

О новой модели финансирования и обеспечения качества дерматовенерологической помощи

А.А. Мартынов¹, Н.Н. Стадченко², А.В. Власова³

¹ ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России 107076, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

² Федеральный фонд обязательного медицинского страхования 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37, корп. 4А

³ ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Изложены современные подходы к организации оказания и финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология», а также внедряемые механизмы обеспечения качества медицинской помощи и независимой оценки предоставляемых услуг.

Ключевые слова: **дерматовенерология, высокотехнологичная медицинская помощь, обязательное медицинское страхование, клинико-статистические группы, аккредитация медицинских специалистов, качество медицинской помощи, институт страховых представителей, экспертиза качества.**

Контактная информация: <mailto:aamart@mail.ru>. Вестник дерматологии и венерологии 2016; (6): 10—19.

On the new model of funding and quality assurance of dermatovenereologic care

A.A. Martynov¹, N.N. Stadchenko², A.V. Vlasova³

¹ State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Healthcare of the Russian Federation Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russia

² Federal Compulsory Medical Insurance Fund Novoslobodskaya str., 37, bldg 4A, GSP-4, Moscow, 127994, Russia

³ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University Trubetskaya str., 8, bldg 2, Moscow, 119991, Russia

The article deals with modern approaches to organization of delivery and financial support of high-tech medical care on the profile of “dermatovenereology”, and with introduced mechanisms for quality assurance of medical care and independent evaluation of the services provided.

Key words: **dermatovenereology, high-tech medical care, compulsory medical insurance, diagnostic related groups, accreditation of medical specialists, quality of medical care, institution of insurance representatives, quality expert evaluation.**

Corresponding author: <mailto:aamart@mail.ru>. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 6: 10—19.

■ Одним из приоритетных направлений модернизации отечественного здравоохранения в последнее десятилетие стало изменение механизмов финансирования специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи [1].

На первом этапе, начиная с 2006 г., соответствующие мероприятия были проведены в отношении высокотехнологической медицинской помощи (ВМП), оказываемой федеральными клиниками. В частности, со второго квартала 2006 г. данные организации были переведены на работу в условиях выполнения государственного задания на оказание ВМП. Одновременно был внедрен новый механизм финансирования — по конечному результату (за пролеченного больного). Это позволило средства федерального бюджета направлять не на содержание клиник, а на компенсацию затрат по утвержденным нормативам по профилям ВМП.

В результате было обеспечено увеличение объемов оказания ВМП. Если в 2005 г. всего было пролечено 60 тыс. больных, то в 2006 г. — более 128 тыс. больных.

Увеличение объемов оказания ВМП в данный период отмечалось практически по всем профилям. В частности, по профилю «Дерматовенерология» прирост составил 30% (2005 г. — 1550 больных, 2006 г. — 2020 больных).

С принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» модернизация принципов финансового обеспечения специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в целом была продолжена.

Основные нововведения были связаны с появлением нового источника финансового обеспечения ВМП. До 2014 г. было два источника:

1) бюджетные ассигнования федерального бюджета, выделяемые медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

2) бюджетные ассигнования бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемые в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Начиная с 2014 г. появляется третий источник — средства обязательного медицинского страхования (ОМС) [2].

Это обеспечило дальнейшее наращивание объемов ВМП. Всего по итогам 2014 г. было пролечено 715,6 тыс. больных. Вместе с тем по отдельным профилям объемы ВМП несколько снизились. В частности, по профилю «Дерматовенерология» невыполнение плана по ВМП в рамках базовой программы ОМС достигло более 20% (план — 1,89 тыс. больных; факт — 1,56 тыс. больных).

В 2015 г. были кардинально пересмотрены источники финансового обеспечения ВМП, в частности:

■ виды ВМП, включенные в базовую программу ОМС, финансово обеспечивались по перечню таких видов на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС (ФОМС) бюджетам территориальных фондов ОМС (такая помощь оказывалась медицинскими учреждениями любой организационно-правовой формы);

■ виды ВМП, не включенные в базовую программу ОМС, финансово обеспечивались за счет межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС в федеральный бюджет (такая помощь оказывалась федеральными медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, и медицинскими организациями, включенными в перечень, утвержденный уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации).

Также было продолжено финансовое обеспечение ВМП за счет средств региональных бюджетов.

По результатам 2015 г. всего было пролечено 823,3 тыс. больных, в том числе:

■ 320,7 тыс. пациентов за счет межбюджетных трансфертов ФОМС, переданных в федеральный бюджет для финансового обеспечения ВМП, оказываемой федеральными государственными учреждениями, не включенной в базовую программу ОМС;

■ 144,8 тыс. пациентов за счет средств региональных бюджетов и межбюджетных трансфертов ФОМС, переданных в федеральный бюджет на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, для финансового обеспечения ВМП, не включенной в базовую программу ОМС;

■ 357,8 тыс. пациентов за счет средств ОМС для финансового обеспечения ВМП, включенной в базовую программу ОМС.

По профилю «Дерматовенерология» была достигнута максимальная обеспеченность ВМП за весь период оказания такой помощи. Всего было пролечено в 2015 г. 3,0 тыс. больных (см. рисунок).

По предварительным оценкам, в 2016 г. ожидается оказание ВМП более 939,6 тыс. больным, в том числе по профилю «Дерматовенерология» — не менее 3,5 тыс. больным.

Таким образом, финансирование ВМП, оказываемой федеральными клиниками, в 2015 и 2016 гг. осуществлялось путем передачи межбюджетных трансфертов федеральному бюджету. Для этих целей с 2015 г. увеличен доход ФОМС путем снятия предельной величины базы для начисления страховых взносов на ОМС для работающего населения на 180 млрд руб.



Однако, несмотря на продолжавшееся увеличение расходов на оказание ВМП, использование данного механизма не обеспечивало в полном объеме потребность в отдельных видах ВМП, оказываемых в федеральных клиниках сверх базовой программы ОМС.

Кроме того, на соответствующие финансовые средства распространялась оптимизация бюджета в связи со складывающейся социально-экономической ситуацией.

В этой связи были приняты поправки в законодательство Российской Федерации, которыми, по сути, предусмотрено с 1 января 2017 г. оказание федеральными клиниками ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, по единым дифференцированным тарифам за счет обособления части средств ОМС в бюджете ФОМС на эти цели [3].

Это позволит обеспечить бесперебойное оказание ВМП и дальнейшее наращивание объемов такой помощи.

Вторым направлением совершенствования финансового обеспечения специализированной медицинской помощи является внедрение новых форм оплаты стационарной медицинской помощи, в частности за законченный случай лечения по клинико-статистическим группам болезней [4].

Согласно утвержденному определению под клинико-статистической группой (КСГ) понимают группу заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов) [5].

Исходя из принципов отечественных КСГ, при их использовании случаи госпитализации классифицируются в клинически однородные группы со сходными характеристиками потребления ресурсов — клинико-профильные группы (КПГ), что позволяет планировать расходы медицинских организаций.

Заболевания группируются в более или менее однородные группы с приблизительно одинаковой стоимостью лечения, которые и принято называть КСГ. К каждой группе заболеваний устанавливается единый коэффициент относительной затратно-емкости, который распространяется на все заболевания, включенные в данную группу.

Под оплатой медицинской помощи по КСГ или КПГ понимают оплату медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Изложенный подход стал внедряться в рамках пилотного проекта в трех субъектах Российской Федерации с 2012 г. По результатам была разработана первая модель КСГ (период действия — 2013 г.; 187 групп). Результатом ее реализации стало снижение средней длительности пребывания пациента на койке.

Отличительными особенностями второй модели КСГ (период действия — 2014 г.; 201 группа) стали: новые классификационные критерии отнесения случаев лечения к конкретным КСГ (возраст, пол, комбинация диагнозов и операций); пересмотр относительных коэффициентов затратоемкости и структуры групп заболеваний.

Результатом внедрения второй модели КСГ стало:

- снижение средней длительности пребывания пациента на койке и соответственно увеличение показателя работы койки;
- повышение доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи.

По сути, изначально норматив оплаты по КСГ можно было сопоставить с произведением норматива среднего числа койко-дней и стоимости 1 койко-дня по сходным группам заболеваний, значения которых прежде ежегодно утверждались в программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Однако начиная с третьей модели КСГ (период действия — 2015 г.; 258 групп) методические подходы были дополнены:

- поправочными коэффициентами, амплитудой их диапазонов и правилами применения, что обеспечило гибкую дифференциацию внутри КППГ;
- регламентацией выделения подгрупп в структуре стандартного перечня КСГ;
- критериями определения и правилами финансирования случаев сверхкороткого и сверхдлинного пребывания;
- новым перечнем диагностических исследований и методов лечения, влияющих на отнесение случая лечения к конкретной КСГ;
- широким выделением детских групп заболеваний.

Результатом внедрения четвертой модели стало существенное снижение дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи при лечении одного и того же заболевания.

Четвертая модель (период действия — с 2016 г. в 60 субъектах Российской Федерации, 308 групп) дополнена КСГ для оплаты:

- медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;
- медицинской помощи, оказанной детскому населению;
- помощи в условиях дневного стационара.

Также четвертая модель КСГ дополнена оптимизацией подходов к применению поправочных коэффициентов с учетом обеспечения дальнейшего снижения

дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи, совершенствования формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развития стационарзамещающих технологий, повышения доступности стационарной медицинской помощи, предполагающей использование сложных медицинских технологий.

В 2016 г. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) [6].

Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ (КППГ) осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- видов ВМП, как включенных, так и не включенных в базовую программу ОМС;
- социально значимых заболеваний (ИППП и др.) в случае их финансирования в рамках территориальной программы ОМС;
- отдельных услуг, в отношении которых программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены нормативы стоимости.

Модель финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, основана на объединении заболеваний в группы (КСГ или КППГ) и построена на единых принципах независимо от условий оказания медицинской помощи.

Расчет величины коэффициента относительной затратоемкости КСГ и КППГ производится с учетом стоимости стандартов медицинской помощи, утверждаемых Минздравом России, а также стоимости набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, в отношении которых стандарты не установлены.

Однако вопрос использования стандартов медицинской помощи при данном способе оплаты остается открытым. Международный опыт предусматривает формирование КСГ на основе стандартов медицинской помощи на 80% заболеваний, подлежащих оплате в системе ОМС. Однако часть стандартов, разработанных до вступления в силу Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с 1 января 2013 г. утратила силу [14]. Таким образом, при оплате по КСГ в настоящее время учитываются заболевания, стандарты лечения которых не разработаны.

Регионы самостоятельно определяют способ оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- на основе КППГ, объединяющих заболевания;
- на основе КСГ, объединяющих заболевания.

При этом не исключается возможность сочетания данных способов оплаты медицинской помощи при различных заболеваниях. Способ оплаты устанавливается тарифным соглашением [7].

Все КСГ распределены по профилям медицинской помощи — при этом часть диагнозов, медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПП не учитывается.

Конкретный способ оплаты медицинской помощи при различных заболеваниях устанавливается территориальной программой ОМС.

Формирование КПП осуществляется на основе профилей медицинской деятельности [8].

В соответствии с Правилами ОМС медицинские организации ежемесячно формируют и направляют в страховые медицинские организации в том числе реестр счетов. В указанном реестре счетов в обязательном порядке отражаются сведения об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи [8].

Минздравом России на 2015 г. были определены три КСГ по КПП «Дерматология» [9] (табл. 1).

По итогам 2015 г., медицинскую помощь по КПП «Дерматология» оказывало 2089 организаций (табл. 2). Наибольшее число таких организаций (628) было в Приволжском федеральном округе (ФО), наименьшее (79) — в Северо-Западном ФО.

Большая часть (66%) медицинской помощи была оказана при «малых» болезнях кожи, меньшая (9%) — при инфекционных болезнях кожи и подкожной клетчатки; доля «больших» болезней кожи в общем объеме законченных случаев лечения составила 25%.

Средний тариф по «большим» болезням кожи был максимальным — 35,1 тыс. руб. (при инфекциях — 21,7 тыс. руб., при «малых» болезнях кожи — 13,4 тыс. руб.).

При «больших» болезнях кожи величина тарифа варьировала от 23,2 тыс. руб. в Центральном ФО до 81,7 тыс. руб. в Южном ФО; при инфекциях кожи и подкожной клетчатки — от 13,1 тыс. руб. в Центральном ФО до 68,6 тыс. руб. — в Южном ФО; при «малых» болезнях кожи — от 10,8 тыс. руб. в Южном ФО до 25,3 тыс. руб. в Дальневосточном ФО.

Коэффициент дифференциации тарифов составил в среднем 1,171 (от 1,002 в Южном ФО до 1,8 в Дальневосточном ФО).

Таблица 1

Распределение основных нозологических форм КПП «Дерматология» по КСГ в соответствии с кодами МКБ-10 в 2015 г.

МКБ-10	Диагноз
КСГ № 31 «БОЛЬШИЕ» БОЛЕЗНИ КОЖИ	
L10	Пузырчатка (пемфигус)
L12	Пемфигоид
L40	Псориаз
L41	Парапсориаз
L51	Эритема многоформная
L52	Эритема узловатая
L53	Другие эритематозные состояния
L54	Эритема при болезнях, классифицированных в других рубриках
L93	Красная волчанка
L95	Васкулит, ограниченный кожей, не классифицированный в других рубриках
КСГ № 32 ИНФЕКЦИИ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ	
L00	Синдром стафилококкового поражения кожи в виде ожогоподобных пузырей
L01	Импетиго
L03	Флегмона
L04	Острый лимфаденит
L05	Пилонидальная киста
L08.0	Пиодермия
L30.3	Инфекционный дерматит
L88	Пиодермия гангренозная
L98	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, не классифицированные в других рубриках
L98.0	Пиогенная гранулема

Окончание табл. 1

МКБ-10	Диагноз
КСГ № 33 «МАЛЫЕ» БОЛЕЗНИ КОЖИ	
L13	Другие буллезные изменения
L13.0	Дерматит герпетиформный
L20.8	Другие атопические дерматиты
L21	Себорейный дерматит
L22	Пеленочный дерматит
L23	Аллергический контактный дерматит
L24	Простой раздражительный контактный дерматит
L25	Контактный дерматит неуточненный
L27	Дерматит, вызванный веществами, принятыми внутрь
L28	Простой хронический лишай и почесуха
L28.0	Простой хронический лишай
L29	Зуд
L30	Другие дерматиты
L42	Питириаз розовый (Жибера)
L43	Лишай красный плоский
L44	Другие папулосквамозные изменения
L45	Папулосквамозные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках
L50	Крапивница
L55	Солнечный ожог
L56	Другие острые изменения кожи, вызванные ультрафиолетовым излучением
L58	Радиационный дерматит лучевой
L59	Другие болезни кожи и подкожной клетчатки, связанные с излучением
L60	Болезни ногтей
L62	Изменения ногтей при болезнях, классифицированных в других рубриках
L63	Гнездная алопеция
L64	Андрогенная алопеция
L65	Другая нерубцующая потеря волос
L66	Рубцующая алопеция
L67	Аномалии цвета волос и волосяного стержня
L68	Гипертрихоз
L70	Угри
L71	Розацеа
L72	Фолликулярные кисты кожи и подкожной клетчатки
L73	Другие болезни волосяных фолликулов
L74	Болезни мерокринных (экринных) потовых желез
L75	Болезни апокринных потовых желез
L80	Витилиго
L81	Другие нарушения пигментации
L82	Себорейный кератоз
L83	Acanthosis nigricans
L84	Мозоли и оmozолелости
L85	Другие эпидермальные утолщения
L86	Кератодермии при болезнях, классифицированных в других рубриках
L87	Трансэпидермальные прободные изменения
L90	Атрофические поражения кожи
L91	Гипертрофические изменения кожи
L92	Гранулематозные изменения кожи и подкожной клетчатки
L94	Другие локализованные изменения соединительной ткани
L98.1	Искусственный (артифициальный) дерматит
L98.5	Муциноз кожи
L99	Другие поражения кожи и подкожной клетчатки при болезнях, классифицированных в других рубриках
L99.0	Амилоидоз кожи

Таблица 2 Результаты внедрения КПП «Дерматология» в 2015 г.

Показатель	КСГ № 31	КСГ № 32	КСГ № 33
Объем законченных случаев лечения в стационарных условиях, чел.	35 739	13 476	96 187
Тариф, руб.	35 118	21 675	13 375
max	123 884	50 935	45 206
min	12 080	7856	6353
Средняя длительность лечения в стационарных условиях, дни	13	10	10
max	21	14	13
min	8	7	6
Больничная летальность (в стационарных условиях)	19	37	17
Количество случаев повторной госпитализации в течение 28 и 90 дней	978	204	1543

Наибольшая продолжительность лечения отмечалась в группе «больших» болезней кожи — 13 дней (от 10 дней в Южном ФО до 17 дней в Северо-Кавказском ФО). При инфекционных болезнях кожи и подкожной клетчатки и «малых» болезнях кожи продолжительность лечения была сопоставимой и равнялась 10 дням.

Касаясь вопроса дальнейшего снижения продолжительности лечения больных с хроническими заболеваниями кожи, следует учитывать особенности обратной инволюции патологических элементов на коже, которые проходят последовательные этапы своего развития. В этой связи дальнейшая оптимизация продолжительности госпитализации таких пациентов может негативно сказаться как на течении заболеваний, так и на отношении пациентов к достижениям современной медицины. Одним из возможных решений данного вопроса должно стать изменение подходов к сути госпитализации пациентов по профилю, в том числе с целью уточнения диагноза, проведения необходимых диагностических процедур, подбора адекватной терапии и контроля за состоянием больных на начальных ее этапах. Последующее лечение должно осуществляться на амбулаторном этапе, в том числе при необходимости в условиях дневного стационара.

Наибольшее число повторных госпитализаций в 2015 г. было зарегистрировано при «малых» болезнях кожи — 1543 (минимум — 16 в Дальневосточном ФО, максимум — 591 в Уральском ФО). Число повторных госпитализаций при «больших» болезнях кожи всего составило 978 (минимум — один в Северо-Западном ФО, максимум — 336 в Приволжском ФО). При инфекциях кожи и подкожной клетчатки число повторных госпитализаций составило всего 204 (по одному случаю в Северо-Западном ФО и Дальневосточном ФО; максимальное число — 49 в Сибирском ФО).

В 2016 г. осуществляется внедрение четвертой модели КСГ. В рамках КПП «Дерматология» уточнены

заболевания внутри КСГ, а также включена новая КСГ по оказанию помощи в условиях дневного стационара, в частности:

- КСГ № 27 — редкие и тяжелые дерматозы;
- КСГ № 28 — среднетяжелые дерматозы;
- КСГ № 29 — легкие дерматозы;
- КСГ № 11 — медицинская помощь, оказанная в условиях дневного стационара по дерматологии.

Содержащееся в данной модели деление заболеваний кожи и подкожной клетчатки на три группы наиболее полно отражает затраты на оказание соответствующих услуг.

Количество медицинских организаций, оказывающих соответствующую помощь, возросло на 146 — до 2235 организаций (табл. 3).

Таким образом, изменение механизмов финансового обеспечения специализированной, в том числе ВМП, позволило значительно увеличить доступность данного вида помощи, несмотря на складывающуюся социально-экономическую ситуацию.

Однако, несмотря на успешное решение вопросов финансового обеспечения и наращивания объемов ВМП, возникает необходимость решения задач, направленных на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

Согласно данным социологических опросов более 82% респондентов считают, что качество напрямую зависит от того, насколько квалифицированы и профессиональны врачи [10].

В целях повышения качества подготовки специалистов в сфере здравоохранения Минздравом России последовательно реализуется ряд соответствующих инициатив.

Наиболее значимые из них — введение с 2016 г. аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов, а также совершенствование системы ОМС.

Относительно аккредитации специалистов следует отметить, что этот процесс только стартовал и в настоящее время затрагивает выпускников вузов.

Таблица 3 Предварительные результаты внедрения КПП «Дерматология» за 7 мес. 2016 г.

Показатель	КСГ № 27	КСГ № 28	КСГ № 29	КСГ № 11
Объем законченных случаев лечения в стационарных условиях, чел.	24 869	30 233	19 710	47 878
Тариф, руб.	33 058	13 922	6971	13 142
Средняя длительность лечения в стационарных условиях, дни	15	10	8	11
Больничная летальность (в стационарных условиях)	22	30	2	—
Количество случаев повторной госпитализации в течение 28 и 90 дней	357	361	220	480

При этом модернизация системы ОМС преследует несколько целей, в частности [11, 12]:

- завершение перехода на страховые принципы ОМС и повышение ответственности субъектов и участников ОМС на основе страховых принципов;
- перевод медицинских организаций на преимущественно одноканальное финансирование за счет средств ОМС;
- формирование системы информирования граждан об их праве на получение доступной и качественной медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС.

С 1 января 2017 г. минимальный размер уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование, увеличен с 60 млн до 120 млн руб., что позволит повысить ответственность таких страховщиков [13].

Также к настоящему моменту определены ответственные за информирование и порядок информирования граждан об оказанной им медицинской помощи и ее стоимости.

За медицинскими организациями закреплена обязанность информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [14].

Кроме того, медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязаны предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Страховые медицинские организации в соответствии с требованиями, установленными правилами ОМС, размещают на собственных официальных сайтах в сети Интернет, публикуют в средствах массовой информации или доводят до сведения застрахованных лиц иными предусмотренными законодательством Российской Федерации способами информацию о медицинских организациях, осуществляющих

деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи [15].

Изменение функций страховых медицинских организаций направлено на:

- обеспечение индивидуального подхода к застрахованным лицам путем создания института страховых представителей;
- тактичное сопровождение пациента при оказании медицинской помощи и вовлечение в профилактические программы;
- персонифицированное прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям и персонально к врачам.

Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с медицинскими организациями, территориальными фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями обеспечивают индивидуальное информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости, которое осуществляется через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и (или) территориальных фондов ОМС путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации и медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе [16].

В рамках такой работы в 2016 г. во всех страховых медицинских организациях открыты контакт-центры и горячие линии по сопровождению застрахованных в системе ОМС граждан. Их основной целью является информационное сопровождение при получении бесплатной медицинской помощи по условиям и срокам ее получения.

На втором этапе (ориентировочно с 2017 г.) планируется внедрение индивидуального и смс-оповещения всех застрахованных по вопросам, связанным с диспансерным наблюдением.

С 2018 г. запланировано внедрение программы повышения ответственности граждан за состояние своего здоровья, мотивации каждого гражданина к выполнению врачебных рекомендаций.

Также создан механизм формирования и расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, полученных в результате применения к медицинским организациям санкций по результатам проводимого территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями контроля качества предоставления медицинской помощи, для финансирования мероприятий по устранению выявленных нарушений, в том числе на повышение квалификации медицинских работников, приобретение медицинского оборудования и проведение его ремонта [17, 18].

Одновременно осуществляется ряд шагов по перезагрузке экспертной работы в системе ОМС, в том числе экспертизы качества, проводимой страховыми медицинскими организациями, в том числе:

- повышение уровня квалификации экспертов качества;
- обеспечение преемственности между уровнями и видами медицинской помощи;
- обеспечение контроля и организации медицинской помощи в целях соблюдения сроков ее оказания.

Аналогичная перезагрузка системы экспертов запланирована в рамках создания системы государственного контроля за качеством оказываемых медицинских и фармацевтических услуг, в ходе которой запланировано внедрение системы управления качеством в деятельность медицинских организаций, в том числе [12]:

- централизация контроля путем возврата на федеральный уровень полномочий по лицензионному контролю;
- усиление ответственности за оказание некачественной медицинской помощи и фармацевтических услуг;
- снижение контрольной нагрузки на хозяйствующие субъекты;
- совершенствование и создание информационных баз в сфере здравоохранения с целью формирования профиля риска при проведении контрольных мероприятий.

Наряду с этим осуществляется формирование независимой системы оценки качества работы органи-

заций, оказывающих социальные услуги, в том числе в сфере здравоохранения. Целью данной системы является обеспечение реализации прав граждан на участие в оценке качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, и влияние на эффективность их работы [19, 20].

Формирование независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, предусматривает определение критериев эффективности работы таких организаций и введение публичных рейтингов их деятельности.

Независимая оценка качества оказания услуг организациями здравоохранения — одна из форм общественного контроля, осуществляемого в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг такими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности.

По итогам 2015 г. независимая оценка проведена в отношении 28 709 организаций, что составляет 20,8% от общего числа организаций социальной сферы.

В сфере здравоохранения отмечается один из наиболее высоких уровней охвата такой работой (табл. 4).

В рамках создания системы независимой оценки качества в настоящее время продолжается работа по следующим направлениям:

- 1) формирование перечней организаций социальной сферы, в отношении которых будет проводиться независимая оценка;
- 2) определение организаций — операторов по сбору, обобщению и анализу информации о качестве оказания услуг;
- 3) создание на официальных сайтах органов государственной власти субъектов Российской Федерации раздела «Независимая оценка» (по итогам 2015 г. в сфере здравоохранения такие разделы созданы в 82 регионах). Удельный вес организаций в сфере здравоохранения, имеющих официальные сайты в сети Интернет за период 2013—2015 гг., увеличился в 1,1 раза (2013 г. — 81,95%; 2015 г. — 91%);
- 4) обеспечение технической возможности выражения мнения потребителей о качестве услуг

Таблица 4 Охват организаций социальной сферы независимой оценкой качества в 2015 г.

	Общее число организаций	Охвачены независимой оценкой качества	
		абс.	%
Здравоохранение	8155	2957	36,3
Культура	22 057	4017	18,2
Образование	101 097	19 288	19,1
Социальное обслуживание	6642	2447	36,8
Всего	137 951	28 709	20,8

(в сфере здравоохранения по итогам 2015 г. анкеты для электронного опроса были размещены в 82 регионах).

Таким образом, в настоящее время осуществляются значимые преобразования в сфере оказания

медицинской помощи, направленные как на повышение ее доступности для населения, так и на обеспечение обратной связи путем совершенствования механизмов предоставления и контроля качества оказываемой медицинской помощи. ■

Литература

- Martynov A.A., Vlasova A.V. Osnovnyye napravleniya razvitiya spetsializirovannoy meditsinskoj pomoshchi po profilu «dermatovenerologiya». Vestnik dermatologii i venerologii 2014; 5: 16—23. [Мартынов А.А., Власова А.В. Основные направления развития специализированной медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология». Вестн дерматол венерол 2014; 5: 16—23.]
- Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 3 июля 2016 г. № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».
- Письмо Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций “Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)”».
- Письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24 декабря 2015 г. № 11-9/10/2-7938 и № 8089/21-и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».
- Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
- Suvorov V. Finansovoye obespecheniye okazaniya vysokotekhnologichnoy meditsinskoj pomoshchi v 2015 godu // Uchrezhdeniya zdavoookhraneniya: bukhgalterskiy uchet i nalogooblozheniye 2015; 1. [Суворов В. Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи в 2015 г. Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2015; 1.]
- Приказ Минздравсоцразвития России от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».
- Письмо Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
- Фонд «Общественное мнение» / Доминанты. Поле мнений (опрос населения) 2015; 28: 28 <http://bd.fom.ru/report/map/dominant/dom2815/d281508>
- Перечень поручений по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 27 декабря 2013 г. № Пр-3086.
- Перечень поручений по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 5 декабря 2014 г. № Пр-2821.
- Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации “Об организации страхового дела в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”».
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
- Приказ Минздрава России от 6 июня 2016 г. № 354н «Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения территориального фонда обязательного медицинского страхования с медицинской организацией о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования».
- Приказ Федерального фонда ОМС от 29 апреля 2016 г. № 85 «О внесении изменений в Порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 227».
- Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
- Приказ Минздрава России от 3 марта 2016 г. № 136 «Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями».

об авторах: ▶

А.А. Мартынов — д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва

Н.Н. Стадченко — к.э.н., председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Москва

А.В. Власова — к.м.н., доцент кафедры Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье