

## В ВОПРОСАХ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕТ МЕЛОЧЕЙ

МИНИСТР  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
Салидат Зекеновна  
Каирбекова



В настоящее время здравоохранение Республики Казахстан переживает период больших перемен. С января 2010 года началась реализация Единой национальной системы здравоохранения, коренным образом изменившей прежние подходы к оказанию медицинской помощи. Декларируемые другими странами принципы свободного выбора врача или оплаты медицинской услуги за счет бюджетных средств по факту ее оказания в Казахстане становятся реальностью. Возросшая конкуренция среди медучреждений вынуждает их более ответственно подходить к соблюдению стандартов и качеству оказания медицинской помощи, а государственные контрольные органы – более детально контролировать этот процесс.

Основные цели Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) – предоставить пациентам возможность свободного выбора врача и медицинской организации, а оплату пролеченного случая производить по фактическим затратам на основе внедрения медико-экономических протоколов. Это позволит сформировать конкурентную среду оказания медицинских услуг, сделать их максимально прозрачными и эффективно использовать бюджетные средства за счет уменьшения объемов дорогостоящей стационарной помощи.

Принципиальная новизна системы состоит в том, что с 1 января 2010 года Казахстан перешел от деклараций к реальному исполнению этих принципов на территории всей республики. Это потребовало некоторых изменений

в структуре министерства здравоохранения. В частности, созданы Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности и Комитет оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, имеющие свои департаменты в регионах. Из республиканского бюджета оплачивается медицинская стационарная помощь за исключением психиатрии, фтизиатрии и инфекционных болезней, которые, как и первичная медико-санитарная помощь, финансируются и администрируются акиматами – местными органами самоуправления. Удельный вес стационарной помощи составляет около 65%. Принципиально важно было обеспечить эту часть финансирования, поэтому в прошлом году утверждена новая бюджетная программа, по которой идет финансирование учреждений, часть которого поднята на республиканский уровень. Сейчас оплату услуг стационарной (стационаро-замещающей) помощи осуществляет единый плательщик гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) в лице территориальных департаментов Комитета оплаты медицинских услуг за счет средств республиканского бюджета аккредитованным поставщикам медицинских услуг независимо от места жительства пролеченных больных. Тем самым реализуется принцип «деньги следуют за пациентом».

Право на получение государственного заказа имеют все медицинские учреждения, прошедшие государственную аккредитацию и подтвердившие свое соответствие национальным стандартам качества (наличие специалистов, перечень оборудования, соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и др.). Аккредитация в республике носит добровольный характер. В 2009 году из 1404 заявлений, поданных от организаций здравоохранения на прохождение аккредитации, 8 аккредитованы сроком на 3 года и 1328 – на 1 год. Мы считаем, что ни одно звено отрасли не должно быть монополизировано. Теперь для стационарного лечения пациенты имеют право выбрать в рамках гарантированного объема медицинской помощи любую аккредитованную государственную или частную медицинскую

организацию в соответствии с профилем ее деятельности, заключившую договор на оказание ГОБМП с территориальным департаментом Комитета оплаты медицинских услуг Министерства здравоохранения, в любом регионе Казахстана, а не только по месту проживания.

Единая национальная система здравоохранения построена таким образом, чтобы стремиться к максимальной прозрачности в оказании медицинских услуг. В республике внедрена в практику электронная информационная система, включающая детализированный перечень услуг, оказываемых при каждом конкретном заболевании, их последующую экспертизу, а затем оплату. Она открыта, подконтрольна и исключает любые элементы коррупции.

Все манипуляции с пациентом врач заносит в компьютер, причем каждая манипуляция имеет свой код. Затем идет машинная обработка данных, после чего компьютер выдает общую стоимость операции. Машина проверяет все истории болезни. Так, в прошлом году было 2,8 млн. пролеченных случаев. И если сумма уложилась в отведенный «коридор», производится оплата, причем каждый случай заболевания финансируется по фактическим затратам. Если же сумма выходит за пределы установленного тарифа ( $\pm 10\%$ ), эксперт проверяет, на самом ли деле все это сделано, насколько оправданы назначения тех или иных дорогостоящих лекарственных средств или аппаратные исследования.

Центральный аппарат Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности насчитывает 37 человек. Кроме того, комитет имеет 16 региональных департаментов: в 14 областных центрах, Астане и Алматы. Общая штатная численность – 310 человек, среди которых квалифицированные врачи и фармацевтические работники. Так же активно работает институт внештатных экспертов, которые привлекаются к работе в особо сложных случаях. Они независимы в отношении денег, им все равно, будут компенсированы больнице понесенные затраты или нет. Главное для них – установить истину, отчего наступило осложнение или летальный исход и можно ли было это предотвратить. Коррупционная связь с клиникой также исключается, потому что эксперт зачастую не знает, в какой больнице лечился пациент. Таким образом, любое грубое отступление от стандарта не остается без внимания.

В республике имеется немало законодательно регламентированных мер реагирования: экономические санкции, административное наказание, даже уголовная ответственность при доказанной вине клиники или врача. И хотя время жестких экономических санкций пока не наступило, инструмент штрафных санкций уже работает. Потребовалось некоторое время, чтобы доктора разобрались, что такое протоколы. Конечно, не обошлось без нарушений. Например, есть три протокола, где используется кесарево сечение: обычное кесарево сечение, кесарево сечение при какой-то акушерской патологии и кесарево сечение при преждевременной отслойке плаценты. Сто-

ят они 62, 80 и 120 тыс. тенге соответственно. Но поскольку многие хотят заработать, чаще всего стали использовать третий протокол. После проверки оказалось, что преждевременная отслойка плаценты была всего лишь в 1% случаев. Именно эти случаи мы и оплатили. Остальные затраты понесли сами клиники. Эти экономические санкции оказываются очень действенными. Главные врачи сейчас думают, как реально заработать деньги, не нарушая порядок, задают вопросы по существу. Например, не хватает каких-то протоколов или, наоборот, есть смысл объединить два похожих протокола, потому что их обилие тоже порождает нарушения и даже злоупотребления.

Каждая аккредитованная клиника, оказывающая медицинские услуги по ЕНСЗ, а их в стране около 1 тыс., заключает соответствующий договор с территориальным департаментом Комитета оплаты медицинских услуг. Договором предусмотрено, что в случае серьезных осложнений или летальных исходов, которые можно было предупредить, деньги не возмещаются. Начиная с января 2011 года около 3 млрд. тенге по разного рода случаям уже возмещено в бюджет. Это достаточно солидные деньги. Такого рода экономические санкции за некачественное лечение, заложенные в договоре, отрезвляют больше, чем административное наказание.

Надо сказать, что реформа любой отрасли – процесс довольно болезненный. В 2010 году, когда концепция и суть Единой национальной системы здравоохранения разрабатывались и доводились до медицинской общественности, находилось немало скептиков. В первую очередь говорили о рисках: о том, что будет недостаточно денег, что все жители села поедут лечиться в Астану и Алматы и из-за нехватки пациентов сельские клиники рухнут. Что же получилось на самом деле? Анализ финансовой ситуации первого полугодия показал не дефицит, а профицит. Оказывается, население так много не болеет. Внедренная электронная система исключила приписки. Ранее в клиниках лежали с головной болью, изжогой – 2,8 млн. госпитализаций в 2009 году. В план этого года поставлено чуть ниже 2 млн., и оказалось, что этого более чем достаточно. Профицит составил порядка 4 млрд. тенге, на конец года экономия будет еще больше. Что же касается перетока пациентов, то нужно учитывать: многим людям важно лечиться недалеко от родного дома, где их будут навещать родственники.

Наши меры могут показаться довольно жесткими – клиникам еще только предстоит научиться самим зарабатывать деньги и отвечать за качество своей работы. Но всем известно, что путь в тысячу миль начинается с первого шага. В середине августа 2010 года Правительство Республики Казахстан утвердило государственную программу развития здравоохранения на 2011–2015 годы «Саламатты Казакстан», что означает «Здоровый Казахстан». Эта программа ставит перед отраслью еще более амбициозные задачи. И нет сомнения, что они будут выполнены.