

Содержание

Авторы	15
Список сокращений	17
Список таблиц	18
Аннотация	19
Введение	20
Часть 1. Общие вопросы страхования здоровья.	24
Глава 1. История страхования здоровья, здоровье и финансирование здравоохранения.	24
История	24
Расходы на здравоохранение	25
Влияние уровня финансирования на качество медицинской помощи	25
Рейтинги национальных систем здравоохранения	26
Определения	26
Глава 2. Здоровье как товар	28
Введение	28
Что такое медицинские услуги?	29
Спрос на медицинские услуги	30
Степень эластичности спроса на медицинские услуги	31
Рынок медицинских услуг	32
Особенности медицинских услуг	33
Классификация медицинских услуг	36
Монополизм производителей медицинских услуг	37
Медицинская помощь	39
Профилактика	40
Управление здравоохранением	40
Системы покупки медицинских услуг	41
Глава 3. Частная медицина	45
Введение	45
Медицинский туризм	46
Преимущества и недостатки частной медицины	49
Глава 4. Медицинское страхование	51
Введение	51
Особенности страхования здоровья	53
Добровольное медицинское страхование	55
Структура ДМС	56
Виды ДМС	57
Другие параметры классификации ДМС	58
Распространение ДМС	62
Национальные особенности ДМС	63
Финансирование ДМС	64
Страховые компании в ДМС	65
Программы ДМС	68

Договор страхования при ДМС	69
Цены на полисы ДМС и выгоды страхующихся	70
Государственное регулирование страхования здоровья	73
Преимущества и недостатки ДМС	74
Глава 5. Расчет взносов ДМС.	75
Введение	75
Актуарные расчеты.	76
Страховые платежи	79
Формы оплаты страховых случаев в ДМС	81
Маркетинг в сфере медицинского страхования	81
Глава 6. Модель Бисмарка (система ОМС)	84
Введение	84
Варианты модели Бисмарка.	85
ОМС — это не страхование	87
Распространенность модели Бисмарка	87
Финансирование ОМС	88
Страховые фонды	92
Программы ОМС (страховое покрытие)	94
Выбор врача и медицинской организации в системе ОМС	94
Преимущества и недостатки модели Бисмарка	95
Глава 7. Бюджетная система оплаты медицинских услуг (система Бевериджа)	98
Введение	98
Преимущества модели Бевериджа	99
Недостатки	100
Глава 8. Система Семашко—Каминского	102
Введение	102
Преимущества и недостатки	104
Справедливость и страхование здоровья	105
Глава 9. Качество медицинской помощи	109
Введение	109
Что такое качество услуг?	109
Качество медицинской помощи	110
Технические вопросы.	112
Врачебные ошибки	114
Врачебные ошибки неизбежны	115
Контроль качества медицинской помощи	116
Обеспечение качества медицинской помощи в системе ДМС	117
История болезни и оценка качества медицинской помощи	118
Глава 10. Стандартизация медицины.	119
Введение	119
Стандарты и врачи	122
Что может заменить стандарты?	123
Персонализированная медицина	123
Доказательная медицина	124
Глава 11. Тарифы на медицинские услуги	125
Введение	125

Глава 12. Деятельность больниц при различных способах оплаты медицинских услуг	129
Введение	129
Управление больницей	130
Методы привлечения специалистов	132
Конкуренция между больницами	133
Финансирование больниц	134
Цены на больничные услуги	135
Оплата услуг	136
Система клинико-статистических групп	137
История системы КСГ	138
Расчет стоимости лечения	139
Преимущества и недостатки КСГ	140
Глава 13. Работа врача в рамках различных систем медицинского страхования	142
Введение	142
Заработка плата врачей	142
Формы оплаты труда врачей	143
Оказание амбулаторной помощи	146
Организация первичного приема	147
Вызовы врача на дом	148
Конкуренция между врачами первичного приема	148
Общественные организации врачей	148
Страхование врачебных ошибок	149
Пациенты	152
Права пациентов	152
Глава 14. Медицинское страхование и лекарственные средства	154
Введение	154
Оригинальные лекарственные препараты	154
Дженерики	156
Цены на лекарственные препараты	158
Страхование лекарственной помощи	158
Расходные средства и оборудование	159
Глава 15. Проблема роста расходов на здравоохранение	160
Введение	160
Борьба с ростом расходов на здравоохранение	163
Ограничения в доступе к медицинской помощи	164
Роль семейного врача в доступе к специализированной помощи	165
Очереди	169
Франшиза	170
Отсроченный возврат средств	173
Регулирование расходов на лекарственные средства	173
Принудительное лицензирование лекарственных средств	175
Списки лекарственных препаратов	176
Консультации по телефону	177
Регулируемая конкуренция	177
Избыточное потребление медицинских услуг в системе ДМС	181

Часть 2. Страхование здоровья в разных странах мира.	183
Введение	183
Глава 16. Великобритания	183
История	183
Структура здравоохранения	184
Финансирование	185
Страховые программы (страховое покрытие)	185
Медицинский туризм	186
Стоматологическая помощь	186
Добровольное медицинское страхование	187
Страховые компании	188
Врачи	189
Заработка плата медицинских работников	189
Страхование врачебной деятельности	190
Семейные врачи	190
Прием у врача	191
Больницы	192
Скорая помощь	194
Лекарственные препараты	194
Профилактика и диспансеризация	195
Регулируемая конкуренция	195
Качество медицинской помощи	196
Особенности и проблемы здравоохранения Великобритании	197
Глава 17. Германия	198
История	198
Структура здравоохранения	199
Финансирование	199
Охват страхованием	199
Больничные кассы	200
Корзина медицинских услуг	201
Добровольное медицинское страхование	202
Цены на медицинские услуги	203
Врачи	204
Страхование врачебной деятельности (ответственности врача)	205
Ассоциации врачей	206
Больницы	206
Лекарственные препараты	207
Борьба с избыточным потреблением медицинских услуг	207
Франшиза	208
Качество медицинской помощи	208
Глава 18. Израиль	210
Введение	210
Финансирование	210
Больничные кассы и структура здравоохранения	210
Особенности медицинского страхования репатриантов	211
Корзина медицинских услуг	211
Добровольное медицинское страхование	213
Врачи	214

Больницы	215
Скорая медицинская помощь	215
Пациенты	216
Глава 19. Италия	217
Введение	217
Структура здравоохранения	217
Финансирование	218
Система ОМС	219
Возможность выбора врача	220
Программа ОМС (страховое покрытие)	220
Система ДМС	220
Страховые компании	221
Врачи	221
Семейный врач	221
Диспансеризация	222
Заработка врачей	222
Больницы	223
Скорая помощь	224
Лекарственные препараты	224
Очереди	225
Франшиза	226
Проблемы	226
Глава 20. Нидерланды	227
История	227
Система здравоохранения	228
Финансирование	228
Сочетание ДМС и ОМС	229
Управляемая конкуренция	229
Страховые компании	230
Страховые программы (страховое покрытие)	231
Борьба с практикой «снятия сливок»	231
Врачи	231
Больницы	232
Лекарственные препараты	233
Права пациентов	233
Проблемы	233
Глава 21. Сингапур	234
Глава 22. США	238
Введение	238
Реформа Обамы	238
Показатели здоровья	239
Финансирование	239
Государственное медицинское страхование	240
Программа «Медикэр»	240
Программа «Медикэйд»	242
Незастрахованное население	243
Добровольное медицинское страхование	244
Страховые организации	245

Страховые покрытия	246
Врачи	248
Социальный статус врача	249
Ассоциации врачей	250
Амбулаторная помощь	251
Скорая помощь	251
Больницы	252
Стандарты лечения	254
Цены на медицинские услуги	255
Лекарственные препараты	255
Проблемы	256
Глава 23. Франция	257
История	257
Структура здравоохранения	257
Финансирование	258
Обязательное медицинское страхование	259
Страховые медицинские организации	259
Добровольное медицинское страхование	260
Врачи	261
Больницы	262
Лекарственные препараты	263
Франшиза	263
Очереди	264
Глава 24. Швейцария	265
Введение	265
История	265
Структура здравоохранения	265
Финансирование	265
Добровольное медицинское страхование	266
Страховые компании	266
Страховые программы	267
Тарифы	268
Больницы	268
Врачи	269
Глава 25. Швеция	270
Введение	270
Финансирование	271
Обязательное медицинское страхование	271
Страховые программы (страховое покрытие)	272
Добровольное медицинское страхование	273
Франшиза	273
Лекарственные препараты	273
Стоматологическая помощь	273
Врачи	274
Больницы	274
Оплата стационарной помощи	275
Медицинское обслуживание иностранцев	276
Проблемы	276

Глава 26. Япония	277
История	277
Показатели здоровья населения	277
Финансирование здравоохранения	277
Системы страхования	278
Страховые медицинские организации	280
Страховое покрытие	280
Больницы	281
Врачи	282
Тарифы на медицинские услуги	282
Лекарственные препараты	283
Проблемы	283
Часть 3. Страхование здоровья в России	284
Глава 27. История страхования здоровья в России	284
Российская империя	284
Советская Россия	285
Советский Союз	286
Переход к системе Каминского	287
Постсоветская Россия	290
Показатели здоровья населения в постсоветской России	292
Проблемы здравоохранения	296
Глава 28. Финансирование здравоохранения	299
Источники и объемы	299
Проблемы, связанные с увеличением финансирования здравоохранения	300
Сравнение финансирования здравоохранения в России с другими странами	302
Неравномерность финансирования по регионам	303
Нерациональное расходование средств	303
Бюджет фондов ОМС	305
Глава 29. Особенности системы ОМС в России	308
Введение	308
Выбор врача, поликлиники и СМО	310
Программа государственных гарантий	312
Высокотехнологичная медицинская помощь	313
Что покрывается ВМП?	314
ВМП и квоты	317
Тарифы на оказание ВМП	319
Как получить ВМП?	320
Способы оплаты медицинской помощи	321
Глава 30. Страховые медицинские организации и ОМС	323
Введение	323
Функции СМО в ОМС	324
Проблемы СМО и фондов ОМС	326
Недостатки и нарушения в деятельности СМО	327
Глава 31. Качество медицинской помощи	329
Законодательство РФ и качество медицинской помощи	329
Безопасность медицинской деятельности	331
Нормативная база по качеству медицинской помощи	333

Критерии качества	335
Порядок контроля за качеством медицинской помощи	337
Внутренний контроль качества медицинской помощи	343
Лицензирование	345
Лицензирование и частная медицина	346
Эксперты	347
Примеры низкого качества работы экспертов	349
Глава 32. Стандарты и стандартизация здравоохранения	351
Введение	351
Роль и значение стандартов	351
Кто разрабатывал стандарты и как они применяются на практике?	354
Протоколы	355
Невыполнимость стандартов	356
Недостатки стандартов	357
Стандарты и качество медицинской помощи	362
Стандарты и врачи	363
Стандарты и диспансеризация	364
Глава 33. Экспертиза качества медицинской помощи	366
Введение	366
Практическое положение дел	366
Очная экспертиза	370
Результаты экспертизы	371
Уголовная и гражданская ответственность врача	373
Оформление медицинской документации	374
Кому принадлежит амбулаторная карта?	374
Жалобы пациентов	375
Врачебные ошибки	376
Штрафы	378
Объем и размеры штрафов	381
Договор о штрафах	382
Можно ли штрафовать врача?	382
Нужен ли план при контроле качества медицинской помощи?	383
Как вести себя врачу в условиях несовершенной системы контроля качества медицинской помощи	384
Резюме	385
Глава 34. Тарифы на медицинскую помощь и способы ее оплаты в системе ОМС РФ	387
Глава 35. Добровольное медицинское страхование	390
Введение	390
Особенности ДМС в России	390
Финансирование системы ДМС	392
Страховщики и программы ДМС	393
ДМС и иностранный туризм	397
ДМС и поставщики медицинских услуг	398
Основные проблемы ДМС	399
Платные услуги и ДМС	400

Глава 36. Деятельность больниц и медицинское страхование	402
Введение	402
Численность стационаров	402
Следует ли сокращать коечный фонд без создания альтернативных структур?	404
Проблемы центральных районных больниц	407
Как оценивать работу больниц при системе ОМС?	409
Скорая помощь и ОМС	409
Оплата стационарной помощи по КСГ	410
Преимущества и недостатки оплаты по КСГ	412
Проблема оплаты внеплановых больных	414
Глава 37. Врачи и медицинское страхование	415
Введение	415
Дефицит кадров	415
Медицинские специалисты на селе	416
Нормативы труда	417
Зарплаты врачей	420
Проблемы, связанные с оплатой труда медицинских работников	422
Эксплуатация врачей	424
Совмещение и замещение	427
Врачи и информатизация медицинских учреждений	428
Качество подготовки врачей	429
Переподготовка врачей	430
Проблемы, связанные с лицензированием, аккредитацией и сертификацией	434
Семейный врач	435
Страхование профессиональной ответственности врачей	436
Глава 38. Лекарственные средства и медицинское оборудование в условиях медицинского страхования	439
Введение	439
Современное состояние дел	439
Зависимость от импорта	441
Проблемы качества дженериков	441
Фальсификация лекарственных средств	442
Положительные тенденции	443
Ситуация с медицинским оборудованием и инструментами	444
Глава 39. Недостатки действующей системы здравоохранения и медицинского страхования	446
Ситуация в здравоохранении на настоящий момент	446
Недостатки модели медицинского страхования в России	450
Бюрократизация	453
Конфликт интересов	455
Затраты фондов ОМС и СМО на себя	455
Проблема коррупции в здравоохранении	455
Взятки	457
Где и за что благодарят?	458
Что показывают и говорят опросы	459
Принуждение к взятке	460
Приписки в здравоохранении и в системе ОМС	461
Избыточное потребление медицинских услуг	461

Медицина не для всех	462
Засилье псевдомедицины	462
Сверхвысокие зарплаты руководителей здравоохранения	463
Права пациентов	464
Востребовано ли сегодня продолжение реформ в здравоохранении и медицинском страховании?	465
Глава 40. Что делать?	467
Введение	467
Направления реформ	469
Внедрение системы Бевериджа	470
Сохранить систему ОМС и усовершенствовать ее	470
Без финансирования нет реформ	472
Права работодателей и страхователей	473
Борьба с бюрократизацией	473
Что делать со СМО в системе ОМС	474
Можно ли обуздить коррупцию и как бороться с мздоимством?	476
Больницы	477
Что делать с «медициной не для всех»	478
Лекарственное обеспечение	478
Деятельность врачей	479
Вызовы на дом	480
Зарплата	480
Амбулаторная помощь	482
Семейный врач	482
Как организовать переподготовку врачей	483
Диспансеризация	484
А как с диспансеризацией на Западе?	487
Как остановить развитие эпидемии ВИЧ-инфекции	487
Приписки	488
Предложения по оценке качества медицинской помощи	489
Развитие ДМС	490
Франшиза (доплата или совместные платежи со стороны населения)	491
Существует ли бесплатная медицина на Западе?	492
Отмена всеобщей бесплатности	492
Доплата за качество	493
Сколько доплачивать и за что?	494
Приобретение новых технологий	494
Заключение	495
Использованная литература	497

Глава 11. Тарифы на медицинские услуги

Введение

Здоровье (а тем более жизнь) — это бесценный товар. За него можно запросить любую цену (например, при тяжелом заболевании ребенка). При болезни спрос на медицинские услуги становится неограниченным. Это ведет к их удорожанию.

В медицинском страховании цена (тариф) — это денежная сумма, взимаемая за конкретную медицинскую услугу или продукт (усредненное лечение определенного заболевания). Нередко выделяют непрямую и прямую форму оплаты медицинских услуг. В непрямой оплате пациент оплачивает представленный врачом счет, после чего обращается за компенсацией своих затрат к страховой компании. Он играет контролирующую роль, поскольку заинтересован в том, чтобы в выписанном счете были правильно указаны полученные им услуги. В случае прямой оплаты страховая компания непосредственно оплачивает счета, направленные ей производителями медицинских услуг.

Наконец, в последние годы все большую популярность завоевывает метод оплаты стандартных услуг за законченный случай лечения (госпитализацию) по КСГ (клинико-статистическим группам) и МЭС (медицинско-экономическим стандартам) (см. ниже, в 12). Снизить непомерные темпы роста стоимости лечения пока не удалось, и воздействие новой системы на качество лечения не было определено.

Тарифы в страховании здоровья рассчитываются исходя из цен на медицинские услуги при ОМС и ДМС устанавливаются по-разному. В СССР ни врачей, ни больных не волновала реальная цена медицинских услуг, сейчас же этот вопрос стал одним из наиболее острых. В большинстве стран мира государство строго контролирует цены на медицинские услуги. Так, в Италии, Франции, Нидерландах, Германии любое изменение тарифов должно быть разрешено государством (Моссиалос с соавт., 2008).

Тарифы на лечение в расчете на одного застрахованного устанавливаются при системе ОМС органами государственного или местного управления по согласованию с соответствующими органами здравоохранения, при системе ДМС — страховщиками по согласованию с медицинскими учреждениями.

Существует несколько методик, позволяющих определить цену на медицинскую услугу в зависимости от типа медицинского учреждения. Для определения цен могут использоваться следующие методы: 1) расчет тарифов на основе принципа безубыточности — ценообразование исходя из издержек на производство, маркетинг и распределение услуг путем получения желаемой прибыли; 2) расчет тарифов по методу «непрямые издержки плюс прибыль» — начисление стандартной наценки на себестоимость услуги; 3) установление тарифов на основе ощущаемой ценности услуги — ценообразование, основанное на восприятии ценности услуги потребителем, а не на основе издержек продавца; 4) установление тарифов на основе уровня текущих цен — использование в качестве основы для расчетов в основном цен конкурентов, а не собственных издержек; 5) условные цены на основе закрытых торгов — расчет цены исходя из ожидаемых деловых предложений конкурентов, а не на основе показателей издержек или спроса (применяется в случае борьбы за подряд в процессе торгов); 6) биржевые цены на основе состоявшихся торгов — определение цены в условиях реального взаимодействия спроса и предложения.

Ключ к разработке адекватных тарифов — расклад затрат на стандартизованное лечение и медицинские манипуляции по различным организационным структурам здравоохранения. Прямые расходы на медицинскую помощь включают все затраты, непосредственно связанные с процессом лечения. Сюда относят стоимость лечебных и реабилитационных процедур, лекарственных средств, койки, оплату труда персонала и т. п. Прямые индивидуальные расходы включают затраты на предоставление медицинских услуг вне медицинского учреждения, в том числе на дому. При разработке тарифов учитывается статистика местных органов здравоохранения, в том числе по заболеваемости и квалификации медицинских работников.

Важно оценить интенсивность работы персонала. Так, в США сестринский уход разбирается на несколько уровней по интенсивности: за единицу берутся одни сутки сестринского ухода определенной интенсивности. Услуги операционной и блока интенсивной терапии оплачиваются по времени пребывания в них. За рубежом дополнительное питание в больнице чаще всего оплачивают сами пациенты. Поскольку диагностика, консервативное и хирургическое лечение могут иметь разную интенсивность, используется коэффициент интенсивности в баллах, отражающий сложность и стоимость диагностических и лечебных процедур для чего может использоваться экспертная оценка (см. ниже). Итоговая стоимость диагностики и лечения для конкретного больного будет учитывать все эти показатели.

Сложности обычно возникают при внедрении новых медицинских технологий, которые часто отличаются от старых и по цене, и по эффективности. В этом случае большое значение имеет концепция экономически благоприятных затрат, которая позволяет при фиксированных ресурсах выбрать наиболее рентабельную технологию. Необходимым условием для полноценного экономического анализа затрат, связанных с медицинскими технологиями, является достоверная информационная база, основанная на официальных источниках; кроме того, требуются хорошее знание клинического процесса и понимание клинической эффективности технологий.

Главными структурными элементами тарифов являются себестоимость и прибыль. Себестоимость служит основой для формирования тарифов. В ней должны быть учтены все необходимые затраты учреждений здравоохранения, связанные с оказанием медицинских услуг. Структуру себестоимости можно представить в следующем виде:

1. Расходы на оплату труда.
2. Отчисления на государственное социальное страхование.
3. Отчисления на ОМС.
4. Канцелярские и хозяйствственные расходы.
5. Расходы на командировки и служебные разъезды.
6. Расходы на учебу, производственную практику учащихся, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек.
7. Расходы на питание пациентов.
8. Расходы на специальное питание медицинского персонала, связанное с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда.
9. Расходы на лекарственные средства и перевязочный материал.
10. Сумма ежегодного износа мягкого инвентаря и обмундирования.
11. Амортизация основных фондов (оборудования, инвентаря, зданий и сооружений).
12. Затраты на проведение всех видов ремонта (зданий и сооружений, оборудования, транспортных средств, находящихся на балансе учреждения).
13. Прочие расходы.

Расходы на оплату труда рассчитываются исходя из штатного расписания учреждения текущий год (в пределах предусмотренных ассигнований на зарплату) с учетом принятых систем премирования, оплаты основных и дополнительных отпусков и других выплат, предусмотренных законодательством. Отчисления в пенсионный фонд, на социальное страхование и ОМС рассчитываются в соответствии с утвержденными нормами.

Канцелярские и хозяйственные расходы, расходы на командировки и служебные разъезды, расходы на учебу и производственную практику, научно-исследовательские работы и приобретение книг для библиотек устанавливаются исходя из плана на текущий год. Расходы на питание пациентов определяются исходя из действующих норм на человека в день, планируемого числа пациентов в год с учетом длительности их госпитализации. Расходы на специальное питание медицинского персонала рассчитываются исходя из действующих норм на человека и числа работников согласно штатному расписанию, которые работают в опасных для здоровья условиях (соответствии с перечнем таких работ в учреждениях здравоохранения).

Расходы на лекарственные и перевязочные средства для амбулаторно-поликлинических учреждений рассчитываются по данным бухгалтерского учета за предыдущие годы и на основе действующих норм их расхода на одного пациента, планируемого числа пациентов на текущий год, а для стационарных учреждений учитывается также длительность госпитализации.

При расчете тарифов на данную медицинскую услугу принимаются во внимание следующие параметры: общее время на услугу, затраченное медицинскими работниками; основная заработная плата медицинских работников, принимающих участие в оказании услуги. При этом учитывается время участия каждого специалиста в отдельности.

В зарплате специалиста должны быть отражены надбавки (за категорию, вредность и т. д.). Среднемесячная норма затраченного времени может корректироваться. Если услуга оказывается во внедневное время, вводится коэффициент премиальной оплаты (например, 1,5), который также может изменяться.

Процент дополнительной заработной платы рассчитывается для каждого медицинского учреждения отдельно. При этом учитывается доплата за выходные и праздничные дни, ночные работы, за подмену ушедших в отпуск и нештатный фонд. Все расчеты ведутся фактическим данным за расчетный период. Процент дополнительной заработной платы может быть изменен. Совокупные затраты на заработную плату включают не только сумму основной и дополнительной заработной платы, но и отчисления на социальное и медицинское страхование, в пенсионный фонд, налоги на заработную плату.

Стоимость лекарственных средств и применяемых при оказании услуги расходных материалов (например, рентгеновская пленка, лабораторные реактивы, перчатки, шприцы, ленты, марля и т. д.) полностью включается в стоимость услуги. Годовая сумма износа материального инвентаря (халаты, медицинские костюмы, матрасы, постельное белье и т. д.) рассчитывается исходя из его стоимости и сроков эксплуатации — эта информация берется из прейскуранта стоимости.

Амортизация оборудования рассчитывается исходя из его балансовой стоимости и процента амортизационных отчислений, который берется из специального справочника.

При расчете издержек следует исходить из фактических расходов. Однако если учитывать только фактические расходы, то инфляция приведет к быстрому «проеданию» основных фондов и уходу специалистов. Поэтому используется такой показатель, как индексированные издержки; при этом учитываются инфляция, состояние рынка рабочей силы

(зарплата должна удерживать специалистов, иначе они уйдут на другую работу), движение фондового рынка и т. д. Вмененные издержки — это денежные доходы, которые владелец ресурсов теряет при отказе от наиболее выгодного способа их использования. Разница между фактическими расходами и вмененными издержками у некоммерческих организаций может покрываться за счет небольшой прибыли, которая не должна распределяться среди собственников.

Расчеты тарифов на медицинские продукты (но не услуги) могут осуществляться с помощью экспертной оценки. Экспертные методы — это количественные методы оценки экспертами явлений и процессов, не поддающихся непосредственному измерению либо трудно измеряемых. Экспертные методы оценки ресурсных затрат очень перспективны. В отличие от статистического метода, они не требуют больших затрат и не столь длительны. При этом эксперт рассматривается как своего рода измерительный прибор. Экспертная оценка тарифов может проводиться с помощью заведующих отделениями или главных врачей. К сожалению, врачи редко обладают специальной подготовкой в области экспертной оценки.

При правильном подходе нормативы возмещения затрат позволяют обеспечивать ресурсами собственно лечебно-диагностический процесс, а не его искаженное отражение в применяемых ныне измерителях (таких как число пациенто-дней, а тем более больничных коек). Однако, по данным Nakata с соавт. (2015), даже в Японии со скрупулезностью жителей тарифы на хирургические операции, которые после длительного и тщательного изучения были изменены в 2014 г., до сих пор не отражают истинные затраты на эти операции.

В идеале лечение больных с одинаковыми заболеваниями в рамках территориальной программы ОМС должно оплачиваться одинаково, независимо от места лечения. Методика расчета тарифов на медицинские услуги должна быть единой для всех лечебно-профилактических учреждений. В большинстве развитых стран государство жестко контролирует цены на медицинские услуги, которые устанавливаются в результате длительных переговоров с производителями услуг.

При бюджетном финансировании здравоохранения действуют достаточно жесткие, но не всегда понятные правила установки цен, поскольку очень часто в их основе лежат бюджетные оценки, совершенно непригодные для купли-продажи медицинских услуг, так как они, по существу, воспроизводят нормативы действующего финансирования и не дают возможности расширять материально-техническую базу, вводить новые ресурсы и т. д.

Цены на медицинские услуги могут быть едиными по всей стране (например, программа «Медикэр» в США), едиными на уровне регионов или договорными (индивидуальными) — в этом случае они устанавливаются путем переговоров между медицинским учреждением и муниципальными властями, страховыми компаниями, общественными и потребительскими организациями. Единые официально утвержденные тарифы на амбулаторные услуги упрощают взаимодействие между заинтересованными сторонами и используются во многих странах (Rudoler et al., 2015).

Глава 12. Деятельность больниц при различных способах платы медицинских услуг¹

Введение

Стационарная помощь населению может оказываться в государственных, муниципальных, университетских и частных больницах, а также в госпиталях для военнослужащих и раненых. Университетские больницы, где лечение больных сочетается с обучением студентов, как правило, оснащаются самым современным медицинским оборудованием, и в них работают наиболее квалифицированные врачи, а также практиканты и интерны под контролем опытных специалистов.

Медицинские учреждения выступают на рынке продажи страховых услуг как самостоятельно хозяйствующие субъекты, несущие «предпринимательский риск» в конкурентной борьбе за право заключения договоров со страховыми компаниями, которые располагают средствами застрахованного населения.

Большинство систем медицинского страхования предусматривают выделение производителей высокоспециализированных медицинских услуг в самостоятельные юридические лица, владеющие собственностью и являющиеся субъектами права, оказывающие эти услуги на коммерческой или некоммерческой основе. Страховые медицинские компании заключают с ними договоры на обслуживание застрахованных.

Главная роль в оказании стационарной помощи в большинстве стран принадлежит муниципальным больницам, имеющим статус частных «неприбыльных» организаций. Общее управление ими осуществляется выборный совет попечителей, действующий на общегражданских началах. Он назначает администрацию, определяет приоритеты развития, несет ответственность за финансовые активы больницы. Получив первоначальные средства от учредителей, далее больница развивается на основе принципов самоокупаемости за счет заработанных средств, не завися от государственного бюджета. Статус больницы обуславливает особый характер распределения прибыли.

Доля чисто коммерческих больниц невелика. Государственные больницы представляют шире, но их меньше, чем частных бесприбыльных больниц. Существуют также центры охраны здоровья, диагностические центры и сходные учреждения, осуществляющие, как правило, консультативную и профилактическую деятельность (по типу организации напоминают наши поликлиники, но укомплектованы преимущественно сестринским персоналом).

Если здравоохранение финансируется через системы ОМС или ДМС, больницы сохраняют свою координирующую, контролирующую и организационную роль в масштабах региона, но их внутренняя структура существенно меняется. В рамках системы ОМС больницы работают на бесприбыльной основе, и для сдерживания цен на медицинские услуги необходимы субсидии из государственного бюджета (дотации, льготные кредиты). Однако в системе ДМС больницы оказывают услуги на коммерческой основе, т. е. возникает коммерческий риск. В то же время, как уже говорилось выше, в этом случае между больницей и пациентами появляется посредник — СМО, которая, с одной стороны, в определенных ситуациях берет на себя риск неплатежеспособности больницы, а с другой — гарантирует ей необходимый для ее деятельности уровень финансирования.

Как уже говорилось, за рубежом многие компании имеют собственные (или ориентированные преимущественно на эту компанию) больницы, где медицинское обслуживание ведется на особенно высоком уровне. Такие больницы являются как бы визитной карточкой компании. Страховые компании различными способами (финансовая поддержка, закупка оборудования или лекарственных средств) привлекают престижные больницы к сотрудничеству. Государственные органы управления (как правило, местные) или страховые организации заключают с больницами контракты, в которых устанавливаются объем оказания медицинской помощи и нормативы возмещения затрат.

Размер больниц может быть самым разным. Как правило, у крупных больниц выше клинико-экономическая эффективность. Предварительная запись на госпитализацию осуществляется по телефону, через Интернет или на месте, и обычно после того как необходимость в госпитализации подтвердил врач-специалист.

Управление больницей

Если больница представляет собой акционерное общество, то для управления ею учредители, как правило, создают специальный совет (совет попечителей, правление и т. п.). Совет разрабатывает устав больницы, где четко оговариваются принципы и правила ее деятельности; ежегодно рассматривает и утверждает бюджет; контролирует качество лечения; заключает контракт с руководителем больницы (администратором), который отвечает за выполнение политики совета. При этом совет не имеет права вмешиваться в сам процесс управления.

Всю практическую работу ведут профессиональные менеджеры. Администратор формирует наиболее эффективную структуру управления больницей, задает обязанности подразделений и сотрудников и контролирует их выполнение, распределяет персонал по подразделениям. Правила и обязанности обычно пересматриваются раз в год. Администратор занимается ведением личных дел сотрудников, их аттестацией, создает единую систему отчетности и внутреннего контроля, следит за эффективностью использования больничных ресурсов. Для наиболее эффективного использования ресурсов анализируются данные по срокам госпитализации, применяемым схемам диагностики и лечения, случаям внутрибольничной инфекции, применению лекарственных средств, использованию оборудования. Особое внимание уделяется избыточному или недостаточному использованию ресурсов.

Администратор должен быть знаком с экономикой и юриспруденцией, должен уметь работать с прессой. В РФ главные врачи больниц стремятся получить ученую степень кандидата или доктора медицинских наук. Сходная картина в Израиле; кроме того, там претенденты на место главного врача сдают сложные экзамены.

В западных странах врачи в больницах обладают определенной автономией и несут полную ответственность за все аспекты своей деятельности. Даже на уровне больницы врачи, как правило, организованы в профессиональные общества со своим уставом, которые управляются выборными председателями. В профессиональных обществах могут состоять только те, у кого есть лицензия. Общество контролирует и оценивает работу каждого врача, обсуждает результаты с администратором больницы, разрабатывает программы повышения квалификации врачей.

Подбор персонала чрезвычайно важен. В большинстве стран мира высокий профессионализм врачей и наличие современного оборудования сами по себе уже не в состоянии гарантировать больницам должный уровень процветания. Для привлечения новых паци-

Глава 25. Швеция

Введение

В 1883 г. в риксдаг (парламент) Швеции был внесен проект закона о социальном страховании рабочих, однако закон не был принят. Только 21 мая 1913 г. риксдагом был, наконец, принят «Закон об обязательном страховании на случай болезни, инвалидности, старости». Согласно ему, все шведские граждане в возрасте от 16 до 66 лет должны были обязательностраховаться (Heintz et al., 2014; Hensing et al., 2015).

В 1982 г. был принят закон о здравоохранении и медицинских услугах. В 1985 г. государство начало компенсировать расходы округов на здравоохранение исходя не из количества визитов к врачам, а в пропорции к числу жителей округа. В 1991 г. после апробации было принято решение предоставить каждому шведу право свободно выбирать медицинское учреждение или врача на всей территории страны. В 1993 г. была введена сеть врачей общей практики (Burström, 2015).

В Швеции одна из самых высоких в Европе средняя продолжительность жизни — 80 лет. Для женщин она составляла 84 года, а для мужчин — 80 лет. За последние десятилетия в стране резко уменьшилась смертность от инфарктов и инсультов, а также выживаемость при онкологических заболеваниях. На конец 2006 г. средняя зарплата в Швеции составляла 550 000 крон. Социальная поддержка гражданина из разных фондов составляет 700 000 крон в год, что даже больше заработной платы.

Власти регионов несут ответственность за обеспечение каждого проживающего на их территории, качественной медицинской помощью. Основное медицинское обслуживание в Швеции ведется в поликлиниках, которые оборудованы современным оборудованием и полностью укомплектованы необходимым персоналом (Skoglund, 2001; Lai et al., 2015). Помимо поликлиник в стране существуют специализированные клиники, центры планирования семьи, женские консультации, детские консультации и т. д. Несмотря на то что с учреждениями первичной медицинской помощи в каждом регионе существует сеть домов престарелых, финансовое обеспечение которых, в соответствии с коммунальной реформой 1992 г., возложено на местные органы власти — муниципалитеты.

Система медицинского обслуживания в Швеции носит децентрализованный характер. Организацией амбулаторной помощи занимаются окружные советы (ландстинги) и муниципалитеты, число жителей которых колеблется от 60 000 до 1,7 млн человек (Андреев, 2006). Каждый регион в соответствии с численностью проживающих располагает одним или несколькими центрами здравоохранения, в которых работают как врачи общего профиля, так и специалисты (Ahgren, 2010).

Отдельного закона, регулирующего соблюдение прав пациентов, нет. Местные органы власти играют определяющую роль в организации медицинской помощи, в том числе стационарной. Муниципалитеты владеют клиниками и медицинскими центрами, координируя их деятельность и выступая в роли работодателей для большинства медицинских работников.

Стационарное медицинское обслуживание осуществляется в Швеции многочисленными региональными и районными больницами, в которых как минимум четыре отделения (терапии, хирургии, радиологии и анестезии). Следует отметить, что число отделений в больнице существенно зависит от региона. Так, в отдельных региональных больницах (прежде всего в Стокгольме, Гетеборге, Умеа и других городах с большим числом жителей)

телей (1–1,5 млн)) их количество составляет 15–20. Интересно отметить, что все региональные больницы сотрудничают с медицинским факультетом какого-нибудь университета, выполняя задачи научного и учебного характера.

Финансирование больниц и организация стационарной помощи осуществляются региональными властями (властями провинций). Центральное правительство осуществляет общий контроль за этим. Министерство здравоохранения и социальных дел разрабатывает программы в области здравоохранения и медицинского страхования.

Финансирование

Ни одна западноевропейская страна не вкладывала столько средств в здравоохранение, сколько Швеция (Литорин, 1991). В 1970–1985 гг. численность занятых в здравоохранении удвоилась. Доля работников здравоохранения с 1980 по 1985 г. увеличилась с 9,9 до 11,1%. Потребление медицинских услуг каждые 5 лет устойчиво возрастало на 1000 шведских крон в год на душу населения независимо от темпов роста ВВП. На здравоохранение в Швеции тратится 9,9% от ВВП.

Финансирование шведской системы здравоохранения ведется большей частью из подоходных налогов, взимаемых на уровне округов (72%), а также бюджетных средств (13%), взносов лиц, охваченных медицинским страхованием (3,4%), и из общего фонда медицинского страхования (1,7%) (Kaati, 2002). При этом основная часть расходов лежит на центральном правительстве и муниципалитетах — пациенты оплачивают лишь символическую часть медицинских расходов. Так, установлен годовой лимит оплаты медицинских услуг одним пациентом, равный 1000 крон. Гонорар пациента врачу составляет 150–300 крон. В эту сумму входит не только осмотр врачом, но и выписка рецептов и больничного для получения пособия, диагностические и лабораторные исследования, само лечение и направление к специалисту, первое посещение которого бесплатно. Максимальная годовая сумма доплаты за рецептурные лекарственные средства составляет 2500 крон. Дороже всего обходится стоматологическая помощь — здесь расходы пациента могут составлять до 60% от стоимости лечения.

Тем не менее, в Швеции постоянно ощущается нехватка средств. Обычная реакция на кризисные явления в системе здравоохранения — требование выделить дополнительные средства. Считается, что это единственный способ избавиться от очередей и улучшить систему в целом. Известно, что существует экономический закон: если цена товара ниже рыночной, то наблюдаются дефицит данного товара и очереди. В шведском здравоохранении цены настолько низкие, что расходы пациента являются чисто символическими — не выше 10% стоимости медицинской услуги. Значительная часть средств уходит на людей, не имеющих серьезных заболеваний. При этом наносится огромный ущерб настоящему больным людям.

В каждой области Швеции окружные советы облагают жителей подоходным налогом. Более 80% от этого налога идет на финансирование здравоохранения.

Учреждения по уходу за престарелыми организуются благотворительными обществами и содержатся главным образом на их средства. Поэтому денег на это не хватает.

Обязательное медицинское страхование

В настоящее время шведская система здравоохранения представляет собой успешный пример бюджетной модели (Бевериджа), построенной на принципе децентрализации. Медицинское страхование в Швеции носит обязательный и всеобщий характер, позволяя

всем группам населения, в том числе с низким уровнем дохода, получать высокотехнологичную дорогую медицинскую помощь. При этом страховые выплаты и компенсации тем больше, чем выше затраты пациента. Средства производства в здравоохранении принадлежат государству, т. е. органам центральной и местной власти. Они же руководят службой здравоохранения, планируют и финансируют ее деятельность. Вся ответственность за оказание медицинской помощи лежит на советах графств. Больничная помощь почти полностью финансируется на региональном уровне, а владеют больницами советы графств (Ågren, 2006; Adebayo et al., 2015).

Амбулаторная помощь оказывается либо в поликлинических отделениях больниц, либо в специальных частных клиниках. Большинство медицинских услуг оказывается государственными учреждениями, которые финансируются советами графств. Несмотря на решение о праве свободно выбирать медицинское учреждение и врача, население в практике ограничено в этом и в возможности госпитализации. Больным разрешено обращаться в поликлинические отделения больниц без направления врача общей практики. Однако визит к частному врачу не оплачивается без предварительного разрешения администрации графства.

Система медицинского страхования в Швеции включает в себя следующие компоненты: страхование по болезни, страхование стоматологической помощи и пособие родителям по болезни ребенка. Пособие по болезни выплачивается только при доходах, не превышающих определенный предел.

Страховые программы (страховое покрытие)

Система социального и медицинского страхования Швеции охватывает все население страны, а также длительно проживающих в стране на законных основаниях иностранных граждан. Система медицинского страхования охватывает амбулаторную помощь, стационарную помощь, реабилитацию, стоматологическую помощь, консультации и другие услуги по планированию семьи, обеспечение лекарственными средствами и транспортные издержки. Помимо этого система медицинского страхования предусматривает выплату пособия по болезни, пособия по реабилитации и доплаты на приобретение вспомогательных средств индивидуальной реабилитации и ухода за тяжелобольными.

Существуют также компенсации, предусматривающие снижение выплат, если пациент следит за своим здоровьем: проходит регулярные осмотры, ведет здоровый образ жизни.

С 1985 г. компенсируются не только расходы на медицинскую помощь, как это было раньше, но и на различного рода профилактические программы. Участие в системе медицинского страхования дает также право на получение пособия по болезни — компенсации, выплачиваемой за потерю дохода вследствие заболевания или травмы. Для получения полного пособия (его размер зависит от дохода) необходимо известить местную кассу социального страхования. Как правило, полное пособие составляет 90% от зарплатной платы и, подобно другим формам доходов (в том числе и социального характера), облагается налогом.

Если при болезни ребенка до 12 лет в семье с несколькими детьми мать беременна еще одним ребенком и отец остается дома, то пособие по болезни выплачивается ему. Срок выплаты пособия ограничен не нормами социального законодательства, а длительностью болезни ребенка. Каждый из родителей имеет право на пособие по болезни ребенка в возрасте до 12 лет сроком до 60 дней в год, а в случае ребенка 12–16 лет — в зависимо-

сти от заключения врача. Предусматривается также вариант неполной занятости на рабочем месте (с 8 до 6 часов в день) с соответствующим снижением заработной платы. Этой услугой в рамках системы медицинского страхования пользуются как отцы, так и матери в среднем в течение 6–7 дней в году.

Добровольное медицинское страхование

В Швеции существует небольшой сектор добровольного (частного) медицинского страхования, доля которого в общей структуре расходов здравоохранения не превышает 4%. Столь малая доля частного медицинского страхования (по сравнению с другими странами ЕС) объясняется прежде всего трудностями снижения издержек для частных страховых компаний, которые вызваны высоким уровнем налогообложения в этой области.

Франшиза

Объем совместных платежей населения (франшизы) за медицинские услуги в середине 1990-х гг. составлял около 3% от общих расходов на здравоохранение. Плата за консультацию врача общей практики составляет 100–220 крон (11–22 евро), за консультацию специалиста — 250–350 крон (25–35 евро). Франшиза за один день госпитализации составляет 9 евро. Для детей и молодых людей до 20 лет все указанные услуги бесплатны.

Окружные советы, как правило, взимают плату с лиц, прибегающих к медицинской помощи, в качестве частичной финансовой компенсации за свои услуги. Эта плата, разная в разных областях, не покрывается медицинской страховкой: ее берет на себя сам пациент, что (в страховых терминах) является видом излишка. Услуги частных врачей оплачиваются иначе: как правило, пациент выплачивает врачу лишь часть гонорара за каждое посещение (от 17 до 28 евро), остальное выплачивается из национальной системы медицинского страхования.

Сборы с пользователей взимаются независимо от уровня доходов. Для защиты людей с хроническими заболеваниями и представителей других уязвимых групп от неприемлемо высоких расходов устанавливается ежегодный потолок суммы сборов. То обстоятельство, что никто не освобождается от сборов, вызывает постоянную обеспокоенность по поводу социальной справедливости; вокруг проблемы реформирования системы сборов продолжается политическая дискуссия.

Лекарственные препараты

Приобрести любые лекарственные препараты (кроме простейших средств, таких как сосудорасширяющие капли для носа и леденцы для лечения простуды) можно только по рецепту врача. До 1994 г. шведы полностью оплачивали стоимость дешевых (до 20 крон) лекарственных препаратов; если препарат стоил от 20 до 80 крон, то оплачивалась половина стоимости; препараты стоимостью свыше 80 крон полностью оплачивались из фондов здравоохранения. Все расходы аптек покрывались государством. Сейчас в рамках системы медицинского страхования предусматривается компенсация расходов на покупку лекарственных препаратов свыше определенной суммы.

Стоматологическая помощь

Медицинское страхование включает в себя также стоматологические услуги, в том числе профилактику. Организация амбулаторной стоматологической помощи находится в ком-

Глава 31. Качество медицинской помощи

Законодательство РФ и качество медицинской помощи

Вот что говорится относительно качества медицинской помощи в Федеральном законе № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 г.

Статья 40. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом.
2. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.
3. Медико-экономический контроль — установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территории программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.
4. Медико-экономическая экспертиза — установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.
5. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.
6. Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.
7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач — специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи (редакции от 2 июля 2013 г.).

- 7.1. Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности, и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом, в том числе размещение указанного реестра на официальном сайте территориального фонда в сети «Интернет», устанавливается Федеральным фондом.
8. Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.
9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным Федеральным фондом.
10. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 настоящего Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования.
11. Территориальный фонд в порядке, установленном Федеральным фондом, вправе осуществлять контроль за деятельностью страховых медицинских организаций путем организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводить медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи, в том числе повторно, а также контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.
- Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи проводит медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу, экспертизу качества медицинской помощи в случае, если медицинская помощь оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования. Эксперты территориального фонда должны соответствовать требованиям, установленным частями 5 и 7 настоящей статьи.
12. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальный фонд и (или) страховая медицинская организация в порядке, установленном Федеральным фондом, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.
- Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.
1. Медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации вправе обжаловать заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в территориальный фонд.

1. Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд.
2. Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.
3. Повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медицинской помощи проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом, и оформляются решением территориального фонда.
4. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

При Министерстве здравоохранения РФ создан Центр экспертизы и контроля качества медицинской продукции.

Безопасность медицинской деятельности

Теперь рассмотрим понятие «безопасность медицинской деятельности». Медицинское учреждение, оказывая пациенту медицинскую услугу, может нанести вред его здоровью и жизни в случае ненадлежащего качества этой услуги. Главный признак безопасности медицинской деятельности — отсутствие необоснованного риска нанести вред здоровью и жизни. В свое время суд Словакии постановил: «Если медицинская наука признает рискованный способ лечения социально значимым и обязывает или поощряет врача его применять, то надлежит обществу, а не индивиду отвечать за последствия возможной неудачи и причинения вреда» (Романовская, 2014).

О небезопасности медицинской деятельности можно судить по следующим критериям: 1) наличие необоснованного риска; 2) использование медицинских услуг, которых нет в номенклатуре разрешенных; 3) оказание медицинских услуг без соответствующих показаний к ним; 4) отсутствие учета противопоказаний; 5) оказание медицинской услуги в нелицензированном помещении; 6) отсутствие лицензии у поставщика медицинской услуги; 7) неизбежность вредных последствий; 8) все менее опасные методы диагностики и лечения использованы; 9) отсутствие плана выявления и предотвращения осложнений; 10) отсутствие оформленного по правилам согласия больного (Старченко, 2013д).

Согласно Уголовному кодексу РФ, оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья, наказывается штрафом в размере до 300 000 рублей. Обычно это происходит по суду. Между тем, хотя в законе № 323-ФЗ отсутствуют понятия безопасности и качества медицинской помощи, закон требует проведения соответствующих проверок (иными словами, требует контроля неизвестно чего).

Согласно Старченко (2013в), самым главным завоеванием системы ОМС являются массовость контроля за качеством медицинской помощи и его независимость. Если это так, то показатели качества медицинской помощи должны улучшаться в сравнении с показателями эпохи СССР. Но этого не наблюдается: лишь в последние годы, с началом вложения средств в здравоохранение и роста благосостояния населения, стали улучшаться показатели здоровья. Система ОМС действует 25 лет, и до начала денежных вливаний не дала никакого эффекта. Анализ качества оправдывает себя лишь при наличии достаточного количества ресурсов.

Приказом Министерства здравоохранения РФ № 422ан от 7 июля 2015 г. были утверждены критерии оценки качества медицинской помощи. Среди критериев качества, уста-

новленных для амбулаторной помощи, названы: заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой (что физически невозможно); наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (это вполне может делать регистратура); проведение осмотра пациента в случаях, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинского учреждения (регистратура должна направлять пациента вне очереди к дежурному врачу); включение в планы обследования и лечения перечня лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (при действующем нормативе это физически невозможно); постановка диагноза в течение 10 дней с момента обращения (поскольку число выделяемых врачу талонов на лабораторные и инструментальные исследования ограничено, то на практике выполнить этот пункт зачастую невозможно); в случае трудностей с постановкой диагноза проведение консилиума врачей; при необходимости планового лечения в стационаре оформление направления с указанием диагноза.

Среди критерiev качества, установленных для стационарной медицинской помощи (в том числе в условиях дневного стационара), названы: заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой; наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство; безотлагательное проведение первичного осмотра пациента в случаях, требующих экстренного оказания медицинской помощи (кроме дневных стационаров); проведение осмотра пациента в случаях, требующих неотложной медицинской помощи, не позднее чем через 2 часа с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар); проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинского учреждения не позднее чем через 3 часа с момента поступления пациента в профильное отделение или дневной стационар (а что делать, если больной поступил во время дежурства не того специалиста?); постановка предварительного диагноза не позднее чем через 2 часа с момента поступления пациента в стационар; постановка окончательного диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар); постановка диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее чем через 24 часа с момента поступления в профильное отделение; в случае трудностей с постановкой диагноза и (или) выбором метода лечения проведение консилиума врачей с оформлением протокола и внесением решения в стационарную карту; обязательный осмотр заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар), далее — по необходимости, но не реже одного раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим; осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинского учреждения; осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое медицинское учреждение; в случае смерти пациента проведение патологоанатомического исследования; отсутствие расхождений между клиническим и патологоанатомическим диагнозами (Михайлова с соавт., 2009).

Как видим, главными критериями надлежащего лечения стали показатели времени: 1) проведение осмотра пациента при внезапных остройх заболеваниях, состояниях и обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих неотложной медицинской помощи, не позднее чем через 2 часа с момента обращения в регистратуру или приемное отделение медицинского учреждения, а врачом профильного от-

деления — не позднее чем через 3 часа; 2) постановка предварительного диагноза лечащим врачом уже в ходе первичного приема пациента; 3) постановка окончательного диагноза в течение 10 дней с момента обращения в амбулаторных условиях; постановка диагноза в стационаре в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар); 4) постановка диагноза при поступлении пациента в стационар по экстренным показаниям не позднее чем через 24 часа с момента поступления в профильное отделение; 5) обязательный осмотр заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар).

Мыльникова (2016) подняла очень важную проблему риска, связанного с оперативными вмешательствами. В приведенном ею примере хирург провел сложную четырехчасовую операцию. Пациентка была в очень тяжелом состоянии, риск неблагоприятного исхода был высок. Врач понимал это, но без оперативного вмешательства пациентке оставалось жить лишь несколько часов. Родственники были предупреждены, что операция может не помочь пациентке, однако все же надеялись на успех... Чуда не произошло. На пятый день после операции пациентка скончалась. Адвокат родственников умершей посоветовал им подать гражданский иск об оказании медицинской услуги ненадлежащего качества, приведшей к смерти пациентки. Он был уверен, что ему удастся выиграть судебное дело, если он будет апеллировать к законодательству о защите прав потребителей. Однако дело было им проиграно. Применение термина «медицинская услуга» вполне приемлемо, поскольку отражает суть процесса, но лишь для плановых ситуаций. Но в экстренных случаях такого рода услуги составляют незначительную часть медицинской деятельности, и к ним применимо лишь понятие «медицинская помощь».

Нормативная база по качеству медицинской помощи

Постановлением Правительства РФ № 1152 от 12 ноября 2012 г. задачами государственного контроля качества медицинской помощи объявлены предупреждение, выявление и пресечение нарушения требований к обеспечению качества, которые не были четко определены и как бы и не существовали. Действительно, законодательных понятий «медицинская помощь надлежащего качества» и «дефект медицинской помощи», характеризующих качество медицинской помощи, долгое время не существовало. А порядки и стандарты оказания медицинской помощи не являются инструментом контроля ее качества; ее критерии — это своевременность оказания, правильность выбора методов лечения и его положительный результат.

В соответствии с законом программы ОМС (как базовая, так и территориальные) содержат критерии качества, но они носят общий характер и трудноприменимы для оценки качества медицинской помощи в конкретном учреждении, у конкретного врача и конкретному пациенту. Это скорее статистические данные, применяемые для оценки эффективности того, как реализуется программа государственных гарантий, и составления аналитических отчетов. Они не являются прямыми индикаторами качества медицинской помощи, по результатам проверки которых контрольный орган может дать соответствующие предписания конкретному учреждению или врачу.

Например, такой критерий, как удовлетворенность населения медицинской помощью, определяемый с помощью анкетирования (опроса), будет напрямую зависеть от вопросов и вариантов ответа, а также от организации самого процесса анкетирования; критерий «смертность населения» связывает более высокое качество с меньшим количеством

Глава 36. Деятельность больниц и медицинское страхование

Введение

Стационарная медицинская помощь в Российской Федерации оказывается следующими типами учреждений (приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 627 от 7 июля 2005 г.): 1) больницы — участковая; районная; городская, в том числе детская; городская скорой медицинской помощи; центральная (городская, районная); областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная); 2) специализированные больницы — восстановительного лечения, в том числе детская; гинекологическая; гериатрическая; инфекционная, в том числе детская; наркологическая, онкологическая, офтальмологическая, психоневрологическая, в том числе детская; психиатрическая, в том числе детская; психиатрическая специализированного типа; психиатрическая специализированного типа с интенсивным наблюдением; туберкулезная, в том числе детская; 3) госпитали; 4) медико-санитарные части, в том числе центральные; 5) дома сестринского ухода; 6) хосписы; 7) лепрозории (утверждённая приказом Министерства социального развития № 627 от 7 октября 2005 г. Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения). Стационарное лечение проводится также в диспансерах, стационарных учреждениях по охране материнства и детства и других учреждениях здравоохранения. Медицинские учреждения обязаны в течение 20 суток госпитализировать пациента и бесплатно провести лечение.

Численность стационаров

Данные о численности больниц существенно расходятся. Например, на сайте Росстата приведены одни данные (табл. 5). На сайте ЕМИСС (Единая межведомственная информационно-статистическая система, также поддерживается Росstatом) приведены другие данные (табл. 6). Еще на одном сайте приводятся данные, что с 2005 по 2012 г. число стационаров уменьшилось с 8859 до 5268. Обеспеченность больничными койками на 10 000 населения с 2005 по 2012 г. снизилась с 98,5 до 84,1, а число амбулаторно-поликлинических учреждений — с 7150 до 2718. Станций скорой медицинской помощи с 2005 по 2012 г. тоже стало меньше — с 3277 до 2841.

В 2014 г. медицинскую помощь в системе ОМС оказывали 8460 стационаров (на 235, или 2,9% больше, чем в 2013 г.), а в первом полугодии 2015 г. — 8736 стационаров.

Число больниц федерального подчинения в 2009 г. составило 181 (3,6%, средний срок госпитализации — 15,5 суток), больниц регионального подчинения — 1068 (21%; 16,6 суток соответственно), больниц муниципального подчинения — 3835 (75,4%; 10,8 суток соответственно).

Таблица 5. Динамика численности медицинских учреждений Российской Федерации по данным Росстата

Тип учреждения	Год		
	1990	2000	2013
Поликлиники	21 500	21 300	16 500
Стационары	12 800	10 700	5900

Таблица 6. Динамика числа медицинских учреждений Российской Федерации по данным ЕМИСС

Год	Число учреждений	
	Больницы	Амбулаторные учреждения
2004	9847	22 084
2005	9479	21 783
2006	7478	18 792
2007	6777	18 301
2008	6545	15 519
2009	6454	15 322
2010	6308	15 732
2011	6343	16 262
2012	6172	
2013	4398	

Уровень госпитализаций и особенно их длительность в России заметно выше, чем в европейских странах. Интегрированный показатель объемов госпитализации — число койко-дней на одного жителя страны — в РФ почти в два раза выше, чем в среднем по ЕС (табл. 7).

С другой стороны, в РФ число госпитализаций составляет 0,21 на одного жителя страны (табл. 8). Это меньше, чем во Франции (см. главу о Франции).

Таблица 7. Показатели уровня госпитализации в странах Европы (2002)

Страна	Уровень госпитализации (на 100 жителей)	Средний срок госпитализации, сут	Общее число дней госпитализации в год (на 100 жителей)
Россия	22,8	14,7	334,9
Латвия	19,9	11,0	218,3
Литва	23,6	10,7	252,7
Эстония	19,1	8,4	159,8
Венгрия	24,6	8,5	208,9
Польша	17,5	7,9	138,4
Чехия	21,1	11,3	238,1
Германия	23,8	10,9	258,9
Италия	15,7	7,6	119,5
В среднем по ЕС	18,5	9,5	176,4

* Данные взяты с сайта Европейского бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfadb/>).

Таблица 8. Число случаев госпитализации в Российской Федерации

Год	Число случаев госпитализации
2013	31 306 192
2014	30 652 152

По подсчетам экспертов в области клинико-экономического анализа, до 80% пациентов в российских больницах в 1990-е гг. могли бы лечиться дома. Считалось, что конкуренция позволит улучшить качество медицинской помощи. Однако вначале соревнования между больницами не получилось, поскольку они являются монополистами. Только после введения одноканального финансирования и принципа «деньги идут за пациентом» появилось какое-то подобие конкуренции больниц. Московские клиники (в основном федеральные центры) ищут на периферии пациентов для оказания высокотехнологической помощи, так как койки пустуют, принимая их без направления семейных врачей и ТФОМС, после чего обращаются за оплатой в ТФОМС Москвы, которые просит местные ТФОМС возместить расходы по правилам межтерриториальных расчетов в системе ОМС.

Следует ли сокращать коечный фонд без создания альтернативных структур?

От СССР России досталась явно избыточная и очень ресурсоемкая сеть стационаров, состояние которых было, мягко говоря, неидеальным. Проверка, проведенная Министерством здравоохранения СССР в 1989 г., показала, что в 20% больниц нет горячего водоснабжения, а в 3% — даже и холодного, 17% не соответствуют санитарным нормам. В таких условиях требовалось радикально сократить ненужные стационары (коек) и за счет высвободившихся средств обеспечить нормальное финансирование оставшихся.

Руководители здравоохранения ссылаются на Европу, где коек меньше, а пациентов выписывают из стационара быстрее, чем в России. Сейчас пациент в среднем находится в больнице 12 суток, а хотелось бы, чтобы всего 5–6 суток, как в Европе. Надо отметить, что сведения, что в зарубежных больницах пациента после активного лечения переводят на койки реабилитации, палиативного лечения, сестринского ухода, не соответствуют действительности. В разделе, где описана система здравоохранения Италии, мы привели свидетельства очевидцев, что это не так.

Когда в России вводилась система ОМС, считалось, что рыночные отношения сократят объем необоснованной стационарной помощи. Однако, вопреки ожиданиям, система ОМС не только не сделала этого, а наоборот, еще больше подстегнула рост объема необоснованной стационарной помощи. Проблема в том, что в стационаре пациент получает лекарственные средства бесплатно, а дома вынужден покупать их. В РФ больничная койка часто используется как гостиничная услуга, поэтому многие даже при несложных заболеваниях всеми правдами и неправдами стараются лечь в больницу. Здесь они получают уход, которого лишены дома, лекарственные средства, которые сами не в состоянии купить, и еду. Бороться с этим очень трудно.

Кроме того, больницы не заинтересованы в сокращении числа госпитализаций, наоборот, экономический интерес (страховая компания платит больнице за фактический объем оказанных услуг) заставляет их наращивать объемы помощи сверх необходимого. В 2004 г. в стране на 10 000 жителей приходилось 100,2 стационарных койки. В 2007 г. это число планировалось сократить до 90, но на деле к 2014 г. количество коек составляло 94,2. Уменьшение количества койко-мест до 49,6 соответствовало бы уровню развитых стран.

На фоне дефицита средств пациенты в РФ преимущественно пользуются услугами наиболее затратного сектора здравоохранения: доля стационарной помощи в общем объ-

еме расходов на здравоохранение в РФ составляет 60% против 30—40% в европейских странах (табл. 9). Простая логика подсказывает, что если каждый четвертый ежегодно госпитализируется без явной необходимости (часто просто потому, что лекарственные препараты в больнице бесплатные, а дома их надо покупать самому), то средства просто «размазываются».

Таблица 9. Доля стационарной помощи в общем объеме расходов на здравоохранение в странах Европы (2002)

Страна	Доля стационарной помощи, %
Россия	60,0
Эстония	30,5
Венгрия	29,0
Чехия	37,8
Франция	41,3
Германия	36,1
Италия	41,5

* Данные взяты с сайта Европейского бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfadb/>).

Поэтому было решено сокращать койки централизованно, в рамках так называемой оптимизации. Планировалось, что в 2014—2018 гг. оптимизация здравоохранения коснется 952 медицинских учреждений по всей стране. Из них 41 учреждение предполагалось ликвидировать совсем, а остальные реорганизовать. В результате к концу 2018 г. число больниц должно сократиться на 11,2%, поликлиник — на 7,2%. Кроме того, до 2018 г. планируется сократить число фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в регионах, частично заместив их кабинетами врачей общей практики. Считается, что важнейшим стратегическим направлением оптимизации медицинской помощи, наряду с повышением ее качества и доступности, является сокращение неэффективных избыточных мощностей, прежде всего простояющих по 60—70 дней в году коек в стационарах. За счет высвободившихся ресурсов можно будет сделать более доступной высокотехнологичную стационарную медицинскую помощь. По мнению Министерства здравоохранения, сокращение числа коек происходит лишь там, где это не ведет к снижению качества и доступности медицинской помощи.

В рамках программы оптимизации число районных и центральных районных больниц в регионах сократилось на 40%, амбулаторно-поликлинических учреждений — на 20%. Число стационаров за последние годы, по данным Росстата, сократилось почти в 2 раза (а в сельской местности — в 4 раза), закрыты 32 центральные районные больницы, 103 районные больницы, свыше 8000 фельдшерско-акушерских пунктов (а согласно действующим нормативам, один такой пункт должен находиться в среднем на 700 жителей), 5339 амбулаторно-поликлинических учреждений (в сельской местности их число уменьшилось в 3,2 раза), 232 станции скорой медицинской помощи (в результате в сельской местности скорую помощь вызывают в 2,7 раза реже, чем в городе), 600 диспансеров (в сельской местности их стало вдвое меньше), 1000 санаторно-курортных учреждений, 25 домов ребенка. Количество коек в стационарах сократилось на 511 000, а в дневных стационарах насчитывается всего 83 100 коек.