

На еженедельных селекторных совещаниях, которые проводит заместитель министра здравоохранения РФ Т.Яковлева, детально разбирается ход диспансеризации в регионах. Минздрав России объявил диспансеризацию одной из важнейших задач в области охраны здоровья населения страны. О профилактике заболеваний, демографических показателях, развитии службы охраны материнства и детства с Татьяной ЯКОВЛЕВОЙ беседует корреспондент «МГ» Алексей ПАПЫРИН.

– Татьяна Владимировна, как известно, статистика знает всё. Какие тенденции в заболеваемости и смертности населения преобладают в последние полгода?

– Начну с главного – у нас впервые за многие годы рождаемость превысила общую смертность. «Перевес» пока небольшой – в абсолютных цифрах за 11 месяцев 2013 г. это 22 650 человек, – но если тенденция сохранится, мы сможем преодолеть «русский крест».

Положительная динамика в 2013 г. наблюдалась по всем основным демографическим показателям: сложилась устойчивая положительная тенденция к снижению смертности населения от болезней системы кровообращения, новообразований, смертности от дорожно-транспортных происшествий, туберкулёза.

Есть заметные позитивные изменения в показателях младенческой смертности. В 2012 г. наша страна перешла на новые критерии выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. При этом мы ожидали роста показателя младенческой смертности примерно на 30%, а в соответствии с формулой, рассчитанной экспертами ВОЗ, – даже на 100%. Но в среднем по стране в 2012 г. младенческая смертность выросла на 16% (до 8,6 промилле), за 11 месяцев 2013 г. средний показатель составил 8,2 промилле. Таким образом, идёт снижение и этого значимого показателя.

– А европейских показателей наша страна когда-нибудь сумеет достичь?

– Значительная часть наших регионов давно «взяли» этот рубеж. Более того, они пошли дальше: приняли обязательства довести до 3 промилле. Хороших результатов добились целый ряд территорий: Республика Чувашия, Белгородская, Пензенская, Тамбовская области – 5,7 промилле. Главная болевая точка – регионы Северного Кавказа. Они поднимают уровень этого показателя в среднем по стране. В Чечне, например, младенческая смертность – 17 промилле.

– Зато рождаемость там высокая....

– Тем более надо бороться за жизнь каждого ребёнка. Министрство работает в тесном контакте с органами управления здравоохранением этих территорий.

– Почему всё-таки диспансеризация была объявлена одной из главных задач Минздрава России на 2013 г.?

– Мы стремимся к тому, чтобы люди занимались сохранением своего здоровья, а не лечились от осложнений хронических болезней. Кроме того, именно неинфекционные заболевания являются основной причиной смертности в 75% случаев. Ишемическая болезнь сердца, гипертония, цереброваскулярные нарушения, сахарный диабет –

это те патологии, которые можно контролировать. Если во время диспансеризации выявить факторы риска, то многих людей можно уберечь от инсультов, инфарктов. Но они и сами должны заниматься укреплением своего здоровья, вести здоровый образ жизни.

Ещё раз подчеркну – не надо бояться диспансеризации. Обывательская позиция: «не дай Бог что-нибудь найдут...» в корне неверна. Наоборот, если врачи на ранней стадии обнаружат заболевание, это реальный шанс поправить своё здоровье, как,

огромная очередь. Спрашиваю у главного врача: «Почему работает только один регистратор? Наверное, поликлиника испытывает серьёзные финансовые трудности?» «Нет», – отвечает руководитель. «Почему тогда студентов не возьмёте на работу? – настойчиво продолжаю я. – Они с удовольствием согласятся работать за умеренную плату». Да и не всегда пациентам в поликлинике нужен регистратор в прямом смысле этого слова. Сама была свидетелем, как бабушка спрашивала, на каком этаже кабинет

пациента на диспансерный учёт, а не заниматься бесконечной бумажной работой. И не участковый врач должен выписывать направления на исследования, помогать проводить анкетирование, а медсестра или фельдшер. Для этого должен быть выделен отдельный кабинет.

Думаю, свой вклад в уменьшение очередей внесёт электронная запись к врачу и электронная карта, которые поэтапно внедряются сейчас в регионах.

Говоря о сложностях проведения диспансеризации, замечу,

сам выбирает, какое лечение ему предпочтительнее. Так на деле гражданин несёт ответственность за своё здоровье.

Например, в США пациент, приходя на приём к врачу, самостоятельно заполняет целый пакет документов. Если он не написал, что у него аллергия на антибиотики, а врач назначил ему препарат, который вызвал анафилактический шок, страховая компания никогда не обвинит в ошибке доктора. Подпись пациента в анкете есть, значит, претензии придётся предъявлять своей собственной невнимательности. Психологически очень ценно, что пациент своей рукой заполняет анкету, указывая свой уровень артериального давления, холестерина, сахара крови. И когда какие-нибудь показатели выше нормы, он обязательно запомнит эти данные.

А в российских поликлиниках всё записывает и заполняет сам врач.

Поэтому так важно и нашим пациентам задуматься, не страдают ли они избыточным весом? Всё ли нормально у них с артериальным давлением, уровнем холестерина, обменом веществ? Пусть этот не самый простой, но его нужно пройти, чтобы профилактика не была формальностью. А это предполагает игру в четыре руки, пациент должен заниматься профилактикой заболеваний.

Диспансеризация действительно всеобщая обязанность. Анкетирование показывает, что 70% населения высказывается за проведение диспансеризации. Парадоксально, но среди противников много медицинских работников. К счастью, доля критически настроенных постепенно уменьшается.

Я люблю повторять, что диспансеризация – бесплатная для пациента и платная для медиков. Мне запомнился в этой связи случай с молодым врачом общей практики, который хотел уйти из профессии, не хватало денег на содержание семьи. Но началась диспансеризация, и, поскольку, он имел ещё и сертификат специалиста по функциональной диагностике, то приобрёл переносной электрокардиограф и объездил на своей машине все близлежащие деревни. В результате за месяц заработал приличную сумму. Придя к главному врачу, он попросил дать ему возможность обследовать больных и на других участках.

Впервые у нас труд медиков по профилактике оплачивается. И если в советский период отношение к профилактике было как к нагрузке, то теперь нами приняты меры, направленные на то, чтобы мотивировать специалистов работать качественно и в срок выполнять задания.

Министерство направило письмо в регионы, чтобы дополнительные деньги из фонда ОМС были перечислены врачам, которые хорошо поработали во время диспансеризации.

– Чтобы выстроить современное здравоохранение, нужны деньги, и немалые. На ваш взгляд, не произойдёт ли в связи со сложным положением в экономике сокращение финансирования службы охраны материнства и детства?

– Во-первых, министр здравоохранения РФ Вероника Игоревна Скворцова уже заявляла, что уменьшения финансирования здравоохранения в 2014 г. не будет. А тем более не будет сокращаться средства, предусмотренные на охрану материнства и детства. Более того, в наступившем году из бюджета Федерального фонда обязатель-

Из первых уст

На принципах профилактики

Единая национальная система диспансеризации является важным, мощным механизмом сохранения здоровья

например, произошло с пациентом из Московской области. Пришёл молодой человек в поликлинику. Узнав, что проводится диспансеризация, решил её пройти. В результате у него обнаружили рак толстой кишки в первой стадии. Его прооперировали, и он, скорее всего, будет здоров. Это только один недавний случай.

Вот другой пример. Бытует мнение, что профессиональное заболевание учителей – это расшатанные нервы. Ничего подобного, диспансеризация чаще всего выявляет у них эндокринные заболевания.

Одна из важных задач диспансеризации – показать срез состояния здоровья населения. Выражаясь образно, диспансеризация даёт возможность буквально по головам посчитать, сколько людей страдают теми или иными заболеваниями, у скольких имеются факторы риска, и сделать выводы о том, какая нужна инфраструктура, чтобы реализовать профилактические программы, сколько отделений и кабинетов профилактики нам следует открыть. И не в среднем по стране, а в каждом регионе и даже на каждом участке. Это позволяет рассчитать необходимые на развитие профилактики средства и заложить их в бюджете, определить потребность в кадрах.

– Как, на ваш взгляд, справляются врачи с большим объёмом дополнительной работы по диспансеризации, которая оплачивается теперь в рамках ОМС?

– Министерство постоянно проводит мониторинг диспансеризации, полученные данные анализируются. Проблемы все известны.

Среди причин, тормозящих темп диспансеризации, я ставлю на первое место нерешённые организационные вопросы. Со всем недавний пример. В одной поликлинике у регистратуры стоят два человека, в другой около единственного окошка собралась



что регионы начали её в разные сроки. Одни это сделали с февраля, другие – с мая, наконец, самые нерасторопные – с августа.

Тарифы за проведение диспансеризации в разных регионах тоже неодинаковые. Считаю, что тариф по профилактике должен быть значительно выше, нежели за лечение, чтобы надбавки стимулировали врачей заниматься профилактикой. Ведь до недавнего времени функционировала совершенно другая система: чем больше врач примет больных, тем больше денег заработает поликлиника. В результате профилактика, хоть и являлась декларируемым приоритетом, но на самом деле выступала в роли «падчерицы».

Мы понимаем, что предложенная модель диспансеризации – не идеальная, но она будет отработываться, совершенствоваться. Для этого наши специалисты выезжают в территории, на местах анализируют проведение диспансеризации.

– Почему, по вашему мнению, большинство населения нашей страны достаточно халатно относится к собственному здоровью и ждёт, что называется, «до последнего», прежде чем обратиться к врачу?

– В том, что это серьёзная проблема, мы убедились в ходе диспансеризации.

У меня была возможность ознакомиться с системами здравоохранения других стран.

Практически во всех развитых странах приняты совершенно иные взаимоотношения между врачом и пациентом. Доктор делает назначения, объясняя больному, какие таблетки и почему он рекомендует. Говорит об ожидаемом результате лечения, сообщает о возможных рисках развития осложнений. В случае, когда показана хирургическая операция, никто не упрощает ситуацию. Врач сообщает пациенту прогноз его заболевания, а тот

ного медицинского страхования выделяется 52,6 млрд руб. на строительство 32 перинатальных центров в 30 регионах. Можно считать, что это хорошее продолжение программы модернизации здравоохранения.

Давайте обратимся к нормативам подушевого финансирования по Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. К 2016 г. мы планируем довести их до 12,5 тыс. руб. на одного человека, а в этом году они будут более 10 тыс. руб. Напомню, что в 2012 г. норматив подушевого финансирования составлял около 8 тыс. руб., в прошлом году – 9 тыс. руб. Наглядно видно, что идёт постепенное увеличение финансирования на охрану здоровья. Программой скрининга новорождённых на наследственные заболевания охвачены практически все регионы. Получила развитие пренатальная диагностика, которая позволяет выявлять тяжёлые наследственные патологии ещё на стадии беременности.

Значительные средства выделяются и на создание симуляционных центров. В 2011–2013 гг. их создано 12, в наступившем году запланировано открытие ещё 4 центров. В первую очередь новые виртуальные обучающие клиники нужны для повышения квалификации по специальностям «акушерство и гинекология», «неонатология», «анестезиология и реаниматология».

– Как отразится переход на новые критерии регистрации новорождённых с экстремально низкой массой тела на количестве детей-инвалидов? Не станет ли их больше, ведь в разных регионах РФ уровень реабилитации таких малышей неодинаков...

– Этот вопрос волнует врачебное сообщество давно. Но ответ на него очевиден. Надо вспомнить, что выхаживание маловесных, недоношенных детей начиналось не с 2012 г., а ещё в 1994 г., когда вышел соответствующий приказ Минздрава России. В ряде ведущих медицинских центров эти технологии применялись ещё в начале 90-х годов.

Прежде чем перейти с 2012 г. на новые критерии живорождения, по всей стране были проведены пилотные проекты. Именно они определили, готова ли Россия к такому шагу.

Конечно, дети, появившиеся на свет раньше срока, действительно, более предрасположены к инвалидности, чем рождённые с хорошей массой тела. Но для этого и выделены деньги из федерального бюджета, чтобы в регионах были открыты перинатальные центры, отделения реанимации для новорождённых. Министерством здравоохранения разработаны порядки выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, рождённых раньше срока. Если преждевременные роды произошли в ЦРБ, маловесный малыш обязательно будет переведён в перинатальный центр, под наблюдение специалистов. Там проходит и второй этап выхаживания. Далее такому ребёнку показана реабилитация, которая может проводиться как амбулаторно, так и стационарно. Программы развития здравоохранения приняты в каждом регионе и в них включены мероприятия по совершенствованию реабилитации.

Поэтому если работа ведётся правильно, то объективно увеличения числа детей-инвалидов произойти не может. Министерство и в дальнейшем будет стимулировать открытие ре-

билитационных отделений. Не всегда для этого нужно строить новые здания. Найти место для реабилитационного отделения можно и в уже существующих клиниках.

С 1 января 2014 г. реабилитация будет оплачиваться, как и профилактика, через систему ОМС. Считаю, это большой шаг вперёд.

– В своё время в «Единой России» вы курировали конкурс на «самый здоровый вуз страны». И студенты с удовольствием в нём участвовали. Как вы думаете, насколько эффективны сегодня такие акции?

– Этот конкурс продолжает своё существование, и у него всё больше сторонников. Не может не радовать факт, что с каждым годом всё больше людей становятся приверженцами здорового образа жизни. В этом заслуга, в том числе, и таких мероприятий.

Молодёжь иногда возмущается: почему фитнес такой дорогой? Но начать можно не с фитнеса, а просто сделать утром физическую зарядку. Для этого нужен всего лишь коврик и полотно. Желательно, но не обязательно ещё иметь скамейку, палку для гимнастики, гантели, мяч, растяжки и скакалку. Разве они дорого стоят? Главное – желание. Я об этом могу судить, как человек, который всю жизнь, с детства, занимался спортом. И сейчас дружу с физкультурой. Необязательно покупать популярные ныне силовые тренажёры. Зачастую они дают излишнюю нагрузку и вредят здоровью. Самое главное привить со школьной скамьи девочкам и мальчишкам, что здоровым быть модно и престижно. А вот сделать это возможно, используя новые технологии. Молодёжь теперь не телевизор смотрит, а сидит в Интернете. Девчонкам интересны сайты, как похудеть, мальчишкам – как вырасти сильными. Не зря поступали предложения сделать слоганами диспансеризации: «Хочешь похудеть, приходи на профилактический осмотр», «Хочешь выбрать вид спорта, приходи на диспансеризацию». И только такие понятные призывы сработают. Вряд ли современную молодёжь можно заинтриговать плакатами типа «Капля никотина убивает лошадь». Нужны специалисты по здоровому образу жизни. Не просто врачи, а действительно подготовленные профессионалы, прекрасно знающие психологию, диетологию, санитарные и психические аспекты здоровья и многое-многое другое. Чтобы они могли не только дать квалифицированные комментарии, но и увлечь молодёжь, заставить её поверить, что быть здоровым – модно и благодаря этому можно достичь в жизни многого.

Между тем, сохранение здоровья часто связано даже не с медицинскими проблемами. По инициативе министра здравоохранения РФ была создана межведомственная комиссия по охране здоровья, которую возглавляет Дмитрий Медведев. И это правильно. Надо привлечь внимание к созданию глобальной профилактической среды. Что такое здоровье по определению ВОЗ? Здоровье определяется не только отсутствием болезней и физических дефектов, а является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия.

Фото

Александра ХУДАСОВА.

ОМС: реальность и перспективы

Тяжёлые пациенты перестали быть невыгодными

Это следствие перехода к финансированию стационарной помощи по КСГ

В территориальном фонде ОМС Томской области подвели предварительные итоги первого года работы в условиях экономического эксперимента – финансирования стационарных услуг на основе клинко-статистических групп (КСГ). В числе трёх российских территорий этот регион участвовал в пилотном проекте по отработке новых методов оплаты стационарной медицинской помощи совместно с экспертами Всемирного банка. Сами схемы расчётов и опыт их применения были заимствованы у западных стран и адаптированы к местным условиям.

Итак, применима ли европейская модель для российской системы обязательного медицинского страхования и нужно ли в принципе так часто менять подходы к оплате больничных услуг? В Томске считают, что применима и нужно: даже непродолжительный пилотный КСГ-проект показал тенденцию к «повышению эффективности и прозрачности деятельности медицинских организаций».

По словам директора ТФОМС Виктора Козлова, ни в одной стране мира до сих пор не существует идеального способа оплаты медицинской помощи, который позволял бы достигнуть одновременно нескольких желаемых целей: эффективное использование ресурсов, обеспечение доступности и качества медицинской помощи, свобода выбора для пациента, профилактическая направленность здравоохранения. Вот и российская система ОМС в постоянном поиске оптимального способа оплаты услуг ЛПУ, а сейчас, когда система ОМС становится основным распорядителем финансовых средств отечественного здравоохранения, этот поиск активизировался.

Что касается самой Томской области, здесь за 20 лет опробовали многие методы оплаты стационарной медицинской помощи, «разрешённые к применению» в России. И каждый метод имел недостатки. Оплата по койко-дням провоцировала необоснованное удлинение сроков госпитализации, повышала вероятность необоснованной госпитализации и лишала ЛПУ стимулов к лечению сложных пациентов. Система оплаты по тарифу законченного случая также не была совершенной: при фиксированной усреднённой стоимости законченного случая лечебное учреждение не заинтересовано в госпитализации пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых превышают эту стоимость. Это приводило к тому, что в стационарах занимали койко-места пациенты, которые могли бы с таким же успехом получать медицинскую помощь в амбулаторном звене или просто нуждались в уходе.

Очередная новация в российской системе ОМС, которую апробируют «пилотные» территории, – оплата стационарной медицинской помощи по клинко-статистическим группам – предполагает распределение



стационарных случаев лечения по группам, сходным по ресурсоёмкости, а также по используемым методам диагностики и лечения пациентов. Всего Минздравом было определено 89 хирургических групп и 98 терапевтических. Стоимость законченного случая лечения в стационаре по КСГ определяется по весьма сложной формуле, в которой учтена масса нюансов, а именно базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, утверждаемая тарифным соглашением, коэффициент затратоёмкости данного случая госпитализации, месторасположение лечебного учреждения, уровень оказания стационарной медицинской помощи в данном ЛПУ.

Эксперты предупреждают: эту непростую схему нельзя просто скопировать, она нуждается в адаптации к условиям конкретного российского региона. В Томской области такой особенностью стало то, что из всех стационаров, работающих в региональной системе ОМС, почти треть – федеральные научно-исследовательские институты, ведомственные и частные медицинские организации. Предварительное моделирование показало, что если применить к ним систему оплаты медпомощи по КСГ без учёта особенностей региона, то уровень финансового обеспечения одних лечебных учреждений снизится на 10–22% за счёт необоснованного перераспределения средств в пользу других, рост доходов которых составит от 10 до 63%. Чтобы этого не произошло, переходить к оплате по КСГ решили, как здесь говорят, «мягко».

В частности, в течение первого полугодия были применены индивидуальные коэффициенты уровня стационара на 2013 г. Это позволило не допустить снижения финансового обеспечения ЛПУ, сохранить уровень средней заработной платы медработников по сравнению с 2012 г. и обеспечить гарантии её роста. Со второго полугодия к формуле расчёта стоимости одного случая лечения в стационаре добавили ещё два коэффициента – управленческий (мотивация к сложным видам лечения) и сложность курации пациента с учётом его возраста.

В течение года томские больницы адаптировались к новым правилам финансирования. С точки зрения руководства ре-

гионального ТФОМС, результаты в целом оправдали ожидания. В частности, средняя длительность лечения сократилась до 9,26 койко-дней, тогда как в конце прошлого года составляла почти 11 койко-дней.

– Сокращение средних сроков «законченного случая», по нашим оценкам, произошло за счёт того, что врачи стали переориентировать «лёгкие случаи» на амбулаторный этап, уменьшилось время пребывания больных в стационаре в до- и послеоперационном периоде, активнее начали использоваться современные методы хирургического вмешательства, – говорит Виктор Козлов. – В то же время в стационарах изменилась сама структура хирургической помощи: сократилась доля «простых» оперативных вмешательств, которые по уровням затрат отнесены к самым недорогим. Такие операции стали в 2 раза чаще выполняться в амбулаторных условиях. Также меньше стало случаев госпитализации в диагностических целях, поскольку больницам это теперь невыгодно: клинко-статистическая группа «Госпитализация в диагностических целях» оплачивается по очень низкой ставке. Чисто экономическими методами мы добились решения задачи, которая уже давно требовала решения: этап обследования перенесён из стационара на уровень первичного звена.

В целом, отмечают в Томском фонде ОМС, клинко-статистические группы сыграли роль экономических стимулов: оценка работы стационаров по КСГ привела к оптимизации потоков пациентов, госпитализации «финансово затратных» тяжёлых больных и, как результат, к повышению качества медицинской помощи.

Вместе с тем, прежде чем тиражировать принцип КСГ на всю страну, данный способ оплаты необходимо доработать, в частности, в отношении акушерско-гинекологической помощи, эндоскопических и травматологических операций. Свои предложения по их доработке томские специалисты передали в Федеральный фонд ОМС.

Елена БУШ,
с.б. корр. «МГ».

Томск.

Фото

Александра ХУДАСОВА.