и не нашёл поддержки в правительстве. «Мы выйдем на уровень правительства и Администрации президента с просьбой решить этот вопрос», – сказал Л.Рошаль.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Современные технологии

Удобный сервис

С осени 2017 г. в Московской области можно записаться на приём к врачу с помощью «Электронной регистратуры».

Медицинские учреждения городского округа Подольск не являются исключением. Например, активно пользуются электронной регистрату-

рой родители маленьких пациентов Подольской городской детской поликлиники № 2.

– Мы уже не первый год работаем в «Электронной регистратуре», а точнее – в программе «ЕМИАС» – это электронная запись к врачу, электронное ведение медицинской документации, электронная выпи-

ска рецептов, – рассказала Анастасия Савина, главный врач Подольской городской детской поликлиники № 2. – Расписание работы врачей составляется на две недели вперёд, поэтому нет смысла записываться в лист ожидания за месяц. Первый визит нужно осуществить к педиатру, который, в свою очередь, определит дальнейшие действия пациента в соответствии с выбранным лечением.

Ирина АНДРЕЕВА.
МИА Сито!

(Продолжение. Начало на стр. 1.)

– В рамках Национального проекта «Здравоохранение» многое запланировано и уже делается. Напомню, мы предусмотрели для нацпроекта значительные ресурсы – 1 трлн 367 млрд руб. Из них по программам на первичное звено здравоохранения – 237,5 млрд. Это существенные ресурсы, которые должны быть истрачены с умом и дать хороший результат. Нам, безусловно, нужно принять дополнительные меры по укреплению первичного звена здравоохранения. Напомню, мы дважды это делали из федерального центра в расчёте на то, что наша инициатива будет подхвачена на местах, в регионах, но этого не происходит. Что-то там, видимо, до конца эффективно не работает, – обозначил проблему В.Путин.

К сожалению, в сообщениях, которыми сопроводили данное событие средства массовой информации, не все важные аспекты из большого доклада министра здравоохранения России Вероники Скворцовой были отражены детально. Между тем в выступлении главы Минздрава предельно ясно расписана стратегия укрепления «первички», а также справедливо распределена ответственность и за происходящее здесь сегодня, и за грядущие перемены: кто и в чём недоработал, кто и что должен сделать, чтобы первичное звено здравоохранения стало главным, определяющим в системе, как тому и положено быть.

Ресурсы и резервы

Итак, что представляет собой первичное звено отечественного здравоохранения, каковы его материально-технические и кадровые ресурсы?

По информации Минздрава России, инфраструктура первичной помощи превышает 60 тыс. подразделений. Здесь работают более 305 тыс. врачей и более 545 тыс. среднего медицинского персонала. Дефицит кадров в «первичке» существенный – более 25 тыс. врачей и 130 тыс. медсестёр, акушеров, фельдшеров, лаборантов. Если число специалистов с высшим медицинским образованием в первичном звене выросло за последние четыре года на 4 тыс., то прироста сотрудников со средним медобразованием не произошло вообще. О том, как ведомство предлагает решить острейшую кадровую проблему, чуть позже.

А пока – об объективно хорошем. За последнее время стала меняться структура посещений пациентами учреждений первичного звена, а именно увеличилась доля профилактических визитов. Если в 2012 г. с профилактическими целями, включая диспансеризацию, на ФАПы и в поликлиники обратились 38,6 млн россиян, то в 2018 г. – уже 62 млн.

– На сегодняшний день полностью сформирована нормативная база, регулирующая первичную помощь. Определены предельные сроки ожидания всех видов помощи, включая скорую и неотложную, приём участкового врача, консультацию узкого специалиста, лабораторные и инструментальные методы диагностики, плановую госпитализацию. Мониторинг этих показателей свидетельствует о том, что ещё не тотально, но всё в большем количестве случаев эти показатели исполняются на территории страны, – отметила В.Скворцова.

Как подчеркнула министр, изменились правила обязательного медицинского страхования, согласно которым первичная помощь более не финансируется по остаточному принципу после специализированной и высокотехнологичной, а является приоритетным направлением.



В.Скворцова

территории с низкой плотностью населения, где проживают менее 100 человек в населённом пункте. Специально для этих направлений сформированы мобильные медицинские бригады и закуплены передвижные медицинские комплексы. Сейчас их количество доведено до 3800.

Дефицит кадров: что делать?

Теперь о самом набравшем в первичном звене. По словам министра, прежде всего это дефицит кадров всех категорий: и участковых врачей, и узких специалистов, и среднего персонала. Далее – нарушения при территориальном плани-

как арктическая зона, районы Крайнего Севера и приравненные к ним, а также территории с низкой транспортной доступностью по жёстким критериям, ввести повышающий коэффициент к заработной плате 1,4. Данное предложение В.Скворцова озвучила на совещании при Президенте России, подчеркнув при этом, что для его реализации не потребуется дополнительное финансирование, средства есть в федеральном бюджете. Положительное решение вопроса даст возможность дополнительно привлечь медицинских работников в регионы с весьма непростыми климатогеографическими условиями для жизни и работы.

Наставник для резидента

Одно из направлений кадровой политики Министерства здравоохранения РФ – привлечение в

не смогла сравниться со средней по региону. А с повышением зарплат младшего медперсонала не справились в 46 регионах.

Буквально на следующий день после совещания картину расцвел Росстат, опубликовав такие данные: наибольшее отставание от целевых значений по зарплатам врачей в Мурманской области (184,5% против целевых 200%), Республике Тыва (189,2%) и Республике Ингушетия (190,8%). По среднему медперсоналу – в Республике Ингушетия (94,7% против целевых 100%), Красноярском и Забайкальском краях (95,9 и 96,8%). Что касается младшего персонала, то самое сильное отставание снова в Мурманской области (84,3%), Республике Тыва (90%) и Новгородской области (90,4%). Кстати, депутаты Комитета Госдумы РФ по охране здоровья и Счётная палата ещё в 2017 и

В центре внимания

«Первичка» выходит на первый план

И это – очень важная перемена. А с 2019 г. из подушевого норматива выделен самостоятельный тариф на профосмотр и диспансеризацию, что позволяет обеспечивать профилактические мероприятия полным рублём.

С 2020 г. самостоятельный тариф выделяется на сложные методы диагностики, такие как томография, ангиография и др., а также будет обеспечено полное финансирование фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов на основе необходимого уровня заработной платы, который в данном случае занимает 90% от тарифа.

Дополнительным ресурсом самого министерства стала геоинформационная система. Разрабатывать стратегию развития отрасли невозможно, не имея представления о том, каких именно уровней и профилей медицинской помощи недостаточно в каждом населённом пункте страны. Чтобы составить такую «карту локализации» лечебных учреждений, Минздрав России в 2015 г. инициировал создание геоинформационной системы. Сегодня этот механизм позволяет автоматизированно определять доступность медицинской помощи с учётом транспортной досягаемости и определением времени доставки пациента в медицинское учреждение любого уровня.

– Проанализированы все 156 тыс. населённых пунктов нашей страны. Это позволило нам с 2017 г. целенаправленно и последовательно сокращать количество тех из них, для жителей которых ограничена доступность первичной помощи. Речь идёт о сёлах и деревнях с населением от 100 до 2 тыс. человек. Если сегодня проблемы с доступностью первичной помощи сохраняются для 480 таких населённых пунктов по стране, то к концу нынешнего года их останется 144, а на будущий год мы полностью эту задачу решим, – уверена В.Скворцова.

Что касается резервов здравоохранения, которые до недавнего времени не были задействованы в полной мере для обеспечения доступности первичной помощи, к их числу относится выездная работа. Та же геоинформационная система позволила выявить

роvince медицинской инфраструктуры в регионах. Кроме того, большой износ основных фондов, включая здания, оборудование, инфраструктуру. И, наконец, сохраняющиеся сложности транспортной доступности «первички» в удалённых районах страны.

Как уже сказано, Минздрав изучил положение дел и предложил комплекс дополнительных мер – в основном организационных – для устранения этих проблем.

Что касается причин дефицита среднего медицинского персонала, анализ показал: с 1990 г. фактически в два раза сократился приём в средние специальные медицинские учреждения, которые относятся к ведению регионов. Соответственно, сегодня число выпускников медколледжей в целом по стране на 16,5 тыс. меньше, чем 20 лет назад.

– Мы просим дать поручения субъектам Российской Федерации увеличить приём в средние специальные учебные заведения медицинского профиля до уровня не ниже 1990 г. Это позволит нам обеспечить приход в отрасль 68-70 тыс. сотрудников ежегодно. Так мы полностью в течение 3-4 лет закроем дефицит среднего медперсонала, – обратилась В.Скворцова к главе государства.

Отдельно – о сельской медицине

Есть ли будущее у программ «Земский доктор» и «Земский фельдшер»? В Минздраве уверены, что есть. За годы их реализации эти программы позволили привлечь в первичное звено более 34 тыс. врачей и 1,5 тыс. фельдшеров.

Единовременные выплаты – миллион рублей для врачей и 500 тыс. для фельдшеров – по-прежнему сохраняются. Увеличен возрастной ценз для желающих участвовать в программах – с 35 до 50 лет. Кроме того, расширена география проекта на рабочие посёлки и посёлки городского типа, на малые города – до 50 тыс. населения.

Тем не менее министерство продумывает дополнительные меры для повышения привлекательности обеих программ. В частности, предлагается для особо сложных территорий, таких

отрасль молодых специалистов и создание оптимальных условий для их работы.

Предлагается, в частности, использовать международную практику резидентуры. Речь идёт о том периоде, когда молодой специалист, не имеющий пока опыта работы по специальности, трудится под контролем опытных наставников, кураторов. При этом ответственность за решения, принятые молодыми специалистами, разделяют их наставники. Резидентура по терапевтическому профилю во всех странах Европы, Канаде, США длится 2-3 года, по хирургическим базовым профилям – 4-5 лет, по узким специальностям – до 7 лет.

– Нам представляется, что необходимо ввести на законодательном уровне статус молодого специалиста и статус врача-наставника. Наставником может быть специалист с первой или высшей квалификационной категорией и стажем не менее 5 лет. Таким образом можно будет обеспечить работу выпускников медицинских вузов и ординатуры в государственной системе здравоохранения под контролем квалифицированных специалистов на протяжении не менее 3 лет, – пояснила В.Скворцова.

По расчётам министерства, наличие института резидентуры гарантированно приведёт в первичное звено дополнительно более 11 тыс. молодых специалистов.

При этом Минздрав попросил передать ему полномочия по введению регистра лиц, получающих медицинское и фармацевтическое образование. Это необходимо для планирования кадровой ситуации в отрасли как в целом в стране, так и в регионах.

Зарплатные хитрости раскрыты

На совещании в Кремле было сказано: несмотря на то, что власти субъектов РФ старались следить за выполнением Майского указа Президента России в отношении заработной платы медицинских работников, в 24 регионах средняя зарплата врачей так и не стала вдвое выше средней по региону. В 14 регионах зарплата среднего медперсонала

2018 г. высказывали предположение, что повышение зарплат медицинских работников произошло, в том числе, формально за счёт сокращения младшего медперсонала и перевода санитаров в уборщицы помещений. Такой оригинальный подход к решению поставленной задачи продемонстрировали наиболее «сообразительные» руководители лечебных учреждений. Чтобы впредь исключить такую возможность, министр здравоохранения обратилась к Президенту с просьбой дать поручение закрепить долю оклада медработников в структуре заработной платы на уровне не ниже 55%. Это – гарантированная часть зарплаты, никакими хитростями урезать её уже не удастся. Данное предложение Минздрава, безусловно, одобрит каждый российский медик.

– Кроме того, мы предлагаем закрепить минимальный уровень соотношения средней заработной платы в здравоохранении к средней по экономике региона при внутреннем совместительстве 1,2 ставки. При том что средний уровень зарплаты у врачей 200%, хотелось бы, чтобы минимальный уровень составлял 170% для врачей первичного звена, участковых, врачей общей практики и узких специалистов, а для врачей скорой помощи не был ниже 200%. Если говорить о среднем медперсонале, то для медицинских сестёр первичного звена минимальный уровень должен быть не ниже 70%, а для фельдшеров, которые выполняют ряд врачебных функций, соответственно, не менее 120%. Для этого не требуется дополнительного финансирования, это чисто организационные меры, которые позволяют существенно стабилизировать ситуацию в отрасли, обеспечив гарантированную часть зарплаты медработников, – продолжила министр.

Что в соцпакете? Пустота...

Таким образом, федеральный центр готов в очередной раз взять на себя большую долю ответственности за решение кадровой проблемы в здравоохранении. А что могут и должны

со своей стороны предпринять власти регионов?

В.Скворцова говорит о необходимости поручить субъектам Российской Федерации в обязательном порядке предусмотреть социальный пакет для медицинских работников первичного звена и скорой помощи. В частности, закрепить обязательства регионов по обеспечению медиков служебным жильём с последующей передачей его в собственность медиков через несколько лет работы. Этот опыт прекрасно реализован на Сахалине. На южных Курилах достаточно 3 лет отработки, чтобы служебное жильё приватизировать, в Южно-Сахалинске – 7 лет.

К сожалению, противоположных примеров существенно больше.

– В 2018 г. шесть российских регионов вообще не предусмотрели никаких методов социальной поддержки медиков, а 79 обеспечили жильём лишь 0,4% врачей и 0,1% среднего медицинского персонала, – привела данные министр.

«Пилот» набирает высоту

Теперь о том, в каких условиях работают медики в первичном звене и в каких условиях получают медицинскую помощь пациенты.

Направление, которое Минздрав России считает необходимым развивать, – внедрение новой модели медицинской организации на основе «бережливых технологий». В 2016 г. этот проект был запущен как пилотный, а теперь стал федеральным. На сегодняшний день в нём участвуют более 2200 поликлиник в 52 субъектах Российской Федерации при изначальном плане не более 500.

– Массовая попытка регионов войти в этот проект связана с тем, что уже первый опыт показал существенное снижение времени ожидания пациентов в очередях: в регистратуру – почти в 4 раза, у кабинета врача – в 8 раз. Срок прохождения диспансеризации сократился в 8 раз – с 12 дней до 1,5, а в ряде случаев до одного дня. При этом непосредственное время работы врача с пациентом увеличилось в 1,5 раза, – констатирует В.Скворцова.

В то же время министерство опасается, что такая массовость внедрения новой модели может привести к каким-либо искажениям изначальных условий, что повлечёт снижение качества результата. Поэтому глава ведомства считает необходимым нормативно закрепить статус новой модели медицинской организации, оказывающей первичную помощь, по международному варианту ISO. Присваивать поликлиникам такой статус должен будет Росздравнадзор. Соответствующие поручения законодателям может дать только Президент страны, именно поэтому министр здравоохранения обратилась напрямую к нему.

Ломать и строить

– Хотелось бы снизить налоговое бремя на основные фонды первичного медицинского звена. Для этого понадобится внесение изменений во вторую часть Налогового кодекса, – ещё одно пожелание, высказанное В.Скворцовой на совещании у Президента.

Звучит довольно смело, но, оказывается, такую преференцию уже имеют фармацевтические производства, общероссийские общества инвалидов, религиозные объединения, ФСИН – они освобождены от налогов на имущество организации и от земельного налога. Тогда почему аналогичное налоговое послабление не может распространиться на учреждения, оказывающие первичную медико-

санитарную помощь? Тем более что имущество у «первички» в основном небогатое.

Согласно данным Минздрава России, в настоящее время почти 8 тыс. из более чем 72 тыс. зданий, которые занимают учреждения первичного звена, находятся в аварийном состоянии, требуют сноса, реконструкции или капитального ремонта.

– На сегодняшний день капитальному ремонту подлежат более 7 млн квадратных метров площадей в первичном звене здравоохранения, для каждого региона были просчитаны стоимости квадратного метра по методике, утверждённой регионом и министерством экономического развития. Пока это не было проработано с каждым регионом конкретно. Просим вас дать поручение провести детальный анализ с каждым регионом и подготовить программу обновления инфраструктуры, – продолжила министр, обращаясь к главе государства.

Но отремонтировать можно далеко не всё. Да и смысла тратить на ремонт нет, когда речь идёт о зданиях, построенных 100 и более лет назад. Мало того, что сами эти строения обветшали, нередко их не одно, а несколько – они оставляют целый больничный городок. Такая децентрализация – по 10-12 корпусов в одном учреждении, отсутствие переходов между ними, отсутствие «чистых зон», нарушенная система вентиляции, которая не позволяет использовать ламинарные потоки для операционных, отделений реанимаций – тут капремонтом не отделаешься. По предварительному анализу федерального Министерства здравоохранения, из 3255 районных больниц и поликлиник не менее 370 требуют сноса и нового строительства.

Минздрав совместно с Минпромторгом уже разработал новую модель районной больницы, причём оснащённую преимущественно отечественным медицинским оборудованием. Последнее – не фантазия, а реальность, если учесть, что из 799 единиц необходимой в «первичке» медицинской техники 88% уже изготавливается отечественными производителями.

Докладывая эту информацию Президенту, В.Скворцова просила его поручить Министерству строительства совместно с Минздравом разработать на основе уже созданной модели типовые проекты районных больниц для разных климатогеографических условий и разных численностей прикрепленного населения. Такой дифференцированный подход позволит существенно удешевить реализацию данного проекта и в течение короткого времени серьёзно изменить облик первичного звена, построив лечебные учреждения нового типа.

Новая техника и шаттлы для ЦРБ

В продолжение темы технического переоснащения учреждений первичного звена глава Минздрава России привела цифры: износ оборудования увеличился до 40%, и сейчас уже более 20 тыс. единиц техники требуют замены.

– Причём мы не говорим про все медицдезия, мы говорим только про тяжёлое оборудование: разные варианты цифровых и рентгеновых аппаратов, цифровые флюорографы, маммографы, аппараты УЗИ, эндоскопическое оборудование и лабораторные комплексы. Совместно с Минпромторгом проведены предварительные расчёты затрат, мы готовы их представить, – подчеркнула В.Скворцова.

Не обошли вниманием и повышение транспортной доступности

медицинских учреждений. В рамках проекта «Старшее поколение» уже заложено приобретение 1100 санитарных машин для транспортировки людей старших возрастных групп из сельской местности в районные и центральные районные больницы. Однако этого количества недостаточно.

По словам главы министерства, действует Приказ, согласно которому при каждой центральной районной и районной больнице должно быть минимум две санитарных машины класса А, а при каждой участковой больнице – не меньше одной.

– Сегодня есть автомобили отечественного производства высокого качества, достаточно дешёвые. Если бы мы могли приобрести такие машины, в том числе шаттлы для транспортировки больных в лечебные учреждения, то существенно упростили бы решение задачи доступности медицинской помощи, – уверена В.Скворцова.

В качестве положительного примера решения данной задачи министр привела Тульскую область, где губернатор распорядился для всех ФАПов закупить «Нивы». Теперь фельдшер, в зоне ответственности которого 6-7 деревень, может объехать их все на машине за день.

Интернет в помощь медикам

Наконец, называть систему здравоохранения современной невозможно, если она не использует цифровые технологии на всех уровнях оказания медицинской помощи, начиная с фельдшерско-акушерских пунктов. В 2019 г. первые 5,5 тыс. ФАПов уже будут присоединены к защищённой сети интернет-связи. А к 2021 г. Минкомсвязи полностью завершит присоединение ФАПов к цифровому контуру здравоохранения.

– Мы уже обеспечиваем фельдшерско-акушерские пункты автоматизированными рабочими местами с компьютерной техникой. Наше предложение – обеспечить их дополнительно цифровыми отечественными электрокардиографами. Это позволит фельдшерам в сложных случаях очень быстро получать квалифицированную консультацию в центральных районных больницах, – аргументирует министр здравоохранения.

Затраты для государства в этом случае невелики, а результат будет весомым – позволит снизить смертность россиян от острого коронарного синдрома.

* * *

Очень важно ещё раз подчеркнуть, что большинство тех предложений, которые федеральный Минздрав представил Президенту страны, не требуют дополнительного финансирования. При этом и социальный, и экономический эффект от их реализации ожидается очень высоким. В выигрыше будут все: страна, система здравоохранения, пациенты.

Сам факт, что вопрос «как нам реорганизовать первичное звено» рассматривался на таком высоком уровне, показателен. Это означает – перемены последуют, можно не сомневаться и не надеяться на то, что «поговорят и забудут». Не забудут.

Президент уже дал поручение Правительству к 1 октября текущего года подготовить принципы модернизации первичного звена здравоохранения в целом по стране, а также организовать подготовку региональных программ. Эти программы должны быть защищены не позднее 1 июля следующего года. Время пошло.

Александр ЯКОВЛЕВ.

ОМС: реальность и перспективы

Экспертизы будут проводиться чаще

Согласно обновлённым правилам контроля за предоставлением медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, экспертизы качества медицинской помощи будут проводиться чаще – новый Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи по ОМС предусматривает для неё дополнительные основания.

Порядок, утверждённый фондом ОМС, расширяет перечень тематических экспертиз качества. «Сделан акцент на целевые тематические экспертизы. В каждом субъекте России будут определены те заболевания, которые занимают лидирующее положение в структуре смертности региона. Именно на этих заболеваниях будет сделан акцент при проведении тематических экспертиз страховыми компаниями в лечебных учреждениях», – отметила Светлана Кравчук, заместитель председателя Фонда ОМС Наталья Стадченко.

Среди новаций – медико-экономический контроль за группами диспансерного наблюдения застрахованных лиц, в том числе его периодичности. Целевые экспертизы будут, в том числе, выявлять случаи невключения или несвоевременного включения пациентов в группу диспансерного наблюдения и могут проводиться дважды в год и чаще.

Согласно приказу ФФОМС о новых правилах, значительно изменится контроль за помощью онкопациентам. Отныне с момента появления признака «Подозрение на онкологическое заболевание» страховая медицинская организация обязана формировать индивидуальную историю страховых случаев пациента на основе реестров-счетов на оплату медицинской помощи. История будет учитывать все обращения застрахованного лица за медицинской помощью, связанные с развитием злокачественного новообразования, на всех этапах и уровнях её оказания. А медико-экономическая экспертиза будет оценивать соответствие оказанной онкопомощи клиническим рекомендациям, в том числе своевременности диагностики и лечения. В обязательном порядке этот вид экспертизы проводится при оказании медпомощи по профилю «онкология» с применением химиотерапии.

Н.Стадченко подчеркнула, что в сфере лечения онкологических больных уже наблюдаются позитивные изменения. Если в 2018 г. почти в 60% случаев лечения онкозаболеваний химиотерапией использовались самые дешёвые схемы, то, с тех пор как страховые компании стали проводить экспертизы по каждому случаю лечения при химиотерапии, количество дешёвых схем лечения уменьшилось. На сегодня процент лечения дешёвыми схемами составляет в среднем – 30-35%.

«Мы отдаём себе отчёт, что не всегда для эффективного лечения требуется применение дорогой схемы, но и сегодня есть регионы, где, несмотря на полную финансовую обеспеченность клинко-статистических групп для онкозаболеваний, этим не пользуются, выбирая дешёвые схемы лечения», – добавила Н.Стадченко.

Основания для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи онкопациентам также расширены. Экспертиза качества медицинской помощи онкологическим больным будет проводиться с применением мультидисциплинарного под-

хода – несколькими экспертами по нескольким специальностям. «Онкологические заболевания находятся на стыке многих дисциплин, решение о лечении конкретного пациента должно учитывать все аспекты его состояния, что требует обсуждения возможных вариантов лечения в мультидисциплинарной команде. Логично, что и экспертиза качества проводится с учётом этого подхода. И если ранее ФФОМС только рекомендовал страховым медицинским организациям использовать мультидисциплинарный подход, то теперь в экспертизах, связанных с онкологией, он становится обязательным», – отметила Светлана Кравчук, заместитель председателя ФФОМС.

Сроки проведения экспертизы качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода могут составить до 45 дней.

Приказ предусматривает изменения в контрольных мероприятиях не только по онкологическим пациентам.

Целевые медико-экономические экспертизы будут проводиться чаще и в других случаях. Дополнительные основания для неё: несвоевременная постановка на диспансерный учёт и, кроме того, непрофильная госпитализация – то есть госпитализация пациента, которого следовало планово лечить в стационаре другого профиля согласно региональной маршрутизации пациентов.

Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи будут направляться в региональные органы власти в сфере охраны здоровья и территориальные органы Росздравнадзора.

Предусмотрены также новые принципы взаимодействия между территориальными фондами, страховыми и медицинскими организациями. Они должны взаимодействовать в том числе на основе программного комплекса ТФОМС. Комплекс работает в круглосуточном режиме, онлайн. К программному комплексу получают доступ и пользуются и СМО (в том числе страховые представители), и медицинские организации. Именно этот ресурс обеспечивает проведение постоянных проверок со стороны страховых медицинских организаций. При помощи информационного ресурса обеспечивается также проведение в постоянном режиме СМО проверок своевременности включения в группу диспансерного наблюдения пациентов, которым установлены диагнозы, предусматривающие диспансерное наблюдение с последующей проверкой своевременности включения данных больных в группу диспансерного наблюдения. Также программный комплекс обеспечивает контроль за соблюдением установленной периодичности осмотров граждан, включённых в группы диспансерного наблюдения; проведение СМО проверок правильности направления застрахованных лиц в профильные медицинские организации и, кроме того, информирование застрахованных лиц об их праве на выбор медицинской организации и перевод при необходимости в другую медицинскую организацию.

СМО, в свою очередь, будут размещать в медицинских организациях не только информацию о правах застрахованных лиц, но и информацию по результатам контроля.

Алексей ПИМШИН.