



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

www.tfoms-chr.ru

Система обязательного медицинского страхования постоянно модернизируется, ориентируясь на потребности застрахованного гражданина. О последних нововведениях в системе ОМС страны, начиная с перехода на КСГ и заканчивая внедрением системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи в медицинских организациях, рассказала в интервью корреспонденту журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации Наталья Стадченко.

Наталья Стадченко: «Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики проходит успешно»

- Добрый день, Наталья Николаевна. Редакция журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» выражает Вам благодарность за то, что нашли время ответить на наши вопросы. Переходя непосредственно к ним, вначале я хотел бы поговорить с Вами об использовании в качестве метода оптимизации расходов на медицинскую помощь способа расчета оплаты по клинико-статистическим группам. Чеченская Республика вошла в число «пилотных» регионов, которые перешли на КСГ, расскажите о перспективах внедрения данного метода.

- Разработка первоначальной версии российской модели КСГ осуществлялась в течение 2012 года. Модель включала 187 клинико-статистических групп заболеваний и соответствующие им коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, при установлении тарифов на оплату специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара, и была направлена в субъекты Российской Федерации информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 14-6/10/2-5305 в составе рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

Информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года № 66-0/10/2-8405 «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы

обязательного медицинского страхования» направлена обновленная классификация клинико-статистических групп, также утвержденная приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 ноября 2013 года № 229. Данная классификация включает 201 КСГ, в том числе, в отличие от предыдущей версии, отдельные группы по онкологическому профилю, а также детские группы.

Работа по совершенствованию российской модели КСГ продолжается и в 2014 году – в частности, предлагается выделить дополнительные детские группы, а также группы по профилю хирургической онкологии, сепсису, ожогам. Соответствующая классификация групп будет подготовлена к началу 2015 года. Таким образом, для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, будет рекомендовано использовать доработанную классификацию клинико-статистических групп, общее количество которых в 2015 году составит 258.

- В европейских странах КСГ применяется довольно-таки давно. Учитывался ли при разработке российской модели КСГ зарубежный опыт?

- Разработка российской классификации КСГ, начиная с ее ранней версии, осуществлялась, в том числе, совместно со специалистами Всемирного банка – при этом учитывался передовой опыт других стран в вопросе перехода к оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп заболеваний. Следует отметить, что во всех странах внедрение КСГ начиналось с небольшого количества групп, не более 200. А затем осуществлялось развитие модели «от простого к сложному». Аналогично происходит и с российской моделью КСГ.

- А что дает переход на КСГ непосредственно медицинским работникам?

- Использование клинико-статистических групп при оплате стационарной медицинской помощи предполагает более полный учет различий в размере и структуре затрат при лечении соответствующих заболеваний, т.е., более ресурсоемкие случаи лечения, в том числе предполагающие использование дорогостоящих расходных материалов, оплачиваются по более высоким тарифам. Это позволяет обеспечить справедливое распределение ресурсов как между отдельными медицинскими организациями, так и между подразделениями внутри соответствующих организаций.

- Наталья Николаевна, по Вашему мнению, каких показателей с внедрением КСГ предполагается достичь в итоге?

- Использование клинико-статистических групп предполагает, в том числе, повышение интенсивности работы стационара – снижение средней длительности пребывания пациента на койке и соответствующее ему увеличение показателя работы койки. Вместе с тем, более полный учет реальных затрат на оказание соответствующей помощи способствует повышению доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи, в том числе доли оперативных вмешательств. Также внедрение КСГ создает условия для реализации трехуровневой системы оказания медицинской помощи, в соответствии с которой более тяжелые пациенты, лечение которых требует применения сложных медицинских технологий, должны получать медицинскую помощь на более высоком уровне. Наконец, статистическая информация, формируемая в рамках системы КСГ, может выступать основой для принятия управленческих решений при распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности как соответствующих подразделе-



ний медицинских организаций, так организаций в целом.

- Наталья Николаевна, далее я хотел бы поговорить на тему высокотехнологичной медицинской помощи. С 2014 года через системы ОМС начали оплачивать 459 методов ВМП. Предполагается, что уже с 2015 года через ОМС будет оплачиваться вся высокотехнологичная медицинская помощь. В связи с этим такой вопрос. Нормативы стоимости ВМП будут устанавливаться Федеральным центром или же каждый субъект сам будет определять стоимость того или иного вида ВМП?

- В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации разработан проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», позволяющий установить единый источник финансирования ВМП, начиная с 2015 года. Законопроект устанавливает механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи.

С целью реализации положений законопроекта подготовлен и проходит согласование проект постановления Правительства Российской Федерации об утверждении Порядка финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Предлагаемое решение позволит обеспечить равную доступность высокотехнологичной медицинской помощи для населения, проживающего в различных субъектах Российской Федерации,

и нивелировать риски перевода финансирования Федеральных государственных медицинских организаций в систему обязательного медицинского страхования.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25 августа 2014 года № 471 создана межведомственная рабочая группа по разработке методики формирования нормативных затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и подготовке предложений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов по нормативам финансовых затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Указанной рабочей группой утверждены на 2015 год нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по двум разделам перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, являющегося приложением к проекту Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов:

по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе, методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (перечень включает 30 групп высокотехнологичной медицинской помощи);

(Продолжение на стр. 9)

Наталья Стадченко: «Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики проходит успешно»

(Окончание. Начало на стр. 3)

по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего, в том числе, методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования медицинских организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти и включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации, и бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на софинансирование расходов обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (перечень включает 64 группы высокотехнологичной медицинской помощи).

При этом отнесение видов и методов высокотехнологичной медицинской помощи к группам осуществлено в соответствии с принципом отнесения к одной группе случаев одного профиля с одинаковым уровнем, а также структурой затрат на оказание медицинской помощи. Дифференциация стоимости высокотехнологичной медицинской помощи по группам, исходя из уровня и структуры затрат, позволит обеспечить справедливое возмещение реальных затрат на лечение пациентов. Также предусмотрена возможность корректировки нормативов в субъектах Российской Федерации с учетом коэффициентов дифференциации, установленных для каждой территории.

- С 2014 года экстракорпоральное оплодотворение также включено в систему обязательного медицинского страхования. Как Вы считаете, это отразилось на качестве предоставления данной услуги?

- С включением экстракорпорального оплодотворения в систему обязательного медицинского страхования, прежде всего, увеличилась доступность данного метода для населения. Кроме того, расширился перечень учреждений, которые оказывают данную услугу. Появилась возможность для частных медицинских организаций оказывать данный вид медицинской помощи населению за счет средств обязательного медицинского страхования. Все это создало условия для повышения качества за счет усиления конкуренции.

- Одним из последних нововведений является внедрение в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной им в рамках обязательного медицинского страхования. Расскажите об этом нововведении.

- Во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. № Пр-1788 о внедрении с 01 января 2015 года в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость, во всех субъектах Российской Федерации необходимо обеспечить проведение соответствующих мероприятий.

В целях реализации указанного поручения приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 июля 2014 года № 108 (в редакции приказа ФОМС от 22 августа 2014 года № 126) «О внедрении системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи» создана Рабочая группа по внедрению в медицинских организациях системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи.

В Рабочую группу входят представители 7 субъектов Российской Федерации, в которых в пилотном режиме осуществляется инфор-

мирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи с 01 сентября 2014 года. Это Брянская область, Краснодарский край, Московская область, Нижегородская область, Новгородская область, Республика Татарстан, Тульская область. Информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи началось с 01 сентября 2014 года в 320 медицинских организациях с последующим увеличением:

в сентябре до 377 (трехсот семидесяти семи) медицинских организаций;

с 01 октября 2014 года на 177 (сто семьдесят семь) медицинских организаций;

с 01 ноября 2014 года на 222 (двести двадцать две) медицинские организации;

с 01 декабря 2014 года на 395 (триста девяносто пять) медицинских организаций.

Всего медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте в 2014 году, составило 1171 медицинская организация.

С участием Рабочей группы были разработаны форма «Справки о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования» и «Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости, оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования». Разработанные по информированию документы были доведены до всех субъектов Российской Федерации.

По состоянию на 31 декабря 2014 года информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной в рамках программ обязательного медицинского страхования, будет функционировать в 63 субъектах Российской Федерации в 3 340 медицинских организациях.

С 01 января 2015 года информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи, оказанной в рамках программ обязательного медицинского страхования, будет функционировать во всех субъектах Российской Федерации.

- И последний вопрос, как Вы оцениваете деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики?

- Для того, чтобы дать объективную оценку работе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, необходимо учесть целый ряд факторов. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики – это фонд, созданный в тяжелых условиях, в которых находилась вся Чеченская Республика в начале 2000-х годов. Фонд начал свою деятельность тогда, когда здравоохранение Чеченской Республики, в принципе, собиралось по кусочкам, оставшимся после двух военных кампаний.

С 2011 года в обязательном медицинском страховании, как и во всем здравоохранении Российской Федерации, начались проводиться глубокие системные реформы, целью которых является обеспечение конституционных прав наших граждан на получение не только бесплатной, но и качественной медицинской помощи. Следует учесть еще то, что Территориальный фонд обязательного медицинского страхования – это не просто финансовое учреждение, это неотъемлемая часть весьма сложной системы здравоохранения. ТФОМС Чеченской Республики достойно справляется с возложенными на него задачами и реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики проходит успешно.

- Наталья Николаевна, спасибо Вам за интересную беседу и содержательные ответы.

В гостях у юриста

На вопросы читателей
отвечает

А.С. Кадыров, специалист
по найму МЗ ЧР,
заслуженный юрист ЧР



- Имеет ли медицинский работник право отказаться от дежурства?

- Из данного вопроса непонятно, идет ли речь о дежурствах в медицинских организациях, имеющих стационары, или о поликлиниках. Если заявитель работает в медицинской организации, имеющей стационар, то по своему статусу это организация с непрерывным режимом работы. Медицинская помощь в них должна оказываться в любое время суток, круглосуточно. Учитывая такую специфику, в обязанности работы врача стационара входит оказание медицинской помощи больным как в дневное, так и вечернее время, в воскресенье и праздничные дни, в соответствии с утвержденным графиком работы, т.е., осуществление дежурств.

Дежурства врача стационара в вечернее и ночное время, в воскресенье и праздничные дни, как правило, должны осуществляться в пределах месячной нормы рабочего времени или с согласия врача сверх нее. При привлечении к дополнительному (сверх месячной нормы рабочего времени) дежурствам врачей, вызванным замещением временно отсутствующего другого врача (из-за болезни, отпуска и другим причинам), вызванным производственной необходимостью, согласие врача в этом случае не требуется, если эти дополнительные дежурства не превышают месячной нормы рабочего времени.

Что касается вопроса привлечения врачей поликлиники к дежурствам, то при отсутствии в штатном расписании должностей врачей-дежурентов, по утвержденным главным врачом графикам, в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни к дежурствам могут быть привлечены врачи, работающие в данной поликлинике в качестве основного медицинского персонала. Однако при этом работодатель должен обеспечить безусловное выполнение всех требований законодательства, касающихся организации и оплаты труда работников в условиях, отклоняющихся от нормальных (в ночное время, в выходные и нерабочие праздничные дни).

Если вопрос идет о ночных дежурствах, то, в соответствии с п. 5 статьи 96 ТК РФ, не допускаются к работе в это время суток беременные женщины, женщины, имеющие детей, инвалиды и некоторые другие, которые вправе отказаться от этих дежурств в письменной форме.

- Положена ли врачу надбавка за непрерывный стаж?

- Законодательством предусмотрены надбавки к должностным окладам медицинских работников за непрерывный стаж работы. Так, в соответствии с Положением об отраслевой системе оплаты труда работников государственных бюджетных, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики, утвержденным постановлением Правительства

Чеченской Республики от 3.09.2013 года №222, в зависимости от места работы и специальности врачей предусмотрены надбавки к должностным окладам за непрерывный стаж. Например, врачам выездных бригад скорой медицинской помощи предусмотрены указанные надбавки в размере 30 процентов оклада (ставки) за первые три года и по 25 процентов за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80 процентов оклада. Надбавки, но в меньших размерах, предусмотрены и по другим врачебным специальностям.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что если при увольнении медицинского работника с места его прежней работы и трудоустройстве в иную медицинскую организацию прошло время более одного месяца, надбавки за непрерывный стаж не сохраняются.

- Положен ли врачу отпуск за выслугу?

- В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 6.06.2013г. №482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников» (с изменениями и дополнениями), врачам, участвующим в оказании психиатрической помощи, в зависимости от их специальности предоставляются ежегодные дополнительные отпуска сроком 14, 21 или 35 календарных дней. Врачам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, предоставляются дополнительные отпуска сроком 14 дней, врачу-физиаэтру, систематически выполняющему рентгенодиагностические исследования, - 21 день, врачам, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, а также работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека, предоставляются дополнительные отпуска сроком 14 календарных дней.

- Несет ли ЛПУ ответственность за медицинскую ошибку своего сотрудника?

- Согласно статьи 1081 ГК РФ, при удовлетворении судом исковых требований возмещение ущерба здоровью и компенсации материального вреда обращается на медицинскую организацию, в штате которой работает конкретный виновный врач, причинивший вред вследствие неисполнения трудовых (служебных) обязанностей. При этом у медицинской организации есть право регрессного (обратного) требования выплаченных сумм с этого врача. На организацию не может быть возложена обязанность по выплате взыскиваемых сумм, если врач, подлежащий ответственности, совершил преступление, не связанное с его трудовой деятельностью в конкретной организации.