



В. Скворцова: лечить пациента по стандартам невозможно

Парадокс?

Минздрав признал неэффективной работу по составлению стандартов оказания медицинской помощи — лечить пациентов и оплачивать помощь по ним невозможно, считает глава ведомства Вероника Скворцова. Теперь Минздрав ориентируется на оплату медпомощи по клинико-статистическим группам и на лечение по национальным клиническим рекомендациям.

За два года — 2012 и 2013 год — Минздрав создал или обновил 62 порядка оказания медицинской помощи — правила, которые регламентируют этапы оказания помощи, маршрутизацию пациентов и требования к профильным клиникам. При этом многие эксперты считают, что соблюдения порядков недостаточно для оценки качества оказания помощи, ведь они не описывают того, что собственно должен делать врач — как ему лечить пациента.

Как пояснила в интервью «Российской газете» министр здравоохранения Вероника Скворцова, для самого врача необходимы другие документы - клинические рекомендации, или протоколы лечения. Во всем мире существуют как национальные, так и международные протоколы лечения, в России же последние 30 лет не было ни одной утвержденной клинической рекомендации, а в тех, что были разработаны, не было единообразия — многие даже противоречили друг другу.

В 2010-2011 году, когда в России не существовало протоколов лечения и единой тарифной политики, создание стандартов оказания медицинской помощи должно было заполнить пустоты в стандартизации по качеству лечения, оценки эффективности

работы врачей, потребности в лекарствах и деньгах. «Это был важный этап, начало системных преобразований в здравоохранении», — поясняет министр здравоохранения.

Разработанная в 2010 году модель стандартов представляет собой средний для каждого заболевания «прейскурант» на диагностику и лечение с обозначением средней востребованности в той или иной медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии.

При этом стандарт не предназначен для использования врачом при принятии решений по лечению конкретного пациента, потому что он не учитывает особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения, а показывает только возможности применения того или иного компонента лечения. При этом оценить качество медпомощи по стандарту нельзя. Кроме того, если у пациента есть сопутствующие заболевания, нетипичное течение заболевания или осложнения, стандарт становится просто недостаточным и требует дополнений.

Главное предназначение стандартов, как предполагалось, - формирование на их основе программы госгарантий бесплатной помощи. «После многих лет недофинансирования впервые в 2011 году законодательно было закреплено положение о том, что все гарантии в сфере охраны здоровья граждан должны быть финансово обеспечены по четкому расчету. Причем не по "безликим" койко-дням или посещениям поликлиники, а по реальным смысловым потребностям в лечении конкретных заболеваний», — цитирует издание главу Минздрава.

В 2011 году, по словам Вероники Скворцовой, казалось, что ведомство может рассчитать общие расходы на гарантированную государством бесплатную медпомощь. Но для для такого расчета нужно было стандартизировать 32 тысячи заболеваний, входящих в Международную классификацию болезней (МКБ-10), оценить стоимость каждого заболевания на основе среднего числа пациентов за прошедший год, просчитать ориентировочную общую стоимость всего объема помощи за год, сравнить эту сумму с реальными возможностями финансового обеспечения и, определив размер необходимой «оптимизации», внести в стандарты изменения таким образом, чтобы выйти на реальную величину. «Огромная и, к сожалению, непродуктивная работа, — говорит министр. — Даже если утвердить 32 тысячи стандартов (по числу заболеваний), реальная стоимость лечения не будет соответствовать "стандартизированной". Кроме того, работа с ними будет невозможной из-за их лавинообразного устаревания, необходимости бесконечно вносить смысловые и ценовые поправки».

В итоге получилось, что оплачивать медицинскую помощь по стандартам нельзя. Единственная страна в мире, которая попыталась это сделать, - Германия, где на деле получилась громоздкая и многотарифная система, от которой вскоре отказались. По словам министра, российский опыт также показывает невозможность использования стандартов для тарификации медицинских услуг.

Три года назад Минздрав создал первые экспериментальные стандарты, которые начали внедрять в нескольких пилотных регионах, — с одной стороны, финансирование 20-25 заболеваний, по которым разработали стандарты, улучшилось, с другой стороны, лечение остальных финансировалась по остаточному принципу.

По словам Скворцовой, стандарты нужны только для «ручного управления», если нужно «вытянуть» финансирование конкретных заболеваний, в особенности тех, что стоят на первых местах среди причин смерти в России, а также для оплаты лечения редких (орфанных) болезней. Для универсального использования на практике предлагается создать единые для всей страны порядки оказания медицинской помощи по всем основным заболеваниям и протоколы их лечения.

В конце 2012 года Минздрав впервые с врачами разработал единые протоколы лечения, которые и определяют варианты лечения пациентов в разных ситуациях. Сейчас ведомство утвердило уже более 700 протоколов, к концу 2015 года планирует вдвое увеличить их количество.

Главная задача Минздрава сейчас, по словам Вероники Скворцовой, — внедрить наиболее эффективные методы оплаты медпомощи: в амбулаторной службе — по подушевому принципу с учетом показателей здоровья пациентов и показателей эффективности работы медиков, в стационарах — по законченному случаю в рамках соответствующей клинко-статистической группы. Для этого нужно создать групповые экономические стандарты, которые объединяют заболевания в одну клинко-статистическую группу (КСГ) на основе характера медпомощи и структуры тарифа на ее оказание. Клинко-статистические группы позволяют распределять финансирование между группами заболеваний, независимо от общей суммы ресурсов, считает министр. В отличие от стандартов, по ее словам, никакие виды медицинской помощи не финансируются в этом случае по остаточному принципу.

В Германии, например, переход на оплату по КСГ позволил сократить на 40% расходы на стационарное лечение и значительно увеличить оплату амбулаторной помощи.

Разрабатывать КСГ Минздрав начал на 2012 году. В тех регионах, где их уже внедрили, отмечают снижение количества необоснованных госпитализаций, сокращение времени лечения в больнице и увеличение стационарзамещающей помощи, что в итоге позволило повысить зарплату медработникам, увеличить расходы на лекарства и медизделия и внедрять новые технологии.

Сейчас Минздрав подготовил больше 60 новых групп КСГ, включающих 1007 методов высокотехнологичной помощи.

Источник информации: РИА-АМИ

Смотрите также по теме:

[**СТАНДАРТЫ и ПОРЯДКИ медицинской помощи**](#)

[В работе Минздрава России обнаружены многочисленные нарушения](#)

[Взаимное страхование профессиональной ответственности для медиков](#)

[Как на практике воспользоваться своими правами на бесплатную медпомощь](#)

[Мнение: «Медицинские стандарты не работают?»](#)

[Еще раз о новых порядках оказания и стандартах медицинской помощи](#)

[Стандарты оказания медицинской помощи - правовой аспект](#)

[Новые порядки оказания медицинской помощи в России](#)

[Новые стандарты лечения россиян](#)

[Подписана программа госгарантий бесплатной медпомощи на три года](#)