СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Ионкина И. В.

кандидат медицинских наук, врач, ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» (Россия), 620102, Россия, г. Екатеринбург, ул. Волгоградская, 185, office@okb1.ru

УДК 614.2(470.54)
ББК 51.1(2Рос-4Све)

Цель. Анализ проблем реализации территориальной программы государственных гарантий в Свердловской области при оказании специализированной медицинской помощи в условиях перехода на подушевое финансирование и пути их решения.

Методы. Проведены: маркетинговое анкетирование пациентов хозрасчетной поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1»; использованы результаты социологического исследования удовлетворенности качеством и доступности оказываемой медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике «Свердловской областной клинической больницы № 1», экспертный опрос специалистов ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

Результаты. По результатам проведенных социологических, статистических и экспертных методов, выделен ряд проблем, препятствующих получению специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий жителям Свердловской области. Среди них: неукомплектованность врачебным персоналом на местах; снижение доступности оказываемой специализированной медицинской помощи. Предложены пути их решения.

Научная новизна. На основании выполненных автором исследований предложена новая модель обеспечения населения специализированной медицинской помощью, позволяющая усовершенствовать существующую систему оказания специализированной медицинской помощи в Свердловской области.

Ключевые слова: оказание медицинской помощи, Свердловская область, территориальная программа государственных гарантий

IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF RENDERING MEDICAL AID TO THE POPULATION OF THE SVERDLOVSK REGION IN THE FRAMEWORK OF THE TERRITORIAL PROGRAM OF STATE GUARANTEES

Ionkina I. V.

Candidate of Sciences (Medical), doctor of Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1 (Russia), 185 Volgogradskaya str., Yekaterinburg, Russia, 620102, office@okb1.ru

Purpose. To analyze the problems of the territorial state guarantee program implementation in the Sverdlovsk region when delivering specialized medical aid in the transition to per capita financing and ways to address them.

Methods. In the course of the research marketing questionnaire surveys of patients of self-financing outpatient clinic of the "Sverdlovsk Regional Clinical Hospital (SRCH) № 1" have been carried out; the results of a sociological survey of satisfaction with the quality and accessibility of medical care in the consultative-diagnostic outpatient clinic of the Sverdlovsk Regional Clinical Hospital № 1 and the expert survey of the specialists of the SRCH № 1 have been used.

Results. Based on the results of sociological, statistical and expert methods, a number of problems have been revealed which prevent from getting specialized medical care within the territorial program of state guarantees to residents of the Sverdlovsk region. Medical understaff at local level and reduced access to specialized medical aid are among them. The article also features ways to solve these problems.

© Ионкина И. В., 2017

Scientific novelty. On the basis of the research the author proposes a new model of providing the population with specialized medical care, which will contribute to improvement of the existing system of specialized medical care in the Sverdlovsk region.

Key words: medical care delivery, Sverdlovsk region, territorial program of state guarantees

В 2011 г. в стране стартовали региональные программы модернизации здравоохранения, направленные на создание условий для оказания качественной медицинской помощи на всей территории страны на основе выстраивания трехуровневой системы [1, с. 127].

Впервые в 2014 году – рекомендательно, а в 2015 году уже в обязательном порядке внедрены предельные сроки ожидания разных видов медицинской помощи, которые закреплены программой государственных гарантий, и этим обеспечена своевременность её оказания. Подобные сроки введены для ожидания участковых врачей, специалистов первичного звена, диагностических различных процедур и мероприятий, плановой и экстренной госпитализации, скорой и неотложной помощи, а также специализированной медицинской помощи [2, 3, с. 25].

Рассмотрены организационные технологии оказания специализированной медицинской помощи при переходе на подушевое финансирование. В соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации [4].

В связи с законодательными инновациями в здравоохранении, реформированием систем оплаты труда и масштабной модернизацией основных средств в государственных медицинских организациях остро встает вопрос повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения: кадровых, технологических и финансовых [5, с. 108].

Цель исследования – анализ проблем реализации территориальной программы государственных гарантий в Свердловской области при оказании специализированной медицинской помощи в условиях перехода на подушевое финансирование и пути их решения.

Автором проведен анализ проблем и путей их решения для повышения доступности и эффективности оказания специализированной медицинской помощи населению Свердловской области. С целью анализа проблем реализации территориальной программы государственных гарантий оказаний бесплатной медицинской помощи Свердловской области были выделены следующие параметры: изучение доступности и эффективности, оказываемой специализированной медицинской помощи населению Свердловской области.

Для рассмотрения указанных параметров выделены ряд задач: описание портрета пациента, нуждающегося в получении специализированной медицинской помощи, реальная оценка доступности данного вида помощи, а также обеспеченность высококвалифицированными кадрами. Также выделены положительные и отрицательные параметры перехода на подушевое финансирование.

С целью анализа доступности оказания специализированной медицинской помощи при переходе на подушевое финансирование, а также исследования обеспеченности врачебными кадрами на местах, были проведены: маркетинговое анкетирование пациентов хозрасчетной поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1»; использованы результаты социологического исследования удовлетворенности качеством и доступности оказываемой медицинской помощи в консультативно-диагностической поликлинике «Свердловской областной клинической больницы № 1». Также, для выявления проблем в доступности оказания специализированной медицинской помощи, автором был проведен экспертный опрос специалистов ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

По результатам проведенных социологических, статистических и экспертных методов, выделен ряд проблем, препятствующих получению специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий жителям Свердловской области.

Среди них:

- неукомплектованность врачебным персоналом на местах;
- снижение доступности оказываемой специализированной медицинской помощи.

Для их решения предложены следующие пути:

- Решение кадровых вопросов.
- Расширение, а в некоторых населенных пунктах введение телемедицинской сети.

• Увеличение спектра выездных бригад специали-• стов ГБУЗ СО «СОКБ № 1».

• Предоставление права частным медицинским центрам оказывать медицинские услуги в рамках ОМС, расширение частно – государственного партнерства.

На основании изученных проблем в оказании специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи нами предложена многоуровневая модель решения выявленных вопросов. Данная модель включает все уровни оказания медицинской помощи жителям Свердловской области, а именно ЛПУ 1 уровня, ЛПУ 2 уровня, ЛПУ регионального уровня, Министерство здравоохранения Свердловской области, высшие и средние образовательные учреждения по подготовке медицинских кадров и медицинский информационно – аналитический центр Свердловской области.

В данной модели введено формирование региональных регистров по различным нозологиям.

Регистр пациентов – это организованная система сбора информации о пациентах, имеющих конкретные заболевания, находящихся в определенном клиническом состоянии или получающих (получивших) конкретное лечение, которые взяты на учет в системе здравоохранения. Регистры – это один из основных инструментов научной медицины наряду с эпидемиологическими исследованиями и клиническими испытаниями [6, с. 320].

Регистры – наилучший способ оценки:

- Эффективности лекарственных препаратов;
- Отдаленных результатов лечения;
- Комбинированных методов лечения;
- Эффективности хирургических вмешательств;
- Корректности стандартов медицинской помощи.

Основные задачи и преимущества создания региональных регистров для главных врачей, Министерства здравоохранения и ТФОМС представлены ниже.

Задачи регистра:

1. Описание течения заболевания:

• Учет количества пациентов с определенным заболеванием;

Структура заболеваемости по формам и стадиям;

- Анализ тенденций течения заболевания;
- Идентификация групп высокого риска.

2. Определение коэффициента:

- Затраты-эффективности;
- Фармоэкономический анализ заболевания;
- Анализ потребности в хирургическом лечении и лекарственных средствах.

3. Оценка безопасности терапии

- Оценка сравнительной эффективности/безопасности/переносимости лечения;
- Мониторинг безопасности и побочных эффектов от проводимой терапии.

4. Определение эффективности терапии:

- Определение взаимосвязи терапии и исходов заболевания;
- Оценка качества медицинской помощи;
- Оценка адекватности назначенной терапии [7].

Информация, получаемая из регистра.

1. Для организации системы здравоохранения, контроля и надзора:

- Объективные данные по заболеваемости, распространенности и инвалидности;
- Информация о качестве и эффективности терапии;
- Реальная потребность в определенных видах медицинской помощи и лекарственных препаратах;
- Сравнение показателей отдельных регионов между собой и международными показателями.

2. Для клиницистов:

- Динамика изменений в состоянии пациентов во время течения заболевания;
- Эффективность определенного вида терапии в реальной клинической практике;
- Информация о реальном составе группы пациентов в популяции;
- Критерии повышения эффективности адресной помощи больным;
- Частоту, правильность и эффективность назначения препаратов;

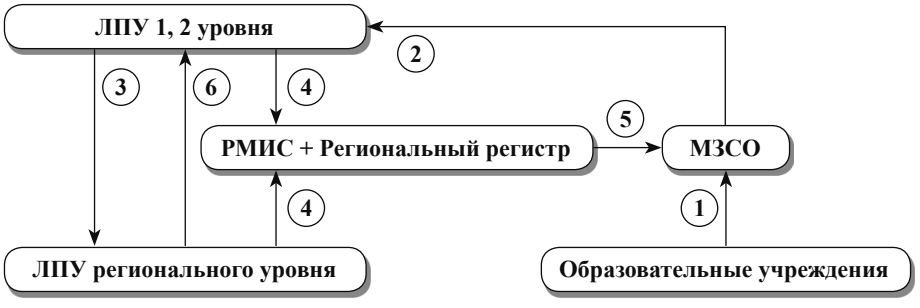


Рис. 1.
Усовершенствованная модель доступности оказания специализированной медицинской помощи в Свердловской области

• Частоту, правильность и эффективность применения диагностических исследований;

• Правильность выбора тактики ведения пациентов;

• Клиническую эффективность лечения и диспансерного наблюдения (достижение целевых значений параметров, а также частота госпитализаций, осложнений, случаев инвалидности);

• Экономическую эффективность лечения и диспансерного наблюдения [8, с. 755].

3. Для управленцев:

• Персонифицированный регистр с учетом каждого пациента для расчета потребности в лекарственных препаратах – единственное объективное обоснование для льготного закупа препаратов;

• Определение необходимых ресурсов здравоохранения и лекарственной помощи в условиях региона;

• Контроль за качеством оказания помощи в условиях региона;

• Разработка и контроль за исполнением единых стандартов диагностики, лечения и диспансерного наблюдения на территории региона;

• Позволяет оценить:

• Необходимость повышения уровня образования специалистов;

• Изменение организации оказания медицинской помощи в медицинском учреждении;

• Изменения порядка начисления заработной платы и премирования;

• Изменения закупочной политики в медицинском учреждении;

• Изменения порядка оказания медицинской помощи в целом;

• Изменения тарифов оказания медицинских услуг.

4. Преимущества для врача:

• Программное обеспечение регистра позволяет врачу самостоятельно получать все стандартизированные отчеты и реестры автоматически нажатием одной кнопки;

• Регистр не предусматривает какого-либо вмешательства в рутинную клиническую практику;

• Врач самостоятельно принимает решение о назначении или изменении терапии и имеет возможность отследить эффективность лечения каждого пациента;

• Анализируя данные регистра в целом, можно оценить как клиническую эффективность терапии, так и соответствие практики стандартам, а также доступность препаратов.

Для реализации создания и формирования регистров по нозологиям и специальностям, необходимо предпринять следующие *административные шаги:*

1. Министерству здравоохранения издать приказ о создании и формировании региональных регистров;

2. Руководителю Медицинского информационно – аналитического центра (МИАЦ) обеспечить техническую поддержку регистра, обеспечить техническую интеграцию регистра с региональной медицинской информационной системой;

3. Главным штатным и внештатным специалистам сформировать «блоки» регистра по нозологиям и специальностям, передать их в МИАЦ, вести контроль ведения регистра, осуществлять организационно – методическое сопровождение ведение регистра, анализировать порядок направлений пациентов, состоящих в регистре, на приемы консультативно – диагностической поликлиники ГБУЗ СО «СОКБ № 1», оценивать правильность обследования и лечения пациентов с различными нозологиями, в соответствии с принятыми стандартами оказания медицинской помощи;

4. Руководителям учреждений здравоохранения организовать включение данных о пациентах по нозологиям или специальностям в РМИС, регулировать потоки и порядок направления пациентов, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи.

Для создания регистра необходимы следующие ресурсы:

1) активная компьютеризация всех рабочих мест врачей Свердловской области;

2) создание программного обеспечения для регистра с возможностью интеграции с региональной медицинской информационной системой;

3) обучение специалистов на местах работе с компьютером и региональной медицинской информационной системой.

Проблемы: отсутствие контроля за ведением регистра, «нежелание» или «неумение» специалистов на местах работать с регистром.

Таким образом, создание регистра позволяет повысить эффективность диспансеризации больных с различными заболеваниями и здоровых лиц с риском возникновения этого заболевания, стандартизировать информацию, содержащуюся в базе данных, проводить статистический анализ показателей с оценкой распространенности заболевания в регионе, быстро и в любом объеме получать необходимую информацию, анализировать работу лечебно-профилактических учреждений с оценкой оказания медико-социальной помощи больным, осуществлять мониторинг заболевания, сохранять полную преемственность в ведении диспансерной работы на основе унифицированного, стандартного документа, в том числе при смене места жительства, формировать статистические отчетные формы для учреждений федерального и регионального уровней, использовать информацию, хранящуюся в региональных базах данных, для эпидемиологических, медико-экологических и научных исследований на региональном и федеральном уровнях.

Литература:

1. Вронская М. В.. Государственно-правовая политика в сфере охраны здоровья российских граждан: дис. ... канд. юр. наук. Таганрог, 2009. 157 с.
2. Потапчик Е. Г., Попович Л. Д., Салахутдинова С. К. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. М.: «Дело» РАНХ. 2010.
3. Романовский Г. Б. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: плюсы и минусы // Правовые вопросы в здравоохранении. 2014. № 2. С. 25–29.
4. О подушевом финансировании оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования: Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 августа 2014 года № 11-9 /10/2-5783 [электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Пирогов М. В., Манухина Е. В. Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика. // Монография. Приложение к журналу «Главврач». 2012. № 7. 108 с.
6. Эльянов М. М. Медицинские информационные технологии. Каталог. // Третья медицина. 2002. № 3.
7. Langenbrunner J., Cashin Ch., Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals.The World Bank. Wash. 2009.
8. Reidsema C., Szczerbicki E. A Blackboard database model of the design planning process in concurrent engineering. // Cybernetics and Systems: An International Journal. 2001. №.32. P. 755–774.

References:

1. Vronskaya M. V. State and legal policy in the sphere of health protection of the Russian citizens. Candidate's Dissertation (Law sciences). Taganrog. 2009. 157 p.
2. Potapchik E. G., Popovic L. D., Salakhutdinova S. K. Modernization of health care: a new situation and new tasks / Ed. by I. M. Sheiman, S. V. Shishkin. M.: «Delo» RANE. 2010.
3. The Raman G. B. Program of the state guarantees of free rendering medical care to citizens: pluses and minuses // Legal questions in health care. 2014. № 2. P. 25–29.
4. About per capita financing of delivery of health care at the expense of means of obligatory medical insurance: Letter of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 01 August 2014 № 11-9/10/2-5783. [e-resource]. Access from ref.-legal system ConsultantPlus.
5. Pirogov M. V., Manukhina E. V. Per capita way of financing of medical care. Theory and practice.//Monograph. Annex to the Glavvrach magazine. 2012. № 7. 108 p.
6. Elyanov M. M. Medical information technologies. Catalog. // Third medicine. 2002. № 3.
7. Langenbrunner J., Cashin Ch., Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals. The World Bank. Wash. 2009.
8. Reidsema C., Szczerbicki E. A Blackboard database model of the design planning process in concurrent engineering. // Cybernetics and Systems: An International Journal. 2001. №.32. P. 755–774.