

ПОВЫШЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2016 Серафимов Станислав Викторович

© 2016 Лобжанидзе Арчил Алексеевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья
и здравоохранения с курсом экономики и управления здравоохранением
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения Российской Федерации
197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8
E-mail: andrblinov@yandex.ru

Проведен анализ реформирования организации предоставления специализированной офтальмологической медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Ленинградской области, оказавшего существенное влияние на обеспечение ее экономической доступности.

Ключевые слова: катаракта, финансирование медицинской помощи, тарифы, обязательное медицинское страхование, специализированная офтальмологическая медицинская помощь, врач-офтальмолог.

Обеспечение доступности медицинской помощи остается одной из ведущих задач, требующих решения в отечественном здравоохранении. Особое место среди заболеваний, доступность медицинской помощи при которых остается ограниченной, занимают заболевания органа зрения. С одной стороны, это обусловлено значительными финансовыми затратами, требующимися на организацию лечения заболеваний этого профиля, т.е. ограничениями финансового, экономического характера, а с другой - значительной распространенностью офтальмологических заболеваний среди населения страны¹.

Наиболее существенные затруднения в получении своевременной и качественной специализированной медицинской помощи испытывают пациенты, проживающие в сельской местности, поскольку проблемы экономического характера в этих условиях усугубляются препятствиями, связанными с территориальной и транспортной доступностью необходимых медицинских услуг². Офтальмологическая помощь не исключение³.

Анализ путей повышения доступности медицинской помощи при заболеваниях глаза произведен на примере системы здравоохранения, призванной обеспечить медицинскую помощь жителям сельской местности, одного из крупнейших регионов России - Ленинградской области. Предметом изучения стал наиболее затратный метод

оказания медицинской помощи - оперативное лечение катаракты в период с 2011-го по 2015 г.

По распространенности среди населения в настоящее время катаракта занимает одно из ведущих положений из всех заболеваний глаза и его придаточного аппарата. "Золотым стандартом" лечения катаракты в мире, позволяющим пациенту полностью восстановить утраченную функцию зрения, а следовательно, оставаться работоспособным гражданином и активным членом общества, является оперативное лечение методом факоэмульсификации⁴.

В соответствии с законодательно установленными требованиями по финансированию медицинской помощи в течение периода наблюдения операции по поводу катаракты производились в системе здравоохранения Ленинградской области за счет средств обязательного медицинского страхования. Анализ выставленных медицинскими организациями счетов за оказанную медицинскую помощь пациентам офтальмологического профиля в указанный период (сплошное наблюдение, все случаи оказания специализированной офтальмологической помощи) позволяет утверждать, что в системе бесплатной для пациентов медицинской помощи Ленинградской области оперативное лечение катаракты до 2013 г. методом бесшовной факоэмульсификации практически не производилось. При этом ограниче-

ния доступности специализированной офтальмологической медицинской помощи были весьма значительны. Количество выполненных медицинских вмешательств по оперативному лечению катаракты составляло только 152 на 100 тыс. населения, при этом в период с 2011-й по 2013 г. их число снизилось до 140 на 100 тыс. населения (темп снижения - 8,5 %), а срок ожидания оперативного лечения катаракты составлял более трех лет. С учетом того, что пациенты, нуждающиеся в таком лечении, как правило, люди преклонного возраста, существенные сроки ожидания плановой медицинской помощи в этом случае являются серьезной социальной проблемой, влияющей не только на здоровье, но и на качество их жизни.

В период с 2011-го по 2013 г. в регионах России прошла модернизация системы здравоохранения, которая была реализована в том числе в Ленинградской области. Основной задачей модернизации стало повышение доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи, повышение его удовлетворенности от взаимодействия с поставщиками медицинских услуг. В рамках модернизации здравоохранения в Ленинградской области офтальмологические отделения ряда медицинских учреждений были реформированы в "межрайонные офтальмологические стационары": произошло масштабное их переоснащение современным медицинским оборудованием, врачи-офтальмологи прошли дополнительное обучение по применению высокотехнологичных методов лечения офтальмологических заболеваний, основанных на последних достижениях науки и медицинской практики. Такие подходы были призваны создать условия для повышения доступности оказываемых медицинских услуг. Анализ результатов проведенных реформ показал следующее.

Проведенные реформы позволили существенно повысить объемы выполняемых операций по поводу катаракты. В 2014 г. количество выполненных оперативных лечений уже составило 223 на 100 тыс. населения (рост по сравнению с 2013 г. на 59,2 %), а в 2015 г. - 269 на 100 тыс. населения (рост по сравнению с 2013 г. на 92,1 %, а по сравнению с 2014 г. на 20,6 %). При этом следует отметить, что практически все операции (93,7 %) были выполнены методом факоэмульсификации. Такие темпы прироста, безусловно, отразились на структуре пациентов офтальмологического профиля. Если в 2013 г. в офталь-

мологических отделениях стационаров Ленинградской области доля пациентов с катарактой составляла только 23,3 %, то в 2014 г. каждый третий пациент межрайонных офтальмологических стационаров - это пациент, которому было выполнено оперативное вмешательство по поводу катаракты. Доля таких пациентов составила в 2014 г. 32,1 %, а в 2015 г. уже 37,1 %. Большинство (43,1 %) всех оперативных вмешательств было выполнено в ГБУЗ "Ленинградская областная клиническая больница", однако 56,9 % операций выполнялось в межрайонных офтальмологических стационарах. Почти каждое третье оперативное вмешательство (30,1 %) выполнено в ГБУЗ ЛО "Киришская КМБ", значительное число больных оперировались в ГБУЗ ЛО "Бокситогорская МБ" и ГБУЗ ЛО "Гатчинская КМБ" - 7,8 и 7,7 %, соответственно. Несколько меньшую долю оперативных вмешательств выполняли другие стационары Ленинградской области: ГБУЗ ЛО "Выборгская МБ" - 4,0 %, ГБУЗ ЛО "Кингисеппская МБ" - 3,7 %, ГБУЗ ЛО "Всеволожская КМБ" - 3,6 %. При значительном увеличении объемов медицинской помощи, оказываемой стационарами Ленинградской области, отмечено существенное повышение ее доступности. Срок ожидания планового оперативного лечения катаракты сократился в 79,4 % случаях до 1 месяца с момента определения показаний.

Увеличение объемов медицинской помощи, предоставляемой на современном медицинском оборудовании высококвалифицированными медицинскими кадрами, потребовало пересмотра финансового обеспечения медицинской помощи в целях решения проблем ее экономической доступности. С учетом норм действующего законодательства, в частности ст. 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"⁵, а также условий применения Генерального тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Ленинградской области в установленном порядке были пересмотрены тарифы на оплату оперативного лечения катаракты, в частности, наряду с установленным тарифом для оплаты оперативного лечения катаракты в медицинских организациях регионального уровня (ГБУЗ "Ленинградская областная клиническая больница") установлены отдельные тарифы для оплаты оперативного лечения катаракты методом факоэмульсификации для

“межрайонных офтальмологических стационаров”. С учетом уровня медицинской организации тарифы в медицинских организациях регионального и межрайонного уровней различались. В 2016 г. тариф на оперативное лечение катаракты в медицинских организациях межрайонного уровня составил 26 641,7 руб., а в ГБУЗ “Ленинградская областная клиническая больница” (региональный уровень) - на 19,7 % выше (31 892,6 руб.).

Вместе с тем, несмотря на различия в тарификации в стационарах регионального и межрайонного уровней, объемы оказанной медицинской помощи, предоставленные в межрайонных офтальмологических стационарах, после проведенных реформ стали весьма значительны. Это не могло не отразиться на необходимости принятия управленческих решений, направленных на поддержку финансового обеспечения межрайонных стационаров. Анализ данных о тарифах для оплаты оперативного лечения катаракты за счет средств обязательного медицинского страхования в межрайонных офтальмологических стационарах Ленинградской области в период с 2011-го по 2015 г. показывает их значительное увеличение с 7921,1 руб. в 2011 г. до 26 359,4 руб. в 2015 г. (рост на 332,7 %), при этом наибольший ежегодный темп прироста тарифа - 130,1 % - отмечался в 2014 г.

С учетом увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, а также роста объемов ее оказания следует утверждать, что по итогам проведенной модернизации офтальмологических отделений стационаров достаточно успешно произошло обеспечение экономической составляющей доступности медицинской помощи для жителей Ленинградской области в части оперативного лечения катаракты методом фактоэмульсификации. Рост объемов финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования по профилю “оперативное лечение катаракты” возрос на 696,2 % с 10 915,2 тыс. руб. в 2011 г. до 75 992,9 тыс. руб. в 2015 г. При этом наибольший темп прироста произошел в период с 2013-го по 2014 г. - на 338,7 %, с 17 795,3 тыс. руб. до 60 269,4 тыс. руб.

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что программа модернизации здравоохранения, реализованная в Ленинградской области, оказала существенное положительное влияние на обеспечение экономической доступности медицинской помощи для пациентов, нуждающихся в оперативном лечении катаракты, в частности методом фактоэмульсификации. Представленный опыт должен быть учтен руководителями органов управления здравоохранения и обязательного медицинского страхования при дальнейшем планировании медицинской помощи для пациентов, проживающих в сельской местности, в целях удовлетворения все возрастающей их потребности в медицинской помощи данного профиля. При этом особое внимание требуется уделять контролю наиболее важного маркера доступности предоставления медицинских услуг - сроку их ожидания пациентами.

¹ Петрова И.А., Махотин А.Е. Обеспечение доступности офтальмологической помощи в медицинских организациях различных форм собственности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 5. С. 50-53.

² Максимова Т.М. Современные проблемы и перспективные оценки здоровья населения как основа реформирования здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 5. С. 9-15; Фахрутдинова Е.В. Здоровье как фактор повышения качества жизни в Республике Татарстан: региональный аспект // Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2009. Т. 4, № 1. С. 39-46; Рыбкин Л.И., Ягудин Р.Х., Сибгатуллина А.Ф. Медико-демографическая ситуация и здоровье сельского населения Республики Татарстан в первом десятилетии XXI века // Практическая медицина. 2011. № 7 (55). С. 108-113; Ягудин Р.Х., Рыбкин Л.И. Демография и основные показатели здоровья сельского населения Республики Татарстан // Сборники конференций НИЦ “Социосфера”. 2012. № 18. С. 21-34.

³ Максимова Т.М. Указ. соч.

⁴ Тультемиров А.У. Различные методы ультразвуковой фактоэмульсификации // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2015. № 2 (2). С. 112-115.

⁵ Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ // Российская газета. 2010. № 274.

Поступила в редакцию 02.08.2016 г.