

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ФИНАНСИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Остроумова Л.А.

Постановлением главы администрации Тюменской области от 15.12.2004 №175-ПК «О территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Тюменской области в 2005 г.» служба скорой медицинской помощи была включена в систему финансирования обязательного медицинского страхования (ОМС). На этот момент только Самарская область имела такой опыт.

После тщательного изучения опыта Самарской области была разработана схема взаимодействия учреждений и подразделений скорой медицинской помощи со страховыми медицинскими организациями. Существовавшая в то время федеральная нормативная база позволила включить скорую медицинскую помощь дополнительно в базовую программу, что снизило социальные риски и позволило экстренной службе достаточно безболезненно изменить порядок финансового обеспечения, практически не меняя технологии работы.

Новая история деятельности скорой медицинской помощи в системе ОМС началась в 2013 г., когда вступила в силу ст.51 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

На территории Тюменской области развернуто 2 самостоятельные станции скорой медицинской помощи и 22 отделения в составе областных больниц, расположенных в административных центрах муниципальных образований. Государственное бюджетное учреждение «Станция скорой медицинской помощи» г. Тюмени является крупным многопрофильным учреждением, оказывающим скорую, в том числе специализированную, медицинскую помощь населению г. Тюмени и Тюменского района. Численность прикрепленного населения составляет в среднем половину всего населения Тюменской области. Особенности деятельности этого учреждения связаны с оказанием скорой медицинской помощи как городскому, так и сельскому населению на территории с радиусом более 60 км. Уникальный характер его деятельности позволяет использовать его в качестве модели для отработки технологий деятельности скорой медицинской помощи в условиях ОМС, которые

могут быть тиражированы как для крупных населенных пунктов с высокой плотностью населения, так и для сельских территорий с низкой плотностью населения.

Особенности нормативной базы.

Статьей 35 Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» предусмотрено бесплатное оказание скорой медицинской помощи гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Сама норма неоднозначна, поскольку в реальной практике скорая медицинская помощь оказывается всем, обратившимся за скорой медицинской помощью на территории прикрепления учреждения независимо от наличия российского гражданства.

В соответствии с программой государственных гарантий, утвержденной Постановлением Правительства Тюменской области от 24 декабря 2013 г. N 566-п "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь медицинскими организациями государственной системы здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья, в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий). Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий

по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

В ст. 83 Федерального закона №323-ФЗ определены источники финансового обеспечения скорой медицинской помощи:

- средства обязательного медицинского страхования;
- бюджетные ассигнования бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемые на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования).

Известно, что основным документом, удостоверяющим право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи, в системе обязательного медицинского страхования является полис. Однако в соответствии со статьей 16 Федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Приказом Минздравсоцразвития от 02.12.2009 г. № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи утверждена первичная медицинская документация (карта вызова скорой медицинской помощи (ф.110/у) с инструкцией по ее заполнению. Ф.110-у является источником формирования реестров для оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Утвержденная форма не содержит необходимой информации для подготовки реестра, в частности, информации о дате рождения, адресе регистрации, реквизитах полиса обязательного медицинского страхования, что затрудняет идентификацию пациента в системе ОМС.

При планировании программы государственных гарантий бесплатного оказания скорой медицинской помощи в части источников финансового обеспечения следует учитывать такую специфику работы службы скорой медицинской помощи как искажение информации о паспортных данных пациента из-за записи их со слов по телефону, либо бригадой «со слов» при отсутствии документов, либо в случае, когда

тяжесть состояния пациента не позволяет установить с ним речевой контакт, либо пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и т.д. Удельный вес пациентов, не идентифицированных в системе обязательного медицинского страхования, зависит от уровня миграции населения на прикрепленной территории и может различаться даже в пределах одного субъекта РФ. По территории Тюменской области по данным станции скорой медицинской помощи г. Тюмени удельный вес пациентов, не идентифицированных в системе ОМС, колеблется на уровне 22-25%. Также следует учитывать наличие вызовов без контакта с пациентом (безрезультатных), необходимость обеспечивать дежурства на массовых мероприятиях, работу в условиях чрезвычайной ситуации и т.п. Из-за этих особенностей финансовое обеспечение учреждений и структурных подразделений скорой медицинской помощи за счет средств бюджета должно быть дифференцированным и восполнять использованные учреждением ресурсы в части, не подлежащей оплате за счет обязательного медицинского страхования.

Тарифная политика и финансирование скорой медицинской помощи.

Тарифное соглашение на оплату медицинских услуг и реализацию мероприятий по программе обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области, действующее с 01.01.2014 года предусматривает в части скорой медицинской помощи несколько способов оплаты: подушевой норматив финансирования, вызов с проведением системного тромболизиса на догоспитальном этапе, вызов скорой медицинской помощи.

Подушевой норматив финансирования – сумма финансирования, определяемая исходя из среднедушевого тарифа и количества обслуживаемого населения.

Вызов с проведением системного тромболизиса на догоспитальном этапе – проведение системного тромболизиса на догоспитальном этапе, включающее комплекс диагностических, лечебных и организационных мероприятий, осуществленных бригадой скорой помощи на вызове с использованием сложных, уникальных и/или ресурсоемких медицинских технологий (с учетом стоимости расходного материала и медикаментов).

Вызов скорой медицинской помощи – оказание медицинской помощи медицинским персоналом станций и отделений скорой медицинской помощи при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, вне медицинской организации

(по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), используется для оплаты застрахованных в других субъектах при межтерриториальных расчетах.

С 2005 по 2013 г. основным источником доходов учреждений скорой медицинской помощи являлись средства ОМС по всем статьям бюджетной классификации, кроме финансируемых из бюджета – 91%. По 1% приходилось на региональный (муниципальный бюджет) и доходы от приносящей доход деятельности, еще 7% - на федеральный бюджет. В связи с изменением структуры тарифов с 01.01.2014 г. структура доходов изменилась: субсидии из бюджета на текущее содержание не предполагаются.

Тариф на оплату скорой медицинской помощи включает в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Тарифы на оказание скорой медицинской помощи дифференцированы в зависимости от организационно-правового статуса и не зависят от мощности учреждения скорой медицинской помощи (таблица).

Таблица
Тарифы на оказание скорой медицинской помощи в 2014 г.

Наименование	Мероприятия, оказываемые в рамках базовой программы ОМС		Мероприятия, превышающие базовую программу ОМС
	Скорая медицинская помощь		
	в отделениях	на станциях	Скорая специализированная санитарно-авиационная медицинская помощь
Подушевой норматив за одного жителя на территории обслуживания, рублей	183,65	376,44	33,26
Вызов скорой медицинской помощи	1 927,06	1 927,06	-
Вызов с проведением системного тромболизиса на догоспитальном этапе	-	72 345,00	-

Количество жителей на территории обслуживания определяется заказом (заданием) на выполнение части территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам на территории Тюменской области бесплатной медицинской помощи в 2014 году. Нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Территориальной программой, и составляют для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2014–2016 годы в рамках базовой программы ОМС 0,330 вызова на 1 застрахованное лицо. Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи Территориальной программы на 2014 год составляют на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС – 1927,06 рубля;

Расходы медицинских организаций, обусловленные не оговоренным в рамках соответствующего заказа (задания) ростом объемов медицинской помощи, не являются обязательством системы ОМС и бюджетов всех уровней.

Не подлежат оплате за счет средств ОМС дежурства бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других). За счет межбюджетных трансфертов областного бюджета структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы: на приобретение мебели, в том числе медицинской, кухонной мебели, на приобретение бытовых кондиционеров, холодильников, электрообогревательных приборов, приборов для приготовления пищи, стиральных машин, изделий текстильных швейных (шторы, тюль), жалюзи и другие предметы хозяйственного назначения.

Рост доходов, по данным станции скорой медицинской помощи г. Тюмени, опережал темп прироста подушевого тарифа. Динамика прироста подушевого тарифа в 2013 г. в сравнении с 2005 г. составила 40%, в то время как прирост доходов учреждения за этот же период составил 165%. Опережающими темпами за годы работы в ОМС росла заработная плата работников, прирост которой составил 264% (рисунок 1).

Опережающий рост заработной платы в 2005-2009 гг. был вызван в первую очередь возможностью управления ресурсами. Разработанный и реализованный план по снижению внутренних издержек позволил направить сэкономленные средства на фонд оплаты труда. Начиная с 2012 г. рост заработной платы обусловлен в первую очередь целенаправленной политикой государства на повышение заработной платы медицинских работников.

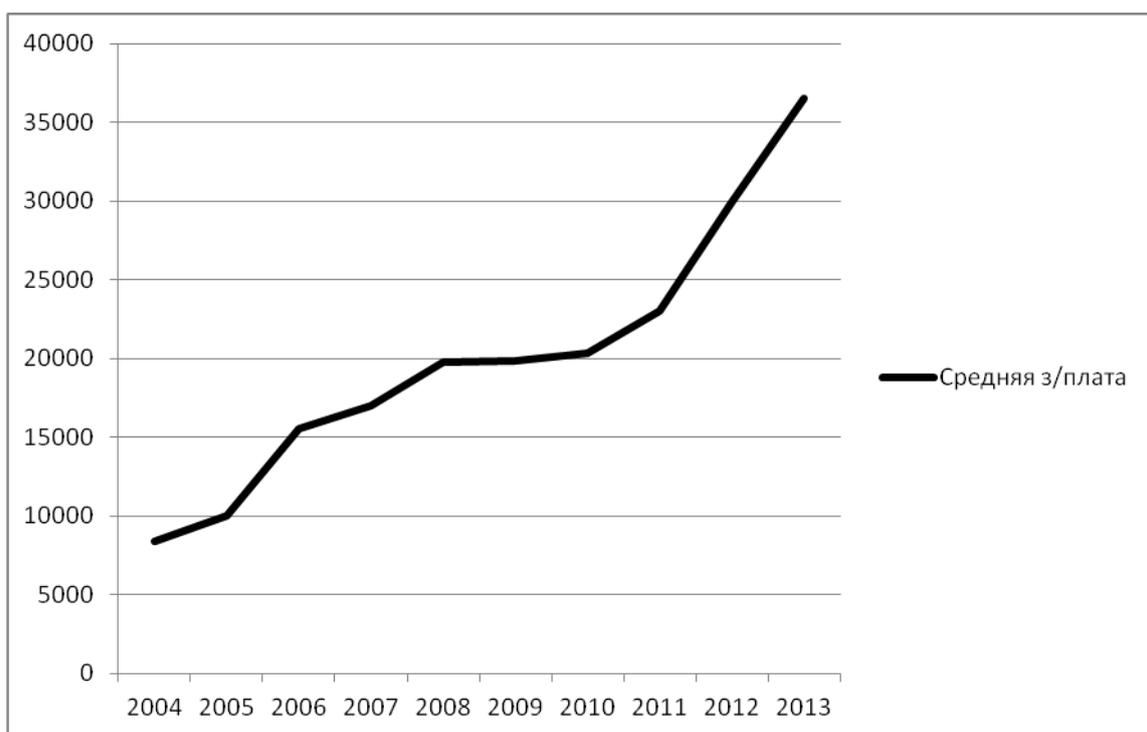


Рис.1 Динамика средней заработной платы персонала станции скорой медицинской помощи г. Тюмени в 2004-2012 гг.

Управление ресурсами в условиях ОМС.

Благополучие медицинской организации при финансировании деятельности из средств ОМС зависит от сбалансированности доходов и расходов. Поскольку возможности управления ценами на медицинские услуги не зависят от лечебного учреждения и определяются тарифной политикой ТФОМС, приоритетной является задача управления внутренними издержками. Этот посыл особенно актуален для

скорой медицинской помощи, поскольку нормирование и управление ресурсами напрямую зависит от временных факторов: заказом-заданием на выполнение части территориальной программы государственных гарантий для организаций скорой медицинской помощи утверждено количество прикрепленного населения и плановое количество вызовов, а программами развития здравоохранения в России и Тюменской области заложен индикативный показатель времени доезда до пациента в течение 20 мин., который прогрессивно должен увеличиться с 83% в 2013 г. до 90% к 2020 г. Не обсуждая целесообразность критерия применительно ко всем вызовам скорой медицинской помощи (50% вызовов не представляют угрозы для жизни или высокого непрогнозируемого риска развития такого события и не требуют реагирования в течение установленного индикатором времени), заметим, что указанный критерий в значительной мере обусловлен обстоятельствами, на которые учреждение может влиять только наращиванием ресурсов, а именно, разворачивая дополнительные бригады. К таким факторам относятся состояние дорог и напряженность дорожного трафика, нормативная неурегулированность порядка обращения населения за скорой медицинской помощью, отсутствие санкций за необоснованный вызов скорой медицинской помощи и, наконец, доступность первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, рост потока обращений за скорой медицинской помощью обусловлен ростом числа граждан, не застрахованных в ОМС (граждане других государств, граждане, не подлежащие страхованию в системе ОМС и т.п.).

Поскольку расходы учреждения не могут превышать его доходы, необходим постоянный мониторинг и прогнозирование изменений условий деятельности и оптимизация расходов. Рост заработной платы может быть обеспечен только после выполнения обязательств перед поставщиками работ и услуг. Экономическое планирование заключается не только в том, чтобы обеспечить учреждению необходимый объем работ и услуг надлежащего качества по оптимальной цене, но и достижения планируемых результатов путем поиска решений по управлению затратами. Например, в 2007 г. учреждение потратило 1,5 млн. руб. на установку навигационных модулей, которые окупились в течение 4 месяцев за счет снижения расходов на топливо.

На рисунке 2 приведен алгоритм действий по сдерживанию расходов организации скорой медицинской помощи в условиях типичной ситуации для крупных городов –

роста обращаемости за скорой медицинской помощью при ухудшении дорожных условий. Очевидно, что планово-экономической службой должен проводиться постоянный анализ и мониторинг использования ресурсов и разрабатываться план совместных действий всех служб, направленный на оптимизацию расходов. Дополнительно заметим, что рост доходов за счет деятельности, приносящей доход, в условиях скорой медицинской помощи не может оказать существенного влияния на бюджет учреждения и по данным скорой медицинской помощи г.Тюмени составляет 1% в структуре доходов.



Рис. 2 Алгоритм управления внутренними издержками на примере контроля управляемых факторов

По данным ТФОМС Тюменской области в 2012 г. в структуре расходов станций и отделений скорой медицинской помощи 79% составляют расходы на заработную плату, горюче-смазочные материалы – 7-8%; лекарственные препараты и изделия медицинского назначения – 4%; приобретение услуг, включая услуги связи и услуги по содержанию имущества – 6-7%.

Порядок взаимодействия со страховыми медицинскими организациями и контроль качества скорой медицинской помощи.

Особенности нормативной базы, регулирующей деятельность организаций скорой медицинской помощи в системе ОМС, проблемы идентификации застрахованных определили порядок формирования реестров: учреждения скорой медицинской помощи представляют для идентификации в ТФОМС реестры, в которых имеются идентифицирующие данные на основании документов, либо со слов пациента

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер полиса при наличии). Формирование окончательно реестра осуществляется после идентификации пациента ТФОМС, определения его страховой принадлежности, программным способом. Формирование счетов для страховых медицинских организаций осуществляется на основании реестров.

Фактором, влияющим на взаимодействие со страховыми медицинскими организациями и являющимся основанием для страховых медицинских организаций в отказе в оплате, остается неоднозначное трактование ими кодов позиций в реестре, отсутствие согласованной позиции в заполнении полей реестра, отсутствие унифицированного программного обеспечения.

Экспертиза качества скорой медицинской помощи направлена на выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи. Она проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, стандартам и порядкам медицинской помощи.

Экспертиза качества скорой медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов и/или единый реестр экспертов по поручению страховой медицинской организации.

Экспертиза качества скорой медицинской помощи может быть целевой и плановой.

Основанием для проведения целевой экспертизы качества оказания скорой медицинской помощи, как правило, являются либо жалоба застрахованного или его представителя на доступность и качество скорой медицинской помощи, либо летальный исход при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Объем ежемесячных плановых экспертиз качества скорой медицинской помощи определяется графиком проверок и составляет не менее 1,5% от числа поданных на оплату случаев оказания скорой медицинской помощи. Для проведения плановой экспертизы отбор карт вызова производится либо методом случайной выборки, либо по тематически однородной совокупности случаев (например, все случаи оказания

скорой медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения).

Основной задачей эксперта является оценка соответствия стандартам и порядкам медицинской помощи, в том числе:

- полноты клинического обследования, диагностических манипуляций;
- правильности выбора тактики ведения больного;
- консультаций специалистов в случае необходимости, либо случаях прямо предусмотренных нормативными актами;
- обоснованности доставки на госпитализацию;
- объема медикаментозного лечения и его соответствия утвержденному табельному оснащению укладки выездной бригады скорой медицинской помощи.

По результатам экспертизы оформляется экспертное заключение, содержащее описание проведения и результаты экспертизы качества скорой медицинской помощи, на основании которого составляется акты установленной формы по результатам целевой и плановой экспертизы. Результаты экспертизы медицинской документации, проведенной специалистом-экспертом, должны содержать мотивированное заключение о выявленных дефектах при оказании скорой медицинской помощи и рекомендации по их устранению со ссылкой на нормативные документы.

Результаты экспертизы качества скорой медицинской помощи, оформленные соответствующим актом, являются основанием для уменьшения суммы оплаты счета, применения финансовых санкций, принятия мер по улучшению качества медицинской помощи.

Медицинская организация вправе рассматривать акт в течение 15 рабочих дней с момента его получения. Руководитель медицинской организации, получив результаты контроля, либо подписывает все экземпляры акта, заверяет печатью и направляет участникам ОМС, либо в случае несогласия с результатами контроля имеет право обжаловать их мотивированной претензией, направляемой в ТФОМС.

Тарифным соглашением на оплату медицинских услуг и реализацию мероприятий по программе обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области, действующим с 01.01.2014 по 31.12.2014, установлены обязательства учреждений скорой медицинской помощи, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание

медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, разработанные на основании рекомендаций ФФОМС, имеющие далеко не бесспорные критерии, как в плане обоснованности оценки деятельности, так и в плане соразмерности штрафных санкций.

Заключение

Переход службы скорой медицинской помощи в Тюменской области к работе в системе ОМС не повлиял негативно на состояние материально-технического и технологического обеспечения службы. Наиболее важным социально-значимым фактом следует признать обеспечение гарантий государства по оказанию бесплатной общедоступной скорой медицинской помощи. Введение вневедомственного контроля качества скорой медицинской помощи предполагает его повышение, хотя, очевидно, что только контролем с целью выявления дефектов повысить качество медицинской помощи невозможно. Несоразмерность и необоснованность штрафных санкций приводят к отсутствию мотивации медицинского персонала в плане повышения качества собственной работы. Разорвать этот порочный круг может только комплексная система мер по подготовке, переподготовке и повышению квалификации персонала, обеспечению своевременного внедрения передовых технологий и современного технологического оснащения, на что и должны быть направлены средства, изъятые страховыми компаниями в виде штрафных санкций.