

Основные направления развития специализированной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология»

А.А. Мартынов¹, А.В. Власова²

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

² ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Представлены результаты анализа направлений развития специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с учетом положений Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»

Ключевые слова: **приоритетный национальный проект «Здоровье», региональные программы модернизации здравоохранения, государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, организация оказания дерматовенерологической помощи.**

Контактная информация: aamart@mail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2014; (5): 16—23.

Major directions in the development of specialized medical aid in the field of dermatovenerology

A.A. Martynov¹, A.V. Vlasova²

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

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

The article presents the results of a survey of the lines of development for specialized medical aid including high-end one taking into consideration the provisions set out in the Order issued by the President of the Russian Federation under No. 598 “On the improvement of the state policy in the field of health care” on May 7, 2012.

Key words: **High-Priority National Project “Health”, regional healthcare modernization programs, Health Development State Program of the Russian Federation, specialized medical aid including high-end aid, organization of dermatovenerological aid.**

Corresponding author: aamart@mail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2014; 5: 16—23.

■ Последние два десятилетия в Российской Федерации отмечены рядом последовательно проводимых реформ в социальной сфере, которые сопровождались преобразованиями и в сфере здравоохранения. На смену плановой экономике пришли программно-целевые и проектные методы управления, был реализован ряд крупных проектов по развитию отдельных видов медицинской помощи, направленных на повышение ее доступности и качества. Наиболее значимые проекты: приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006—2013 гг.), региональные программы модернизации здравоохранения (2011—2013 гг.).

Вместе с тем накопившиеся за многие десятилетия проблемы в организации оказания медицинской помощи за столь короткий период решить в полном объеме не удалось.

Современная система оказания медицинской помощи отличается рядом особенностей:

- уменьшением доступности специализированной (стационарной) медицинской помощи на фоне недостаточного развития амбулаторно-поликлинической и неотложных видов медицинской помощи;
- снижением доступности лекарственного обеспечения, в особенности на амбулаторном этапе лечения;
- отсутствием четких критериев бесплатности медицинских услуг и увеличением объема предоставляемых платных медицинских услуг в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
- дефицитом/дисбалансом медицинского персонала, особенно на удаленных территориях;
- несовершенством системы обязательного медицинского страхования;
- недостаточным уровнем развития материально-технической базы медицинских организаций, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях, в частности при инфекциях, передаваемых половым путем.

Новые задачи и ориентиры в организации оказания медицинской помощи определены Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [1, 2].

В частности, в соответствии с Указом № 598 в течение 2013 г. Минздравом России совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации были разработаны и начали реализовываться следующие программные документы:

- Комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [3];
- Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 г. [4];

- Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации и план ее реализации на период до 2025 г. [5];

- Комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами [6].

Основной задачей Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами является устранение сложившегося дефицита/дисбаланса медицинского персонала в государственных медицинских организациях. Ключевым моментом развития кадровых программ является предоставление социальных гарантий медицинским работникам и повышение уровня их заработной платы [6]. Также комплексом мер предусматривается:

- создание эффективных механизмов повышения квалификации и оценки профессиональной квалификации медицинских и фармацевтических работников, участие в проведении оценки профессиональной квалификации медицинских и фармацевтических работников профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых указанными группами работников;
- переход к аккредитации специалистов в сфере здравоохранения с 2016 г.;
- широкое внедрение в образовательный процесс дистанционных технологий;
- разработка «профессиональных стандартов» (к настоящему моменту обеспечено согласование с профсоюзом работников здравоохранения 27 проектов таких стандартов);
- переход на эффективный контракт работников здравоохранения.

Во всех субъектах Российской Федерации в течение 2013 г. разработаны и утверждены программы, направленные на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров. А также программы, содержащие дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей. Финансовое обеспечение программ предусмотрено на плановый период 2014—2015 гг. за счет средств региональных бюджетов.

На федеральном уровне при Минздраве России создан Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования, в состав которого включены представители некоммерческих профессиональных организаций.

По данным мониторинга, осуществляемого Минздравом России, в медицинских организациях Российской Федерации в 2013 г. работало более 2 млн медицинских работников, из них на 1 января 2014 г. в учреждениях Минздрава России — 587 482 врача (в том числе 365 842 врача клинических специальностей) и 1 295 736 средних медицинских работников.

Обеспеченность населения (на 10 000) врачами выросла с 40,8 (2008 г.) до 41,0 (2013 г.). Несмотря на то что обеспеченность средними медицинскими работниками снизилась с 94,1 (2008 г.) до 90,4 (2013 г.), отмечается активный их приток в систему здравоохранения, в частности, за 2013 г. их численность увеличилась более чем на 11 тыс. человек.

Для закрепления 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 тыс., причем к сельским населенным пунктам присвоены и рабочие поселки.

В 2013 г. были разработаны новые федеральные государственные образовательные стандарты по всем основным 11 врачебным направлениям, а также стандарты по всем специальностям подготовки ординатуры (94 стандарта), начата работа по формированию клинических протоколов (за 2013 г. было подготовлено 420 протоколов, из которых утверждено более 310; до конца 2014 г. всего планируется утвердить около 1500 таких документов).

С 2013 г. начата работа по пересмотру норм труда в здравоохранении, стартовал пилотный проект по отработке основных принципов непрерывного образования для участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики. В 2014 г. в этом проекте принимают участие 15 образовательных организаций Минздрава России, 9 общественных профессиональных организаций, 735 врачей первичного звена.

Кроме того, по инициативе Национальной медицинской палаты, в настоящее время активно обсуждается проект концепции введения саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников в Российской Федерации, утверждение которого планируется до конца 2014 г.

Одновременно на основе анализа доступности медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, формируются механизмы эффективного использования мощностей кадровых ресурсов указанных организаций для организации медицинской помощи населению близлежащих субъектов Российской Федерации.

Основной целью Стратегии развития медицинской науки Российской Федерации до 2025 г. является развитие медицинской науки, ориентированной на создание высокотехнологичных инновационных продуктов, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья населения на основе трансфера технологий в практическое здравоохранение.

Стратегией предусматривается:

- развитие сектора медицинских исследований и разработок до мирового уровня и интеграция рос-

сийской медицинской науки в глобальное научное пространство;

- повышение уровня ориентированных фундаментальных и прикладных научных исследований;
- повышение эффективности управления медицинской наукой, развитие системы стратегического и проектного управления, внедрение программно-целевого метода финансирования, проведение институциональных преобразований и модернизация инфраструктуры;
- совершенствование механизмов мотивации научных сотрудников, укрепление научного кадрового потенциала.

Управление медицинскими исследованиями планируется осуществлять на основе сформированных научных платформ — интегрированных программ исследований по приоритетным направлениям и критическим технологиям развития медицинской науки, направленных на создание инновационных продуктов и технологий, реализуемых ведущими научными коллективами и исследователями.

Определено 14 научных платформ, в том числе онкология, кардиология и ангиология, неврология, эндокринология, педиатрия, психиатрия, иммунология, микробиология, фармакология, профилактическая среда, репродуктивное здоровье, регенеративная медицина, инвазивные технологии и инновационные фундаментальные технологии в медицине.

Реализация Стратегии позволит к 2025 г.:

- модернизировать более 50% научных лабораторий и до 100% клинических подразделений до уровня, соответствующего требованиям надлежащей лабораторной и клинической практик;
- увеличить на 8% долю научных сотрудников в возрасте до 39 лет в общем объеме научных сотрудников (до 33%);
- довести долю инновационных продуктов, выведенных на рынок, до 10% от числа впервые зарегистрированных продуктов.

В настоящее время прорабатываются вопросы финансового обеспечения развития инновационной медицины.

Глобальной задачей Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации является создание эффективной системы рационального использования лекарственных препаратов для медицинского применения. В этих целях планируется ряд мероприятий, в том числе:

- пересмотр ассортимента лекарственных препаратов, перечень которых определяется стандартами медицинской помощи, внедрение клеточных продуктов;
- отработка в пилотных регионах механизмов лекарственного возмещения для льготных категорий граждан.

В рамках реализации данной стратегии:

- утверждены правила формирования различных перечней лекарственных препаратов, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в том числе перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее — перечень ЖНВЛП) [7]. Указанные правила, по сути, унифицируют подходы и требования к процедурам формирования различных перечней лекарственных препаратов, предусмотренных действующим законодательством, в том числе перечня ЖНВЛП, устанавливая прозрачный механизм включения лекарственных препаратов в перечни и исключения из них, предусматривают привлечение к этой работе представителей экспертного сообщества, а также конкретизируют сроки процедур формирования перечней лекарственных препаратов;
- усовершенствована методика установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛП [8, 9]. В соответствии с обновленной методикой Минздравом России с 1 января 2013 года перерегистрированы цены на 1284 лекарственных препарата российских производителей;
- совершенствуются механизмы взаимодействия организаций здравоохранения, аптечных организаций, организаций социального обслуживания по обеспечению граждан пожилого возраста лекарственными препаратами, в том числе по доставке их на дом. Налажен обмен информацией между заинтересованными организациями; в течение 2013 г. регионами было приобретено более 600 единиц автотранспорта для оснащения мобильных бригад учреждений социального обслуживания. Это позволило в прошлом году воспользоваться услугой по доставке лекарственных препаратов на дом более 1,2 млн пожилых граждан, в том числе 75 тыс. инвалидов и участников Великой Отечественной войны, состоящих на учете в органах социальной защиты населения субъектов Российской Федерации;
- прорабатывается вопрос об установлении дополнительного требования к участникам размещения заказов на поставки медицинских изделий для федеральных нужд, а также нужд субъектов Российской Федерации или муниципальных нужд, в том числе о запрете на допуск медицинских изделий, страной происхождения которых не являются Российская Федерация, Республика Беларусь и Республика Казахстан и которые производятся на территории Российской Федерации в достаточном объеме для покрытия потребности российской системы здравоохранения;
- формируются условия оказания поддержки при государственных закупках отечественным производителям лекарственных средств, включенных

в перечень стратегически значимых лекарственных средств и перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. В том числе путем сохранения действовавших ранее предпочтений в отношении цены контракта в размере 15% участникам размещения заказа, заявки на участие которых содержат предложения о поставке товаров российского, белорусского и (или) казахского происхождения при размещении заказов на поставки товаров для нужд заказчиков путем проведения конкурса или аукциона, в том числе открытого аукциона в электронной форме. Также определяются условия и критерии, в соответствии с которыми лекарственные средства, произведенные на территории Российской Федерации с использованием компонентов иностранного происхождения, могут быть отнесены к лекарственным средствам российского происхождения;

- определены механизмы разработки перечня лекарственных препаратов, в отношении которых допускается размещение заказа по их торговым наименованиям, и порядок формирования указанного перечня [10];
- определены правила установления предельного значения начальной цены контракта в зависимости от объема денежных средств, направленных заказчиком на закупку лекарственных средств в предшествующем году [11];
- на федеральном уровне проводится мониторинг закупок лекарственных средств государственными и муниципальными заказчиками в целях определения предельного значения цены контракта (цены лота).

Кроме того, в настоящее время обсуждаются законодательные инициативы, касающиеся совершенствования государственной контрольно-разрешительной системы в сфере обращения лекарственных средств, а также механизмов борьбы с оборотом фальсифицированных и недоброкачественных лекарственных препаратов для медицинского применения, реализации программы импортозамещения, изменения в целях осуществления государственных закупок подходов к классификации лекарственных препаратов, в частности исключение понятия «оригинальный лекарственный препарат»; введение понятий «инновационный лекарственный препарат», «взаимозаменяемые лекарственные препараты» и др.

Отдельным направлением всех проектов в сфере здравоохранения является совершенствование организационных и финансовых механизмов оказания высокотехнологичной медицинской помощи. За период до 2013 г. включительно обеспеченность граждан Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью возросла [13]:

- по всем профилям — рост более чем в 8 раз (2002 г. — 43,0; 2013 г. — 352,3 на 100 000 населения);

- по профилю «дерматовенерология» — более чем в 4 раза (2002 г. — 0,4; 2013 г. — 1,7 на 100 000 населения).

Всего за период 2002—2013 гг. по профилю «дерматовенерология» было пролечено более 24 тыс. больных с тяжелыми формами дерматозов. Большая часть указанных больных — 20 тыс. (83%) — была обеспечена высокотехнологичной медицинской помощью за период 2006—2013 гг.

Наибольшая обеспеченность высокотехнологичной медицинской помощью по профилю «дерматовенерология» отмечается на территории Северо-Западного (33,3%) и Центрального (30,1%) федеральных округов, наименьшая — в Дальневосточном федеральном округе (0,6%).

Вместе с тем отмечается ряд проблем в области оказания данного вида медицинской помощи:

- снижение плановых объемов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», особенно детскому населению (внутри профиля «дерматовенерология» объем помощи детям уменьшился почти в 3 раза: 2006 г. — 1,47%, 2013 г. — 0,48%);
- недостаточное планирование объемов оказываемой помощи за счет региональных бюджетов (более чем в 85% случаев регионы возлагают ответственность за данное направление на федеральный уровень);
- риски погружения отдельных видов высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе по профилю «дерматовенерология», в систему обязательного медицинского страхования.

Основные принципы развития высокотехнологичной медицинской помощи в среднесрочной перспективе будут базироваться на:

- обеспечении доступности такой помощи для жителей всех субъектов Российской Федерации и увеличении объемов ее оказания не менее чем в 1,5 раза по сравнению с 2013 г.;
- изменении механизмов и объемов оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по единым тарифам федеральными медицинскими учреждениями, в том числе за счет средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;
- внедрении новых видов высокотехнологичной медицинской помощи, базирующихся на инновационных технологиях.

В результате реализации региональных программ модернизации здравоохранения в 2011—2013 гг. были сформированы условия для повышения эффективности используемых ресурсов системы здравоохранения, что подразумевает, в том числе, оптимизацию неэффективных ресурсов.

В этой связи с 2014 г. значительные изменения претерпевают механизмы организации оказания специ-

ализированной медицинской помощи. Во многом этому также способствует перевод региональных медицинских учреждений на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования за счет введения в течение 2013 г. единой структуры тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС.

В среднесрочной перспективе оптимизация специализированной медицинской помощи будет предусматривать:

- увеличение объемов амбулаторной помощи и медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах;
- снижении объемов стационарной медицинской помощи;
- расширение функций средних медицинских работников;
- перераспределение объемов помощи от «узких» специалистов к врачам первичного звена (общей практики) и соответствующие структурные и кадровые перераспределения.

Определенные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи структурные преобразования ориентированы на сохранение объемов медицинской помощи и стимулирование медицинских работников на достижение конечного результата — улучшение здоровья населения. Итогом такой работы должно стать:

- сокращение непроизводственных затрат;
- уменьшение числа случаев необоснованной плановой госпитализации;
- сокращение средних сроков лечения пациентов;
- повышение интенсивности работы койки, увеличение ее среднегодовой занятости;
- развитие информационных технологий в отрасли, включая дистанционное консультирование.

Также следует иметь в виду, что оптимизация бюджетной сети и развитие стационарозамещающих технологий в ближайшие годы будут предусматривать:

- использование нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установленных с учетом развития стационарозамещающих технологий, профилактической медицинской помощи, медицинской помощи в неотложной форме, сокращение и перепрофилирование коечного фонда медицинских организаций без снижения доступности медицинской помощи для граждан;
- внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций, в том числе за законченный случай лечения заболевания, и основывающихся на передовых мировых разработках — использовании клинико-статистических групп заболеваний;
- формирование программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи на последующий плановый период на основе дифференцированных нормативов объемов оказания медицинской помощи.

Упомянутые коэффициенты дифференциации нормативов объемов оказания медицинской помощи по субъектам Российской Федерации будут учитывать:

1) коэффициент плотности населения: 1-я группа — с низкой плотностью населения — до 20 человек на 1 км²; 2-я группа — со средней плотностью населения — от 20 до 80 человек на 1 км²; 3-я группа — с высокой плотностью населения — более 80 человек на 1 км²;

2) коэффициент расселения — учитывает долю населения, проживающего в мелких населенных пунктах;

3) коэффициент транспортной доступности — определяется в зависимости от величины плотности транспортных путей постоянного действия к среднему по Российской Федерации;

4) поправочный коэффициент на возрастную структуру населения — отношение доли населения в возрасте до 17 лет и лиц старше трудоспособного возраста в численности населения региона к соответствующему показателю в среднем по Российской Федерации;

5) поправочный коэффициент на заболеваемость населения — отношение показателя общей заболеваемости населения на 100 000 населения за 2012 г. к соответствующему показателю в среднем по Российской Федерации.

Данные коэффициенты планируется применять к каждому нормативу объема медицинской помощи с учетом видов и условий ее оказания. Ожидаемым эффектом использования таких коэффициентов станет возможность установления дифференцированных нормативов объемов оказания медицинской помощи в субъектах Российской Федерации с учетом половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, а также климатогеографических особенностей регионов.

К настоящему моменту разработан и утвержден Правительством Российской Федерации «Комплекс мер, направленных на дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования». Мероприятиями данного комплекса мер предусматривается внедрение эффективных способов оплаты медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, в том числе на основе клинко-статистических групп.

По экспертным оценкам, способ оплаты стационарной медицинской помощи по клинко-статистическим группам признан наиболее экономически эффективным. Около 60 стран в мире используют его для оплаты стационарной медицинской помощи.

Отработка данного способа оплаты стационарной медицинской помощи в Российской Федерации стартовала в 2009 г. на территории пяти регионов.

В конце 2012 г. Минздравом России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, в том числе в целях обеспечения сбалансированности системы обязательного медицинского страхования, были утверждены Методические рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней [14]. В рекомендациях представлены клинко-статистические группы и соответствующие им коэффициенты затратности. Каждое заболевание в клинко-статистических группах имеет свою структуру расходов базовой стоимости, которая зависит от особенностей оказания медицинской помощи по конкретному заболеванию. При этом указанными методическими рекомендациями предложено объединять в клинко-статистические группы заболевания, на которые установлены стандарты, и заболевания, на которые стандарты не установлены. По сути, норматив оплаты по клинко-статистическим группам является производением норматива среднего числа койко-дней и стоимости одного койко-дня по сходным группам заболеваний под имеющиеся объемы финансирования, предусмотренные в системе обязательного медицинского страхования.

В 2013 г. уже 34 субъекта Российской Федерации оплачивали стационарную медицинскую помощь по клинко-статистическим группам.

В целях обеспечения унифицированного подхода к реализации данного способа оплаты медицинской помощи были утверждены Методические рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп и клинко-профильных групп за счет средств системы обязательного медицинского страхования [15, 16]. С учетом методических рекомендаций оплата специализированной медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, осуществляется по клинко-статистическим группам.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015—2016 гг., в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется по законченному случаю лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу) [17].

Кроме того, в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских

Таблица 1

Распределение клинико-статистических групп заболеваний (КСГ) по профилю «дерматология» медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ

| № КСГ | Наименование КСГ | Коэффициент относительной затратоемкости | Примеры заболеваний группы |
|---|-------------------------------------|--|--|
| Тип «Терапевтический» | | | |
| Профиль № 6 «дерматология» (КПГ по профилю — 0,984) | | | |
| 28 | «Большие» болезни кожи | 1,48 | Пузырчатка, псориаз, красная волчанка и др. |
| 29 | Инфекции кожи и подкожной клетчатки | 0,92 | Эризипеллоид, рожа, флегмона, пиодермия, эритразма и др. |
| 30 | «Малые» болезни кожи | 0,96 | Чесотка, атопический дерматит, угри и др. |

Таблица 2

Рекомендуемая структура расходов базовой стоимости по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ) по профилю «дерматология»

| № КСГ | Наименование КСГ | Доля расходов, % | | | |
|-------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------|---------|-----------|
| | | заработная плата | медикаменты и расходные материалы | питание | остальные |
| 28 | «Большие» болезни кожи | 44 | 29 | 5 | 22 |
| 29 | Инфекции кожи и подкожной клетчатки | 59 | 16 | 5 | 20 |
| 30 | «Малые» болезни кожи | 62 | 15 | 4 | 18 |

и организационных технологий, в том числе дневных стационаров, в больничных учреждениях при оплате по клинико-статистическим группам может использоваться ряд поправочных коэффициентов (управленческий коэффициент, коэффициент сложности курации пациента, коэффициент уровня оказания медицинской помощи). Данные коэффициенты могут устанавливаться тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, с учетом региональной специфики.

Заболевания кожи и подкожной клетчатки, согласно приведенным документам, разделены на три клинико-статистические группы внутри терапевтического типа заболеваний (табл. 1, 2).

На следующем этапе развития эффективных способов оплаты медицинской помощи планируется увеличение числа клинико-статистических групп с учетом формирования групп, включающих методы лечения, отнесенные к высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, к настоящему моменту в целом закончено формирование основной нормативно-правовой базы в сфере здравоохранения и определены направления совершенствования специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Вместе с тем имеющиеся экономические риски могут оказать существенное влияние на ход реализации поставленных задач. ■

Литература

1. Order No. 598 "On the improvement of the state policy in the field of healthcare" issued by the President of the Russian Federation on May 7, 2012. [Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».]
2. Decree No. 294 "On the approval of the Health Development State Program of the Russian Federation" issued by the Government of the Russian Federation on April 15, 2014. [Постановление Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».]
3. Resolution No. 267-r on the approval of a set of measures to improve medical aid rendered to the population based on the Health Development State Program of the Russian Federation issued by the Government of the Russian Federation on February 28, 2013. [Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 февраля 2013 г. № 267-р «Об утверждении Комплекса мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».]

4. Resolution No. 2580-р "On the approval of the strategy of the development of medical science in the Russian Federation up to 2025" issued by the Government of the Russian Federation on December 28, 2012. [Паспортирование Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 2580-р «Об утверждении Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года».]
5. Order No. 66 "On the approval of the strategy of the drug provision program for the population of the Russian Federation" issued by the Russian Ministry of Health on February 13, 2013. [Приказ Минздрава России от 13 февраля 2013 г. № 66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».]
6. Resolution No. 614-р "On the approval of a set of measures to provide the health care system of the Russian Federation with medical staff" issued by the Government of the Russian Federation on April 15, 2013. [Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. № 614-р «Об утверждении Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами».]
7. Decree No. 871 "On the approval of regulations for the formation of lists of drugs for medical administration and minimum range of drugs needed for rendering medical aid" issued by the Government of the Russian Federation on August 28, 2014. [Постановление Правительства Российской Федерации от 28 августа 2014 г. № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».]
8. Decree No. 865 "On state regulation of prices for drugs included in the list of essential and important drugs" issued by the Government of the Russian Federation on October 29, 2010. [Постановление Правительства Российской Федерации от 29 октября 2010 г. № 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».]
9. Order No. 961n/527a "On the approval of methods for drug manufacturers for fixing maximum sales prices for certain drugs included in the list of essential and important drugs" issued by the Ministry of Healthcare and Social Development and Federal Tariff Service on November 3, 2010. [Приказ Минздравсоцразвития России и Федеральной службы по тарифам от 3 ноября 2010 г. № 961n/527a «Об утверждении методики установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».]
10. Decree No. 1086 "On the approval of regulations for the formation of lists of drugs to be purchased according to their trade names and on the introduction of amendments into the Regulations on the Governmental Public Healthcare Commission" issued by the Government of the Russian Federation on November 28, 2013. [Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2013 г. № 1086 «Об утверждении Правил формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, и о внесении изменения в Положение о Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан».]
11. Decree No. 929 "On the determination of the maximum initial contract price (lot value) not to be exceeded for drugs with different international non-proprietary names (or chemical (group) names if such names are not available) to be the subject of the same contract (the same lot)" issued by the Government of the Russian Federation on October 17, 2013. [Постановление Правительства Российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 929 «Об установлении предельного значения начальной (максимальной) цены контракта (цены лота), при превышении которого не могут быть предметом одного контракта (одного лота) лекарственные средства с различными международными непатентованными наименованиями или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями».]
12. Draft Federal Law No. 555485-6 "On the introduction of amendments into the Federal Law on the Circulation of Drugs." [Проект федерального закона № 555485-6 «О внесении изменений в Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств"».]
13. Martynov A.A., Vlasova A.V. Efficacy of measures aimed at providing specialized medical aid including high-end medical aid in the dermatovenerology sector. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2014. No. 3. 37—42. [Мартынов А.А., Власова А.В. Результативность мер по обеспечению доступности специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «дерматовенерология». *Вестн дерматол и венерол* 2014; 3: 37—42.]
14. Information letter of the Russian Healthcare Ministry dated December 20, 2012 No. 14-6/10/2-5305. [Информационное письмо Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 14-6/10/2-5305.]
15. Information letter of the Russian Healthcare Ministry dated November 11, 2013 No. 66-0/10/2-8405. [Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405.]
16. Order No. 292 "On the approval of Methodical Guidelines for methods of payment for specialized medical aid at hospitals and day hospitals based on groups of diseases including clinical and statistical as well as clinical and profile groups at the expense of the compulsory medical insurance system" issued by the Federal Compulsory Medical Insurance Fund on November 14, 2013. [Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 ноября 2013 г. № 229 «Об утверждении «Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп и клинико-профильных групп за счет средств системы обязательного медицинского страхования».]
17. Decree No. 932 "On the approval of the Program of State Guarantees of Free Medical Aid in 2014 and for the planning period of 2015 and 2016" issued by the Government of the Russian Federation on October 18, 2013. [Постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г.»]

об авторах: ►

А.А. Мартынов — д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, Москва
 А.В. Власова — к.м.н., доцент кафедры Института профессионального образования ГБОУ ВПО Первый МГМУ
 им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва

Конфликт интересов

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