

Опыт организации службы врача общей практики позволяет сделать вывод о необходимости продолжения работы в этом направлении с учетом медико-демографических и социальных особенностей населения района, в котором создается офис, структуры лечебно-профилактических учреждений, в составе которых будут работать общепрактикующие врачи. Особое значение в решении этого вопроса мы придаем положительному общественному мнению о переходе на посемейное обслуживание, а также мнению практикующих врачей (особенно в сельских районах), определенная часть которых хотела бы работать в новом качестве - "врач общей практики".

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Боярский А.П., Чернова Т.В., Отношение екатеринбуржцев к посемейному обслуживанию/ Проблемы Большого Екатеринбурга: Сб. науч. трудов. Екатеринбург, 1992. С.106-108.
2. Боярский А.П., Чернова Т.В. Общественное мнение о состоянии индивидуального здоровья и качестве медицинской помощи // Здравоохранение Рос. Федерации. 1993. №7. С.5-7.
3. Боярский А.П., Чернова Т.В. Семейный врач: мнение участковых терапевтов// Здравоохранение Рос. Федерации. 1993. №3. С.8-9
4. Дальнейшее развитие первичной медико-социальной помощи в России: Материалы 2-й научно-практической конференции 30-31 мая 1995 года. Москва, 1995. С.26.

УДК 614.255.5(470)

С.Л. Леонтьев, А.П. Боярский, В.А. Беллавин

ОБ ИДЕОЛОГИИ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАНДАРТА И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕДИКО - СТРАХОВОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
Свердловский областной фонд социального страхования

При принятии в 1991 - 1993 году пакета законодательных актов Верховным Советом и Правительством Российской Федерации встал вопрос о модели финансирования медицинских учреждений из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) [1-5].

На территории Свердловской области принята модель финансирования за факт реализации медицинской услуги (законченный случай лечения) по единым тарифам [9].

Под медицинской услугой понимается набор лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для установления своевременного и достоверного диагноза, а также для достижения критериев качества за оптимальные сроки лечения при наименьших затратах.

В период 1992 - 1993 г. под руководством Департамента здравоохранения Свердловской области были созданы медико-экономические стандарты (МЭС) для законченных случаев лечения в стационаре. Структурно МЭС состоит из медико-технологического стандарта (МТС) и тарифа. В свою очередь МТС состоит из набора диагностических, лечебных мероприятий, критериев качества и срока лечения, за который они должны быть достигнуты [8].

К созданию МТСов были привлечены специалисты научных медицинских центров (Уральской медицинской академии, НИИ) и практические врачи. Не подвергая сомнению профессионализм разработчиков,

МТСы стационарной помощи были созданы без учета экономической (страховой) идеологии, без учета ограниченности финансовых средств и несут в себе ряд недостатков.

Набор диагностических мероприятий настолько обширен, что по утверждению руководителей медицинских учреждений лабораторно-диагностические службы с введением системы ОМС работают с повышенной нагрузкой (2-х кратной и более).

То же самое относится и к набору лечебных мероприятий, что часто подталкивает врача на полипрогмазию.

Что же касается критериев достижения качества, основной характеристики результата лечения, то они неконкретны и субъективны.

Все это затрудняет взаимоотношение лечащего врача и эксперта СМО, не говоря уж о том, что не идет на пользу больному и не улучшает экономического положения медицинского учреждения.

По поводу сроков лечения можно сказать, что они оторваны от реально сложившихся сроков лечения на территории Свердловской области. В большинстве МТСов они просто завышены, а в ряде случаев включают в себя амбулаторно-поликлинический этап, финансирующийся отдельно.

В результате такого содержания МТСов в адрес Территориального фонда обязательного медицинского страхования (пользователя МЭ-Сов, а не разработчика) раздаются критические замечания. Тариф, МЭСа не покрывает реальных затрат медицинского учреждения, что и не предусматривается Законом и Территориальной программой Свердловской области [1,2,3,5], сковывает инициативу и творчество лечащего врача и не учитывает индивидуальных особенностей пациента и течение заболевания, а также вызывает повышенную требовательность экспертов СМО к выполнению объемов, предусмотренных МТСом, что опять-таки не улучшает уровень взаимоотношений лечащего врача и эксперта СМО, который должен быть направлен на интересы больного.

Так для каких же целей служит МЭС?

1. Это определение стоимости (тарифа) выполненных медицинских услуг.

2. Функция справочно-информационной системы (описание утвержденных технологий) для лечащего врача, что особенно актуально для медицинских учреждений, удаленных от научно-практической базы областного центра.

3. Возможность максимально объективно оценивать экспертами СМО, объемы и уровень качества оказанных медицинских услуг застрахованным.

Одним из основных принципов обязательного медицинского страхования является гарантирование гражданам общедоступности и равенства при оказании медицинской помощи [1,6,10]. Следовательно, встает вопрос, какой объем медицинских услуг может гарантировать система ОМС при ограниченности средств (3,6% от фонда заработной платы при том, что в развитых странах с действующим давно обязательным медицинским страхованием - от 8 до 13% от прибыли или валового национального дохода)? При таком ограниченном финансировании система ОМС может гарантировать только обязательный минимум объемов лечебно-диагностических мероприятий.

Нельзя не учитывать и то, что по данным ВОЗ более 70% случаев лечения заболеваний укладываются в стандарт.

Рассмотрим это на примере острой очаговой пневмонии (примеры можно взять из любых нозологических групп). Для установления диагноза пневмонии достаточны: один общий анализ крови, анализ мокроты для выбора антибактериальной терапии и одно R-логическое

исследование легких. Другие исследования: общий анализ мочи, биохимия крови, ЭКГ-мма, серологические пробы, иммунология и т.д. не требуются для установления диагноза, а необходимы или в плане выполнения приказов Минздравмедпрома РФ (действующих приказов Минздрава СССР), или в связи с возрастными особенностями больного, или особенностями течения заболевания и должны числиться в разделе "по показаниям".

То же самое касается объемов лечения - в обязательном порядке верифицированный антибактериальный препарат и физиотерапевтическое лечение. Остальные методы лечения как необязательные для большинства больных, но необходимые в ряде случаев - "по показаниям".

При определении обязательного минимума необходимо учитывать уровень полученной медицинским учреждением лицензии. При увеличении возможностей лечебно - диагностической базы расширяется и обязательный минимум.

Невыполнение лечебно - диагностических мероприятий из обязательного минимума возможно только в случае непереносимости больным тех или иных препаратов и противопоказаний к лечебно-диагностическим манипуляциям, связанных с возрастом больного или наличием сопутствующей патологии, что в обязательном порядке должно быть отражено в истории болезни.

Критерии качества - наиболее сложный раздел МТСа и он требует отдельного разговора и глубоких разработок.

Критерии качества, на наш взгляд, должны максимально объективно отражать результаты лечения. Недопустимо использовать в формулировках критериев качества термин "улучшение" тех или иных показателей. За улучшением всегда стоит его объективное выражение, пусть при определенном разбросе, но тем не менее в определенных рамках, при достижении которых каждый врач определяет сроки выписки больного или при недостижении принимает решение об изменении тактики ведения больного. Например, в действующем МЭСе острого неосложненного инфаркта миокарда критериями качества при 28 дневном лечении являются: снятие болевого синдрома (должен быть снят в первые сутки), стабилизация гемодинамики, положительная динамика ЭКГ (динамика ЭКГ-кой картины развития инфаркта миокарда развивается в течение 7-10 дней и в таком виде ЭКГ может быть стабильно 1/2 года, год и более), нормализация показателей крови (нормализуется в течение 3-7 дней), а вот как больной выйдет из стационара, т.е. способен ли он приступить к работе, выйдет на инвалидность или будет вынесен из стационара на носилках - ни слова. На наш взгляд, необходимыми критериями качества в данном примере должны быть результаты нагрузочных проб (для уровня больниц 3-4 уровня: пешеходные или велоэргометрические) и оценка фракции выброса левого желудочка для стационаров 5-го уровня.

Проще всего обстоит дело с определением сроков лечения больного, за который возможно достижение критериев качества лечения. Существует многолетняя медицинская статистика, в том числе и по срокам заболеваний, которую и следует взять за основу. Нами предлагается взять статистические данные за 1992-1993 г.г., т. е. период до введения системы ОМС. Такое структурное построение МТСа позволяет более точно определить тариф на каждую нозологическую форму. По нашему мнению, существуют два варианта формирования тарифа.

При первом - определение стоимости каждого компонента МТСа по рубрике обязательного минимума, к нему добавляется усредненная стоимость медицинских услуг "по показаниям" в зависимости от частоты их назначения [7].

Второй вариант - определение стоимости каждой медицинской услуги по рубрике обязательный минимум и их сумма есть тариф МЭСа, а при расчете с медицинским учреждением по тарифу МЭСа добавляется стоимость медицинской услуги, выполненной (обоснованно) сверх тарифа МЭСа.

Первый вариант более простой для расчетов с медицинскими учреждениями за законченный случай лечения, но не отражает понесенных реальных затрат медицинских учреждений. При втором варианте этого недостатка нет, но он более трудоемкий и требует учета выполненных медицинских услуг.

Важным моментом является то, что такое построение МТСа становится хорошей информационно-справочной системой, требующей выполнения полного объема медицинских услуг по обязательному минимуму, а дальше - это и получение информации о других методах обследования, лечения, и творчество, и возможность учитывать все особенности течения заболевания и его осложнений.

Не менее важным является значение МЭСа для оценки объемов и качества оказанных медицинских услуг застрахованному: не будет двоякого толкования, что больному нужно или не нужно - обязательный минимум должен быть выполнен, а перевыполнение "по показаниям" должно быть аргументировано в истории болезни.

Объективные критерии качества позволяют снизить остроту споров на тему: достигнуты они или нет, даже если они достигнуты меньшие сроки лечения, предусмотренные МЭСом.

Таким образом реализуется право застрахованных на получение общедоступных и равных медицинских услуг, стоимость МЭСа в большей степени будет покрывать реальные затраты медицинского учреждения, улучшится качество проводимой экспертизы и уменьшится доля конфликтных ситуаций между лечащим врачом и экспертом СМО.

#### ВЫВОДЫ

1. Медико-экономический стандарт стационарной помощи является основным инструментом определения стоимости медицинской услуги и оценки выполнения объемов и качества медицинских услуг, оказанных застрахованному в стационаре, в системе обязательного медицинского страхования.

2. Медико-экономический стандарт является необходимым справочником в системе ОМС для врачей стационаров любого уровня.

3. От правильного построения медико-технологического стандарта во многом зависит функционирование системы ОМС в целом и уровень взаимоотношений лечащего врача и эксперта СМО в частности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Российской Федеративной Социалистической республики "О медицинском страховании граждан в РСФСР". 1991г.

2. Закон Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". 1993г.

3. Постановление Верховного Совета РСФСР "О порядке введения в действие Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан Российской Федерации". 1993г.

4. Положение о территориальном Фонде обязательного медицинского страхования, утвержденное постановлением Верховного Совета Российской Федерации. 1993.

5. Постановление Правительства Свердловской области "О введении системы обязательного медицинского страхования на территории Свердловской области" от 30.12.93. за N 334.

6. Медицина и права человека. М.:Прогресс-Интер, 1992.

7. Клиническая геронтология "Вопросы стандартизации медицинских услуг". 1995. № 2. С. 53.
8. Сборник Медико-экономических стандартов Свердловской области. Екатеринбург, 1993. С. 35.
9. Тарифное соглашение "Базовые тарифы на медицинские услуги здравоохранения Свердловской области". 1993 и 1995 г.г.
10. Medicare. A.Stragery for Quality assurance. NAP Washington D.C., 1990. Vol.1.

### **ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ**

УДК 616.1:612.018.2

А.Н.Андреев, В.Л.Дунай, Н.В.Изможерова, Г.Б.Колотова,  
А.А.Попов, Л.А.Соколова

ГЕЛИЙ-НЕОНОВОЕ ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КРОВИ В КЛИНИКЕ  
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ  
Кафедра внутренних болезней № 2

При определенных успехах в последние десятилетия патогенетически обоснованных программ медикаментозного воздействия на течение заболеваний внутренних органов в ряде случаев не наблюдается ожидаемого эффекта. Более того, пролонгированная терапия с течением времени способна оказывать негативное влияние на некоторые параметры гомеостаза организма. Не случайно в периодической печати все чаще и чаще появляются статьи с критической оценкой отдельных фармакологических средств, подрывающие их престиж. В соответствии с этим значительно возрос интерес к поиску путей немедикаментозной коррекции заболеваний в практике врача-терапевта, особенно рефрактерных к общепринятым методам лечения. Поэтому, не умаляя значения и возможности фармакологических средств и, в то же время, не создавая им определенного альтернативного заслона, в клиниках внутренней патологии получил широкое распространение метод гелий-неонового лазерного облучения (ГНЛ).

На основании большого числа наблюдений высказывается мысль о множественности точек приложения действия ГНЛ, в частности, отмечается улучшение микроциркуляции крови и лимфы [5], уменьшается склонность к тромбообразованию [5], оказывается модулирующее влияние на процессы иммунитета [6]. Наряду с этим было установлено, что ГНЛ-облучение способно оказывать амбивалентное действие на перекисное окисление липидов (ПОЛ) в зависимости от уровня биологической антиоксидантной защиты больного [1].

Эффективность ГНЛ-облучения была изучена нами на контингентах больных нефрологического, ревматологического и кардиологического отделений центральной городской больницы № 6 г. Екатеринбурга.

Клиническим наблюдением было охвачено 185 пациентов, из них 16 - с хроническим гломерулонефритом (ХГН), 60 - ревматоидным артритом (РА, 35 - деформирующим остеоартрозом (ДОА) и 74 - вегетативно-дизовтриальной дистрофией миокарда (ДМ) в сочетании с полиостеоартрозом (ПОА). Группа больных ХГН с нефротическим синдромом и симптоматической артериальной гипертензией была представлена 9 мужчинами и 7 женщинами в возрасте от 19 до 57 лет ( $39,2 \pm 2,1$  года).