



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Рамзан КАДЫРОВ назначил советника по вопросам
здравоохранения

Вероника СКВОРЦОВА о новом порядке финансирования
высокотехнологичной медицинской помощи

Денилбек АБДУЛАЗИЗОВ. ОМС: через историю —
к современности

Михаил ПИРОГОВ. Методические основы и перспективы
«подушевого» способа финансирования здравоохранения



Умар ХАНБИЕВ

- Человек года - 2013 в сфере медицины



«Качество медицинской помощи в первую очередь зависит от уровня подготовки врачей, квалификации медицинских работников, от их ответственного отношения к своему делу, к своим пациентам»

Президент Российской Федерации

В.В. ПУТИН



«В комплексной программе социально-экономического развития страны охрана здоровья - одна из ключевых позиций»

Председатель Правительства Российской Федерации

Д.А. МЕДВЕДЕВ



«Обязательное медицинское страхование – залог финансовой устойчивости и стабильности здравоохранения Российской Федерации»

Глава Чеченской Республики

Р.А. КАДЫРОВ



«Не менее 40-45% от общего объема медицинской помощи должно оказываться людям в «шаговой доступности» от места жительства»

Министр здравоохранения Российской Федерации

В.И. СКВОРЦОВА



«Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение возможности получить достойную медицинскую помощь своевременно и качественно. Значительную роль в этом процессе играют фонды ОМС, являясь гарантом реализации прав граждан на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи»

Председатель ФОМС

Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



СОДЕРЖАНИЕ:

В системе ОМС может быть создана структура по финансированию федеральных учреждений

6

Рамзан КАДЫРОВ назначил советника по вопросам здравоохранения

7

Интервью министра Вероники Скворцовой «Российской газете» о новом порядке финансирования высокотехнологичной медицинской помощи

8

Денилбек АБДУЛАЗИЗОВ
ОМС: через историю – к современности.

11

Умар ХАМБИЕВ:
«Я выживаю с каждым пациентом»

14

Онкология больше не приговор.
Интервью с Э.А. Сулеймановым - главным врачом Республиканского онкологического диспансера

18

Мустапа САГИЛАЕВ
Особенности организации и финансирования здравоохранения. Международный обзор.

22

Михаил ПИРОГОВ
Клинико-статистические группы – основной организационно-экономический инструмент современного здравоохранения.

35

Александр КАЦАГА
Система финансирования по КСГ: обоснование разработки и международный опыт.

44

Зара БАУДИНОВА
Эволюция здравоохранения и объективные предпосылки совершенствования системы обязательного медицинского страхования.

49

Якуб ТИТИЕВ
Финансовый контроль - на страже народного здоровья.

64

Михаил ПИРОГОВ
Методические основы и перспективы «подушевого» способа финансирования здравоохранения.

68



Светлана БИШАЕВА
 Медицинские организации
 должны уделять больше внимания
 качественным показателям.

78

Джамбулат ЗАИРХАНОВ
 Порядок информационного
 сопровождения застрахованных
 лиц при организации оказания им
 медицинской помощи страховыми
 медицинскими организациями.

81

Счастье врача - помогать людям.
 Рассказ о Дагмаре Магоматовой
 - начальнике отдела мониторинга
 медицинской профилактики
 и диспансеризации ТФОМС
 Чеченской Республики.

84

ДОКУМЕНТЫ:

**Постановление Правительства
 Российской Федерации
 от 06.03.2013 г. №186**
 «Об утверждении Правил
 оказания медицинской помощи
 иностранным гражданам
 на территории Российской
 Федерации»

87

**Приказ ТФОМС Чеченской
 Республики**
от 01.04.2014 г. №081
 «О порядке оплаты труда
 экспертов качества медицинской
 помощи, не состоящих в штате
 ТФОМС Чеченской Республики
 и страховых медицинских
 организаций, участвующих в
 реализации Территориальной
 программы обязательного
 медицинского страхования
 Чеченской Республики»

89

**Распоряжение Правительства
 Чеченской Республики**
от 10.04.2014 г. №93-р
 «О подготовке изменений
 в показатели структурных
 преобразований системы
 оказания медицинской помощи
 Чеченской Республики»

100

АКТУАЛЬНО



В системе ОМС может быть создана структура по финансированию федеральных медучреждений



Владимир Путин заявил о необходимости создания в системе обязательного медицинского страхования отдельной структуры, отвечающей за финансирование федеральных лечебных заведений.

В ходе встречи Президента с представителями Общероссийского народного фронта ректор Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета Сергей Багненко пожаловался на резкое сокращение финансирования федеральных медучреждений и отсутствие механизма его замещения. Проблемы возникли после того, как финансирование медицинских организаций было передано в систему ОМС, в которой предусмотрено выделение средств только для региональных и муниципальных учреждений.

По словам Путина, решение возникшей проблемы заключается в передаче

некоторых медицинских организаций регионам.

«Часть медицинских учреждений, которые важны для регионов, их действительно можно и нужно передать в регионы и добиться ритмичного и полного финансирования. А часть должна остаться в том статусе, в котором она сегодня находится, остаться федеральными. И для них нужно будет организовать либо прямое финансирование бюджетное, либо через соответствующую вновь созданную структуру ОМС, которая будет заниматься финансированием именно федеральных медицинских учреждений», - заявил Президент.

Он добавил, что эта тема много раз обсуждалась с министром здравоохранения Вероникой Скворцовой.



АКТУАЛЬНО



Эльхан Абдуллаевич Сулейманов.

Родился 15 июля 1974 года. С отличием окончил Азербайджанский медицинский университет. После учёбы, в 1998-1999 годы, работал в Бакинском онкологическом научном центре Азербайджана. В г. Москве окончил аспирантуру на базе Российского Онкологического Центра им. Блохина, является кандидатом медицинских наук. С 2012 по 2014 годы работал ведущим научным сотрудником Научно-исследовательского института педиатрии им. Г.Н. Сперанского.

Проходил стажировки в США (в самой крупной онкологической больнице в мире – Онкологическом центре им. М.Д. Андерсона) и Германии. В настоящее время является опытным оперирующим врачом-онкологом. Владеет несколькими иностранными языками.

17 марта 2014 назначен советником Главы Чеченской Республики по вопросам здравоохранения, главным врачом ГБУ «Республиканский онкологический диспансер».

Рамзан КАДЫРОВ назначил советника по вопросам здравоохранения

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров встретился со своим новым советником по вопросам здравоохранения Эльханом Сулеймановым.

Э. Сулейманов - кандидат медицинских наук, по специальности - врач-онколог.

Глава ЧР также сообщил, что назначил Эльхана Сулейманова главным врачом Республиканского онкологического диспансера.

«В республике в числе самых распространенных и опасных болезней - онкозаболевания. Эльхан Сулейманов по специальности онколог, с отличием окончил Азербайджанский медуниверситет, аспирантуру, работал в Москве, стажировался в Германии. Я уверен, он сможет повысить уровень онкологической помощи населению», - сказал Р. Кадыров.

Р. Кадыров рассказал, что накануне он вместе с Э. Сулеймановым совершил рабочую поездку по ряду больниц, чтобы проверить их состояние. Он отметил, что больницы республики осовременены, в них установлено новейшее, дорогостоящее оборудование.

«Я благодарен Вам за Ваше решение оставить благополучную Москву и переехать работать с семьей в Грозный», - сказал Р.Кадыров и выразил уверенность, что новый главврач онкодиспансера привлечет необходимых специалистов не только из регионов России, но и дальнего зарубежья.

«Мы готовы предоставить для них комфортные условия для проживания и работы», - подчеркнул Р.Кадыров.

Он также отметил, что первым по настоянию Э.Сулейманова прошел обследование и с завтрашнего дня сви-

детельствование пройдут все работники госучреждений.

Э.Сулейманов поблагодарил Главу Чеченской Республики за оказанное доверие и обещал приложить все усилия для поднятия местной медицины на качественный уровень.



ИНТЕРВЬЮ

Интервью министра Вероники Скворцовой «Российской газете» о новом порядке финансирования высокотехнологичной медицинской помощи

РОССИЙСКАЯ
ГАЗЕТА



В этом году на новую систему финансирования перевели 459 видов высокотехнологичной помощи - наиболее распространенных. Остальные 1007 видов «погрузят» в ОМС с 2015 года. Как работает новая модель? Какие возникают проблемы? Как добиться, чтобы деньги из фондов ОМС за каждого такого пациента приходили в клиники вовремя и в полном объеме? На вопросы «РГ» ответила министр здравоохранения России Вероника Скворцова.

Вероника Игоревна, что конкретно предлагает Минздрав, чтобы новая система заработала на полную мощность?

Вероника Скворцова: Мы полагаем, что механизм оплаты высокотехнологичных способов лечения должен предусматривать несколько принципиальных моментов.

Во-первых, 1007 наиболее сложных

видов лечения должны финансироваться по единым для всей страны тарифам, соответствующим уровню сложности и качества медицинской помощи. То есть не каждый регион должен определять, сколько заплатить, например, за пересадку почки, а должна действовать единая общефедеральная методика, на основе которой федеральный центр, независимо от того, где он находится - в

Москве, Новосибирске или Хабаровске, получит за прооперированного пациента одно и то же финансирование.

Во-вторых, средства на обеспечение оплаты этих видов высокотехнологичной помощи следует фиксировать отдельной целевой статьей в бюджете Федерального фонда ОМС.

Кроме того, мы предлагаем активнее подключать лучшие региональ-

ные медицинские центры к оказанию сложных видов высокотехнологичной помощи, конечно, при их готовности. Это можно сделать, выделяя субсидии из бюджета Федерального фонда ОМС регионам.

Какого эффекта вы ожидаете от этих мер?

Вероника Скворцова: Напомню, президент в своем Послании поставил задачу увеличить объемы высокотехнологичной медицинской помощи. Предлагаемые нами механизмы помогут это сделать: мы сохраним уникаль-

сти? Почему проблема обсуждается на самом высоком уровне?

Вероника Скворцова: Федеральные учреждения - это флагманы нашего здравоохранения, выполняющие «головные» функции по каждому профилю медицины. Они оказывают, как правило, наиболее сложные виды медицинской помощи, туда направляют самых тяжелых пациентов из всех регионов нашей страны - диагностически сложных, трудно поддающихся лечению, требующих применения наиболее совершенных, а иногда и уникальных технологий.

оказываться за счет ОМС. Это позволит повысить доступность качественной медицинской помощи, сняв избыточные ограничения и квоты с оказания самых сложных и высокотехнологичных методов.

Нынешний год - переходный. Из 1466 высокотехнологичных методов лечения в ОМС перешли 459 (чуть менее трети). Это наиболее растражированные методы, которые уже сегодня широко применяются в региональных медцентрах и больницах. При этом федеральные медцентры оказывают та-



ную сеть федеральных учреждений с ее высоким кадровым потенциалом и уникальным, лучшим в стране оборудованием, федеральные медцентры будут работать по единым справедливым тарифам. При этом одновременно мы привлекаем регионы к развитию высокотехнологичной медицинской помощи, а значит, есть возможность повысить качество и доступность медицины высоких технологий для всех граждан.

Переход на оплату высокотехнологичного лечения за счет ОМС начался с этого года. 10 апреля на встрече с Президентом поднимался вопрос о финансировании федеральных медцентров. Возникли сложно-

ные виды помощи на равных правах с региональными. Именно такой подход и позволяет существенно повысить доступность высокотехнологичных методов и увеличить число пациентов, получающих такое лечение. Первые два месяца 2014 года еще раз подтвердили это: число пациентов, пролеченных с помощью высоких технологий, выросло по сравнению с тем же периодом прошлого года на 7,1 тысячи.

Но кроме того, здесь ведутся научные разработки, эти медцентры проводят экспертную, организационно-методическую, образовательную и инновационную работу. До 2014 года эти медцентры финансировались преимущественно из федерального бюджета, в том числе и высокотехнологичная медпомощь. Принятый в 2011 году Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» закрепил поэтапный переход финансового обеспечения всей медицинской помощи на одноканальную систему из средств ОМС. По этому закону с 2015 года все виды специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи должны

Оплата лечения, проведенного с использованием любого из 459 перешедших в ОМС высокотехнологичных методов, происходит за каждого конкретного больного. Платит территориальный фонд ОМС того региона, где



проживает пациент, в соответствии с установленными в регионе тарифами.

То есть получается, что разные регионы за проведение одной и той же операции платят по-разному - кто-то больше, кто-то меньше?

Вероника Скворцова: Финансирование одной и той же операции происходит на основе единого тарифа, разработанного Федеральным фондом ОМС. Однако регионы различаются по уровню бюджетной обеспеченности, по плотности населения и другим демографическим показателям.

Именно поэтому Минфин разработал коэффициенты региональной дифференциации, которые предназначены для выравнивания условий применения каждого федерального норматива. Так происходит и с единым тарифом ОМС на ту или иную медицинскую услугу. В каждом регионе этот расчетный тариф пересчитывается с учетом регионального коэффициента - так формируется региональный тариф. В результате, реальные тарифы за один и тот же вид помощи могут несколько различаться между регионами.

Безусловно, такое положение вещей осложняет администрирование финансовых потоков. Так, при направлении пациента в Федеральный медицинский центр нужно учитывать существующие различия в тарифах между всеми регионами. Для преодоления этой ситуации Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС разработали механизмы, которые должны

включиться с 2015 года.

А что происходит в 2014 году с остальными методами высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенными в ОМС?

Вероника Скворцова: Остальные 1007 методов ВМП - наиболее сложных и ресурсоемких, оказываемых преимущественно федеральными медцентрами - продолжают обеспечиваться в 2014 году из федерального бюджета, по традиционному порядку.

Может быть, когда вводился новый принцип финансирования, предполагалось, что ставшие общедоступными способы лечения, например, малоинвазивные операции на сердце и сосудах, станут выполняться в основном на уровне обычных больниц, а за федеральными центрами останутся «топовые» технологии?

Вероника Скворцова: В основном, это так. Проведенные в последние годы региональные программы модернизации позволили беспрецедентно повысить техническую базу медучреждений в регионах. Для подготовки медицинских специалистов, в том числе «узкого» профиля, в каждом регионе действуют специальные кадровые программы. Это позволяет большинству регионов становиться почти самостоятельными в оказании основных видов медицинской помощи.

При этом роль федеральных центров не только не снижается, но, наоборот, становится еще значимее. Там разрабатывают и внедряют новые, со-

временные, эффективные методы диагностики и лечения, продвигая всю нашу медицину вперед. В них должны спасать людей даже в тех случаях, когда региональные учреждения оказываются бессильными. Любой федеральный центр - это, по сути, «головной» методологический центр, «транслирующий» передовые достижения в практику всей системы здравоохранения. Здесь идет постоянная работа над обновлением протоколов лечения, порядков оказания профильной медицинской помощи. Здесь учатся, повышают квалификацию врачи из региональных медорганизаций.

Вместе с тем нужно подчеркнуть, что, если регионам необходима помощь федеральных центров и в оказании «обычных» видов медицинской помощи, они готовы подключаться и к такой деятельности.

Оставшиеся 1007 наиболее сложных методов ВМП точно со следующего года включат в систему ОМС? Ничто этому не помешает?

Вероника Скворцова: Да, с 2015 года по действующему законодательству все виды ВМП должны оказываться за счет средств ОМС.

Однако, на наш взгляд, включение в страховую систему оставшихся 1007 методов требует внедрения дополнительных механизмов обеспечения финансовой стабильности. Иначе могут возникнуть риски при оказании этих самых сложных и требующих высокой медицинской квалификации методов лечения. Именно о внедрении таких механизмов 10 апреля говорил Президент, поручив министерству продумать возможные варианты решения проблемы и обеспечить их внедрение.

Если ваши предложения будут одобрены правительством, когда ориентировочно они заработают?

Вероника Скворцова: Они сформулированы Министерством здравоохранения совместно с Федеральным фондом ОМС и направлены в правительство. Мы исходим из того, что предложенную модель нужно внедрить в текущем году, чтобы с 2015 года мы начали работать по новым правилам.

ОФИЦИАЛЬНО

ОМС: через историю – к современности

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ

директор ТФОМС
Чеченской Республики

Сложившая сегодня в нашей стране система обязательного медицинского страхования – это часть огромного механизма реализации конституционного права граждан на бесплатное оказание медицинской помощи. И в этом контексте переход в России от государственной системы здравоохранения к страховой медицине, как показывает мировой и отечественный опыт, в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг явился своевременным необходимым шагом. В первую очередь, это было обусловлено тем, что для широких слоёв населения обеспечиваются гарантии предоставления и доступность высококачественных медицинских услуг даже при значительном росте цен на них; во-вторых, решаются проблемы привлечения дополнительных и значительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения; и, наконец, в-третьих, принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления начинают активно использоваться в управлении системой здравоохранения.

Как мы помним, возрождение обязательного медицинского страхования в Российской Федерации началось, благодаря принятому в 1991 году Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Согласно тексту закона, обязательное медицинское стра-



хование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, а цель ОМС – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств, финансировать профилактические мероприятия, а также повысить заинтересованность страхователя и застрахованного в повышении уровня здоровья.

Система обязательного медицинского страхования основана на принципах солидарности, социальной справедливости, когда обеспеченные несут расходы за малоимущих, а здоровые – за больных. Этот принцип взаимопомощи имеет огромное значение. По сути, ОМС является гарантией оказания медицинской помощи как объекта социальных прав граждан, то есть бесплат-



ного блага, обеспеченного финансовым и организационным участием государства: ведь цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам России, при возникновении страхового случая, получение медицинской помощи.

Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает целую систему действий государства. В первую очередь, это незыблемое правило, что медицинская помощь должна быть доступной для всех. Каждый человек может обратиться к врачу вне зависимости от места своего постоянного проживания. ОМС даёт такую возможность. В рамках системы обязательного медицинского страхования медицинская помощь застрахованному может оказываться на территории других субъектов, т.е. вне постоянного места житель-

ства застрахованного лица. Речь идёт о межтерриториальной медицинской помощи, которая оказывается в объёме и на условиях базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

В нашей стране есть много способов организации процесса предоставления медицинских услуг. В каких-то субъектах предпочтение отдается небольшому числу очень крупных учреждений, в других – мелким медицинским организациям. Но всегда нужно помнить, что для граждан важно, чтобы лечебно-профилактические учреждения располагались как можно ближе к месту жительства тех, кого они призваны обслуживать.

Большую роль в реализации государственной политики в области здравоохранения играют системы экономических стимулов, мотивирующих страховые медицинские организации осуществлять контроль качества меди-

цинской помощи, обеспечивать реализацию прав застрахованных лиц: ведь пациент является центральным элементом в системе ОМС.

Таким образом, мы можем с уверенностью констатировать, что функционирующая в Российской Федерации система обязательного медицинского страхования является экономическим стержнем здравоохранения, а качество и доступность медицинской помощи является одним из основных показателей качества жизни наших граждан.

В Чеченской Республике вопросы здравоохранения, обязательного медицинского страхования рассматриваются в числе важнейших направлений социальной политики региона. Усиление социальной защищённости граждан и укрепление системы охраны здоровья являются приоритетными в деятельности руководства республики, и это можно наглядно наблюдать по курсу, проводимому властями в области здра-



воохранения.

В нашей республике, как и во всей стране, система ОМС является важнейшим средством обеспечения прав граждан на социальную защиту, которая гарантирует возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого социальному благу, как медицинская помощь в рамках российской системы здравоохранения. Доступность медицинской помощи должна быть обеспечена с помощью всех имеющихся в обществе средств и государственных механизмов, в том числе экономических, политических, организационных, социальных и правовых.

И сегодня мы с уверенностью можем утверждать, что в Чеченской Республике эта система налажена и функционирует надлежащим образом. Конечно, путь к сегодняшней стабильности в системе здравоохранения был весьма тернист, в особенности – в послевоенных условиях, когда инфраструктура регио-

на, в том числе её медицинская составляющая, была практически на 100% разрушена или выведена из строя.

И как мы знаем, начало всестороннему восстановлению отрасли здравоохранения было положено Первым Президентом Чеченской Республики, Героем России Ахматом-Хаджи Кадыровым, который прекрасно понимал, что стержневым условием возрождения республики является здоровая нация – как духовно, так и физически.

Синхронно с процессом восстановления здравоохранения республики шло становление системы обязательного медицинского страхования, так как и у федерального руководства, и у местных властей было полное понимание того, что ОМС – это единственно верный, самый демократичный и эффективный путь для обеспечения населения качественным медицинским обслуживанием.

При всемерной поддержке нынеш-

него Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова нам удалось выстроить стройную систему обязательного медицинского страхования, которая на сегодняшний день целиком и полностью отвечает потребностям населения в области здравоохранения. Постоянное внимание и забота со стороны Р. Кадырова, налаженная работа с Парламентом и Правительством республики позволяют нам с уверенностью говорить о том, что Фонд обязательного медицинского страхования, а в его лице – государство ни при каких условиях не оставит без помощи человека, нуждающегося в медицинской помощи.

В этом смысле не будет преувеличением сказать, что обязательное медицинское страхование – это величайшее достижение демократического, социально ориентированного общества.

ИНТЕРВЬЮ

Умар Ханбиев: «Я выживаю с каждым пациентом»



Клятву Гиппократа Умар Ханбиев дал более тридцати пяти лет назад и с тех пор сохраняет верность данной клятве. Работал хирургом, будучи беспечным молодым человеком, который приходил в восторг от таблички «хирург» на двери в кабинете. Помогал всем, кто нуждался в помощи. И сейчас, Умар Ильманович, несмотря на административную должность, ежедневно проводит сложнейшие операции, он убежден, нет практики – нет врача.

Умар Ханбиев в настоящий момент совмещает должность главного хирурга Чеченской Республики и главного врача Республиканской больницы скорой медицинской помощи (РКБСМП), к.м.н., является кавалером ордена Кадырова, более недели назад удостоился Национальной общественной премии «Человек года – 2013» в области медицины. Блестящий хирург, давший право на жизнь десяткам людей, искренне недоумевает, почему именно он удостоился столь высокого звания...

- Умар Ильманович, прежде всего, от имени редакции журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» хочу поздравить Вас с присвоением премии «Человек Года - 2013» в области медицины. Это было для вас неожиданностью?

- Да, это было неожиданностью для меня. Я не делаю ничего особенного: выполняю свой долг и работаю, как должен работать каждый человек, выбравший профессию врач.

- Вы работали в Чечне в разные эпохи, можно сказать, возглавляли и Министерство здравоохранения в свое время, теперь являетесь главным хирургом, главврачом, насколько изменился, а я не сомневаюсь, что изменился, уровень медицинского обслуживания в Чечне за это время?

- Естественно изменился. Тогда в республике не было финансирования, никто не получал заработную плату, никто не платил налоги, одним словом, было не до здравоохранения. Больницы нуждались в медикаментах, в оборудовании, в специалистах, но, несмотря на это, мы работали, лечили людей и опе-

рировали при необходимости. Удивительная вещь: несмотря на ситуацию в республике, люди были менее агрессивны, проявляли терпение и внутреннюю культуру. В то время как, сегодня, живя в мирное время, когда построены больницы с современным оборудованием, когда существует возможность оказывать помощь самого высокого уровня, не выезжая за пределы республики, люди все время недовольны и постоянно жалуются на врачей.

- Вы возглавляете РКБСМП несколько лет, расскажите, какие изменения произошли с вашим приходом? С какими проблемами вы столкнулись, заняв эту должность?

- Я думаю, за это время нам удалось значительно улучшить условия для наших пациентов, поскольку здесь не было проблем в лечении больного, проблема заключалась в организации самой работы. В настоящее время больница оказывает неотложную экстренную медицинскую помощь населению в стационаре и на догоспитальном этапе в круглосуточном режиме. В больнице 16 отделений, где работают высокопрофессиональные врачи. Многих из них я знаю давно, мы вместе проходили огонь и воду во время войны, есть опыт и знания. К нам попадают тяжелые больные, например, люди после ДТП, у которых одновременно повреждено несколько органов, люди, чья жизнь висит буквально на волоске, поэтому в приемном отделении сосредоточены все диагностические службы, необходимые для срочной оценки состояния больного. Конечно, есть трудности. Например, здание, в котором мы находимся, не предусмотрено для больницы оказания экстренной помощи. В 2011 году чеченские врачи в Швейцарии, в том числе и я, мы побывали во многих госпиталях Женевы, которые работают в режиме экстренной службы. Организация рабо-



ты больницы такого же статуса, как наша, отличается. Например, работа госпиталя разделена на три категории, повышенной категории, средней и слабой. Таким образом, люди разных заболеваний и физических возможностей не пересекаются. Отсюда спокойствие, отсутствие раздражения и криков со стороны пациентов и больных, отсутствие возни и беготни при поступлении экстренных больных со стороны медицинских работников. Я думаю, со временем мы придем к такому результату.

- Насколько тяжело совмещать работу главного хирурга и главврача Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи, ведь работа хирурга подразумевает длительные операции, не мешает ли одно другому?

- Эмоциональная нагрузка большая. Каждый случай пропускаешь через себя. Я пришел к выводу, что больница и есть моя жизнь. Дом, больница, пациенты, вокруг боль, человеческие страдания, порой устаешь от этого. Но, когда вспоминаешь хоть одного человека, которому

удалось помочь, эти мысли сразу покидают меня. Понимаете, с каждым больным я проживаю историю его болезни, вместе с ним выживаю. Потом поступает следующий больной и все начинается снова.

- Вы очень хвалите свой персонал. Действительно, здесь работают исключительные врачи, с огромным опытом, работают годами, причем, наряду с этим врачи не самая высокооплачиваемая работа. Каким образом удерживаете своих сотрудников? Ведь они могут перейти в частную клинику, или сами ее открыть...

- Честно говоря, никаким. Такого вопроса, чтобы кто-то хотел уйти, и не стояло. Эти люди - врачи от бога и им нравится то, что они делают. Здесь у них возможность развиваться, возможность помогать людям, которые действительно в этом нуждаются. А в частной клинике над врачом стоит сто начальников, которые диктуют свои правила. Настоящего врача ведь сразу видно, он может иметь хоть какой диплом, окончить лучший в мире ВУЗ, но не быть врачом по своей

сути.

- Интересно, как определяете?

- По отношению к работе, пациентам: равнодушие, раздражение, лень и, прежде всего, апатия. Нежелание учиться и развиваться. Эти факторы выявляются особенно быстро в экстренной медицинской помощи, где нужна мгновенная реакция, где каждая секунда может стоить человеку жизнь. Такие у нас не задерживаются, наверное, поэтому у нас как-то само собой, естественным образом и сформировалась такая сильная команда.

- Сейчас главной болезнью практически всех медицинских учреждений, как мне кажется, является нехватка или отсутствие врачей. Как Вы решаете эту проблему?

- Вы знаете, для того, чтобы этот вопрос не стоял так остро в республике, необходимо воспитывать врачей на местах, а не приглашать с соседних регионов. Необходимо, чтобы в институте поменяли методику преподавания, провели реформы в самой системе воспитания и обучения специалистов, от поступления в ВУЗ и окончания практики. К сожалению,



сегодняшняя молодежь не видит перспективу, не хочет учиться и получать новые знания, хочется все здесь и сейчас, - без труда, без нужды. Но тут я должен подчеркнуть, что есть и достойные ребята, которые в будущем могут стать настоящими профессионалами. Не для красного словца должен заметить, что, к примеру, такой талантливой молодежи, как у нас, нет нигде. Главное, направить эти способности и стремления в нужное русло.

- Ни для кого не секрет, что в адрес здравоохранения поступает очень много жалоб, приличная доля которых приходится и в адрес скорой медицинской помощи. Проверяется ли обоснованность жалоб?

- Стереотип о плохих врачах крепко сидит в сознании людей, это не только у нас, это везде. В лучших клиниках мира вы найдете людей, которые жалуются на медицинскую помощь. Это неизбежно. Но это не оправдывает халатность и равнодушие врачей. Вы знаете, наши

ребята вывели новый термин - синдром зятя. Как-то мне поступил звонок от вышестоящего руководства, которому пожаловался один из родственников больного, сказав, что он лежит без внимания врачей. Я удивился и сразу же направился в палату к пациенту, оказалось, что тот находится в операционной. И тогда спросил у родственников, как может быть заброшен человек, который в настоящий момент делают операцию. И родственники объяснили мне, что зять больного, пытаясь угодить своему свекру, решил на всякий случай пожаловаться. С тех пор, мы называем подобные случаи «синдромом зятя». На самом деле, для нас большой проблемой становятся родственники больных, которые буквально захватывают палату больных.

- Но ведь не всегда подобные жалобы беспочвенны...

- Конечно, нет, именно поэтому я с момента назначения на эту должность уволил порядка пятнадцати врачей.

- Как обстоят дела с материально-технической базой больницы?

- Очень хорошо, сегодня в распоряжении больницы находится всё самое современное оборудование, благодаря чему отпала необходимость в получении медицинской помощи в соседних регионах. Так, в прошлом году открылся Региональный сосудистый центр (РСЦ) по оказанию медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Центр способен оказывать медицинскую помощь на самом высоком уровне. В структуре Регионального сосудистого центра развернуты и оснащены восемь отделений на 204 койки. Это блок интенсивной терапии и реанимации, неврологическое отделение для пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, блок интенсивной терапии и реанимации кардиологии. В здании центра также располагается отделение нейрохирургии, кардиологии, отделение



сосудистой хирургии, отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения.

- Умар Ильясович, Ваша больница, как и многие учреждения нашей республики, работает в системе обязательного медицинского страхования. Возникают ли проблемы с финансированием?

- Работа нашей больницы осуществляется в тесном взаимодействии с Фондом обязательного медицинского страхования и Министерством здравоохранения ЧР. Все вопросы, которые возникают у нас, текущие или спорные, решаются в рабочем порядке. Например, ремонт оборудования, поломку которого мы никак не могли запланировать заранее, на это тоже нужно дополнительное финансирование, и вот здесь возникают нюансы. Но, я всегда могу обсудить с руководителем ТФОМС Чеченской Республики Денилбеком Абдулазизовым, с которым у меня складываются традиционно-дружеские отношения,

любой вопрос. Это, безусловно, облегчает работу. В целом же, если говорить о финансировании, то оно позволяет обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению в полном объеме.

- Какие перспективы ожидают больницу в будущем?

- В будущем хочется увидеть, в первую очередь, перемены в сознании наших пациентов, чтобы более трепетно относились к здоровью, - и к своему, и близких. Многие обращаются в больницу лишь в крайних случаях - когда помочь человеку намного сложнее, либо, это невозможно. Вопрос оказания помощи на местах лишил бы нас этой проблемы, разгрузил больничные места для людей с более тяжелыми случаями и просто избавил от лишней волокиты с большим количеством пациентов в одном месте, что неудобно и для врачей, и, тем более, для пациентов. Естественно, для воплощения этого в жизнь, необходимо еще большее количество ква-

лифицированных специалистов и оборудования. Так же, это автоматически решило бы проблему дополнительной траты времени пациентами на дорогу, а так же, ускорило бы своевременность оказания медицинской помощи тем, кто в этом нуждается, ведь подчас, даже минута решает все.

- Умар Ильманович, спасибо Вам за интересную беседу и исчерпывающие ответы.

- Спасибо и Вам.

Мадина Хамидова,
специально для журнала «ОМС в Чеченской Республике»

ИНТЕРВЬЮ



Онкология — больше не приговор

Важнейшую сферу медицины – онкологию – в Чеченской Республике будет «поднимать» опытный московский врач

Согласно результатам недавнего исследования, проведенного Американским онкологическим обществом, ежегодно во всем мире от онкологических заболеваний погибают порядка 7-8 миллионов пациентов, что равносильно 20 тысячам смертей ежедневно. Статистика настолько ужасающая, что раковые опухоли, без преувеличения, можно назвать чумой XXI века.

Как известно, особо удручающая ситуация по онкозаболеваемости в последнее время сложилась в Чеченской Республике. С целью добиться кардинальных изменений в данной области Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Кадыровым был назначен новый главный врач Республиканского онкологического диспансера. Наделенный широкими полномочиями в том числе как советник Главы ЧР, опытный медик уже предпринял ряд мер, позволяющих надеяться, что ситуация будет исправлена.

О том, как он намерен бороться с раковыми заболеваниями в Чеченской Республике, Э.А. Сулейманов в эксклюзивном интервью нашему журналу.

- Эльхан Абдуллаевич, разрешите от имени нашей редакции поздра-

вить Вас с назначением на ответственные должности – советника Главы Чеченской Республики по вопросам здравоохранения и главного врача Республиканского онкологического диспансера!

- Большое спасибо. В первую очередь, хочу выразить слова огромной благодарности в адрес Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова – за заботу о своём народе, за доверие, оказанное мне этими назначениями. Должен признаться, что я с большим удовольствием принял предложение, потому что знаю Главу ЧР как мудрого политика, искренне ратующего за счастливое будущее своей республики, а чеченцев – как мужественную и благородную нацию.

Также моё согласие было вызвано тем, что здесь, в Чеченской Республике, я вижу конкретные проблемы, которые нужно решать. Я вижу, насколько эффективно могу использовать свои знания – на благо людей, которые нуждаются в квалифицированной медицинской помощи, имеют и моральное, и юридическое право на её получение.

- Скажите, какие задачи перед Вами поставил Глава республики?

- Первоочередная задача – это наш онкологический диспансер. То есть нам, в первую очередь, необходимо наладить работу базовых направлений, которые на сегодняшний день существуют в онкологии. Это химиотерапия, лучевая терапия и хирургия. На сегодняшний день у нас функционируют только химиотерапия и паллиативное лечение. А это, как известно, лишь 25% от полной онкологии.

К сожалению, на этот момент хирургический корпус диспансера ещё не сдан, и, соответственно, хирургии просто нет. А по отделению лучевой терапии – оборудование у нас есть, но нет инсталляции, то есть оно соответствующим образом не установлено.

Другой вопрос – кадровый дефицит. Сегодня приходится констатировать, что в сфере радиотерапии (лучевой) у нас полный провал, так как нет ни одного специалиста. А чтобы онкологическое учреждение полноценно функционировало, необходимо иметь все три базовых направления. И только после этого можно развивать узкие профили в онкологии, которые, надеюсь, очень скоро позволят в выгодном свете отличать онкологию в нашей ре-



спублике от соседних регионов. Также мы будем конкурировать и с Москвой. Вместе с тем мы будем в нашей республике развивать те направления в онкологии, в которых особо чувствуется потребность, где заболеваемость высока.

То есть задача, которая поставлена перед нами Главой республики, – поднять лечение онкологии на новый уровень, наладить основные направления и постараться максимально их развить.

- Как Вы намерены решать имеющиеся вопросы?

- Возьмём кадровую проблему. Она нелёгкая, но решаемая. Как раз в эти дни я был в командировке, и во время состоявшихся рабочих встреч решил несколько вопросов в данном направлении. Первое – это обучение местных специалистов. Уже совсем скоро планируется выезд четырёх сотрудников на стажировку в Институт им. Герцена в Москве. Об этом уже есть соответствующая договорённость с руководством института. Так как лучевых специалистов у нас нет вообще, мы должны их готовить уже сегодня. Это такая специальность, которую за несколько меся-

цев освоить просто невозможно. У нас есть принципиальная договорённость с этим институтом о бесплатной подготовке кадров, которые нам нужны, и нам остаётся только подобрать людей, которые могут и хотят учиться.

Второе. Глава ЧР Р. Кадыров озвучил во время моего представления вопрос о необходимости привлечения кадров извне. И у нас уже имеется несколько специалистов по онкологической хирургии, которые дали предварительное согласие на работу в г. Грозном. Это один из известнейших хирургов в Москве, профессор, доктор медицинских наук. По лучевой терапии тоже есть доктор наук, который выразил готовность приехать. И необходимо подчеркнуть, что для них будут созданы все необходимые условия.

Кстати, на следующей неделе планируется приезд в Чеченскую Республику специалистов из Японии, помощь и содействие которых явится для нас большим подспорьем. И есть намерения значительно расширить такую практику, делая, конечно же, акцент на возвращении и обучении собственных

кадров.

По вопросу наладки оборудования уже получены обязательства со стороны Министерства здравоохранения ЧР; этот вопрос в самое ближайшее время будет закрыт, чтобы мы могли уже к 1 сентября запустить хирургический корпус и лучевую диагностику.

- Скажите, сколько сейчас онкобольных состоит на учёте в диспансере? Какие заболевания в Чеченской Республике наиболее распространены?

- Дело в том, что по имеющимся статистическим данным заболеваемость в Чеченской Республике самая низкая; она в 5-6 раз ниже, чем в других регионах России. Вроде бы парадокс, но он легко объясняется. Дело в том, что 80% онкобольных пациентов не становятся на учёт, а сразу выезжают за пределы республики. Возвращаются сюда только те, которым отказали в связи с запущенной стадией заболевания. Поэтому попытка назвать точную цифру будет ошибочна. Эта работа тоже не поставлена соответствующим образом, и мы её будем налаживать.



Наша задача – повысить выявляемость заболеваний на ранней стадии. И это, кстати, тоже одна из задач, которые поставлены перед нами Главой ЧР. А для этого нужно налаживать первичную сеть – в районах, поликлиниках, городских медучреждениях. Во врачебной среде должна быть онкологическая настороженность. У нас есть средства для выявления болезней на ранней стадии, осталось только наладить работу. Наша задача – использовать эти возможности в полной мере. И тогда мы сможем говорить о том, чтобы значительно снизить смертность.

Онкологических заболеваний и локализаций много. И внутри каждой из них имеется огромное количество нозологий. Общая статистка по спецификации заболеваний в республике примерно такая же, как и в других республиках. Повторяю, нам надо работать над ранним выявлением самых частых патологий – это рак лёгкого, толстой кишки, кожи, молочной железы. Это именно те заболевания, которые определяют смертность.

- Как опытный врач-онколог, с чем Вы связываете такое распространение раковых заболеваний в Чеченской Республике?

- Вы совершенно правы, говоря о том, что в Чеченской Республике онкологические заболевания получили широкое распространение. Иногда в одной и той же семье несколько человек имеют этот диагноз. Такого нет в соседних регионах. Самое очевидное объяснение – это военные действия, которые были в республике. Стресс, который был сопряжён с этими драматическими событиями. У такого фактора есть некий латентный период. То есть на человека произошло стрессовое воздействие, проходит латентный период, а потом начинает проявляться онкология. И мы вынуждены, к сожалению, констатировать, что пик этих выявлений приходится на наше время.

Сегодня по всему миру наблюдается рост онкологической заболеваемости, однако в Чеченской Республике это ощущается особенно остро. Влияет и экологический фактор, загазованность,

Наша задача – повысить выявляемость заболеваний на ранней стадии. И это, кстати, тоже одна из задач, которые поставлены перед нами Главой ЧР.

использование консервантов. Список этиологических факторов повышения онкологических заболеваемости можно продолжать до бесконечности.

- Всё ли в наших больницах имеется для борьбы с этим злом?

- У нас есть практически всё, нам, как я уже говорил, осталось только соответствующим образом наладить оборудование и решить кадровый вопрос.

- Насколько в этих вопросах эффективен ресурс Фонда обязательного медицинского страхования? На что может рассчитывать онкобольной, имеющий медицинскую страховку?

- Благодаря помощи со стороны



Фонда обязательного медицинского страхования, в плане лекарственных препаратов у нас имеется всё. Мы чувствуем всемерную поддержку и очень благодарны за это. То есть в направлении, в котором мы можем работать и оказывать помощь пациентам, по линии фонда закрываются абсолютно все вопросы.

С другой стороны, есть дорогостоящие препараты, некоторые из которых не входят в перечень отпускаемых за счёт средств Фонда. Люди часто путаются, приходят с жалобами: мол, дешёвый препарат прописывают, а дорогостоящий не отпускают. Но надо понимать – он дорогой не из-за того, что он эффективен, а из-за того, что его производство дорогое. И есть ряд лекарств, которые стоят буквально копейки, но более эффективны, чем иные дорогостоящие препараты. Должно быть понимание того, что в онкологии есть определённый порядок использования лекарств, и там не всегда на первом месте стоят дорогие медикаменты.

- Эльхан Абдуллаевич, что Вы

можете сказать о лечении больных с более поздними стадиями онкологических заболеваний?

- Нужно, в первую очередь, отметить, что случаи болезни пациентов почти всегда индивидуальны. Сегодня на первое место выходит так называемая таргетная терапия, то есть «терапия по мишени» – последняя технология лечения раковых опухолей, когда для того или иного вида рака используется определённый препарат. И он действует только на эту форму и больше ни на что. Это такая узкая терапия, на деле доказавшая свою эффективность.

И должен сказать, что есть формы, даже запущенные, для которых существует шанс, то есть вариант эффективного лечения. Но всё это становится ясным после обследования и установки более точного диагноза.

Конечно, мы попытаемся изменить существующую ситуацию и пойти по пути раннего обнаружения заболевания.

На сегодняшний день выявлено четыре стадии развития раковых опухо-

лей. И если по первой и второй можно ставить вопрос о полном излечении пациента, то начиная с третьей и четвёртой стадии, к сожалению, речь идёт о только продлении жизни или же облегчении состояния пациента.

И здесь выход простой – выявлять на первой или, в крайнем случае, на второй стадии. А для этого, во-первых, должна быть настороженность врачей первичной сети. Сегодня нами разработаны так называемые скрининговые программы – для каждого возраста и пола, которые позволят выявить на ранних стадиях самые частые заболевания. И если развить данное направление, я думаю, мы больше будем выявлять онкозаболеваний на ранних стадиях, чем запущенных. И тем самым мы сможем реально помочь людям, значительно улучшить общую ситуацию в республике.

- Благодарю Вас за беседу!

Зелимхан ЯХИХАНОВ,
специально для журнала «ОМС в Чеченской Республике»

АНАЛИТИКА

Особенности организации и финансирования здравоохранения. Международный обзор



МУСТАПА САГИЛАЕВ,

главный редактор журнала
«ОМС в Чеченской Республике»



Общенациональное или всеобщее здравоохранение — понятие многокомпонентное, и на практике оно реализуется различными способами.

Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса и национального характера народа. Многие национальные системы здравоохранения в настоящее время переживают масштабные реформы.

Финансовое обеспечение систем здравоохранения в экономически развитых странах осуществляется из различных источников: государственных бюджетов, страховых взносов, средств предпринимателей и средств частных лиц. В среднем в развитых странах расходы на здравоохранение составляют от 8 до 13% от объема валового национального продукта (в США - до 17%).

Ряд авторов¹ выделяет три базовые

модели финансирования системы здравоохранения:

- **государственная**, финансируемая преимущественно из бюджетных источников (Великобритания, Дания);

- **страховая**, финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства. При этом преобладает финансирование из внебюджетных фондов. (Германия, Швеция, Франция);

- **частная**, финансируемая за счет взносов по добровольному медицинскому страхованию и реализации платных медицинских услуг. (США, Израиль, Южная Корея, Нидерланды).

Существует более развернутый вариант классификации моделей финансирования системы здравоохранения²:

Изд. центр Март, 2001.

²Шолпо Л.Н. Стимулирование развития частного (негосударственного) сектора здравоохранения в России, Доклад по программе ТАСИС EDRUS 9605. - М, 2000.

- **«Универалистская модель»** (Великобритания, Ирландия, частично Дания) - национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в основном в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты).

- **«Континентальная модель»** (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) - финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно 3/4 совокупных расходов на здравоохранение.

- **«Южная модель»** (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) - **финансирование системы здравоохра-**

¹Игнатов В.Г., Батурич Л.А., Бутов В.И. и др. Экономика социальной сферы. - Ростов-на-Дону:



Система здравоохранения в каждой стране — это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса и национального характера народа.

нения в значительной степени за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

- **«Скандинавская модель»** (Швеция, Финляндия и Дания) - финансирование здравоохранения в этих странах обеспечивается в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными лечебно-профилактическими учреждениями.

- **«Преимущественно частная модель»** (США) - финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет частных и, в значительно меньшей степени, государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производи-

телями медицинских услуг.

- **«Модель, используемая в странах с переходной экономикой»** (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, включая Россию) - финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг.

Тогунов И.А.³, исследуя зависимость между ресурсами здравоохранения, которыми располагает сеть медицинских организаций, и медицинскими технологиями, которые могут быть получены пациентами, предлагает следующую типизацию различных систем здравоохранения:

1. **Утилитарные** системы здравоохранения являются в определенной степени системами, опирающимися на ресурсы и материально-технические ценности, а набор возможных медицинских

³Тогунов И.А. Врач и пациент на рынке медицинских услуг /Информационный ресурс: <http://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/enter.htm>

технологий, доступных большинству пациентов, определяется ресурсным потенциалом медицинских организаций.

2. В либеральных системах здравоохранения кадровые и материально-технические ресурсы становятся опосредованной формой врачебного труда и медицинских технологий, с одной стороны – обеспечивая реализацию этих технологий, с другой – являясь консервативной составляющей в возможном возникновении и эволюционном развитии более прогрессивных форм труда и технологий».

Таким образом, независимо от схемы финансирования медицинских услуг утилитарная система – это, в первую очередь, система, оценивающая материально-техническую базу и кадровую оснащенность.

Либеральная система – это в первую очередь система совокупности медицинских и сопутствующих технологий, основанных на потребности пациентов.

Управление в утилитарной системе



– это приоритетное управление материальной базой и кадрами, т.е., по существу административное распределение ресурсного потенциала.

Регулирование жизнедеятельности либеральной системы – это приоритетное создание и адаптация различных медицинских технологий, вызванных потребностью населения и характеризующих данную систему.

Приоритетность ресурсной базы в форме конкретных организационных структур, формирующих и определяющих систему здравоохранения, практически не позволяет полноценно реализовывать принцип эволюционного развития медицинских технологий и замены устаревших, ибо последние жестко завязаны на уже созданную ресурсную базу. Лишь коренное изменение базы позволяет реализовывать новые технологии, вновь создавая под них адекватную новую, но опять же - относительно консервативную базу⁴.

По мнению авторов, перспективное развитие системы организации и оказания медицинской помощи и стратегия планирования должны обеспечивать приоритетность медицинских технологий над ресурсной базой, в развитие которой необходимо закладывать потенциал для внедрения новых медицинских технологий, которые могут стать локомотивом развития всей системы⁵.

Для более полного понимания организационных и экономических процессов, происходящих в различных национальных системах в период их реформирования целесообразно рассмотреть отношения, в которые вступают субъекты сферы медицинских услуг (см.Рис.1).

В современных организационно-экономических моделях в сфере медицинских услуг взаимодействуют следующие субъекты.

1. Медицинские организации и индивидуально практикующие врачи, предоставляющие медицинские услуги, распределяющие имеющиеся у них финансовые, материальные, трудовые ресурсы между видами услуг, оказываемых пациентам. При этом они соизмеряют собственные затраты с величиной доходов, которые могут получить от реализации медицинских услуг.

2. Различные страховые институты, выбирающие и заключающие контракты с медицинскими организациями и индивидуально практикующими врачами, договаривающиеся о видах и объемах оплачиваемой ими медицинской помощи и распределяющие собранные ими финансовые средства между медицинскими организациями и видами услуг. При этом страховые институты соизмеряют объемы и качество медицинских услуг с ценами, которые придется за них заплатить.

3. Государство, представленное различными ветвями и уровнями власти, осуществляющее нормативное правовое регулирование, выделяющее финансовые ресурсы на оказание медицинских услуг населению, распределяющее их между территориями, медицинскими организациями и видами медицинской помощи. Государство решает стратегические задачи. Рациональный выбор лучшего варианта распределения ограниченных ресурсов предусматривает соизмерение производимых затрат и получаемых результатов.

⁴Тогунов И.А. Врач и пациент на рынке медицинских услуг/Информационный ресурс: <http://www.marketing.spb.ru/lib-special/togunov/enter.htm>

⁵Например: современная амбулаторная диагностика раннего выявления онкологических и сердечнососудистых заболеваний, эндоскопические методы исследований, лапароскопическая хирургия, современный остеосинтез и т.п. (прим. автора).

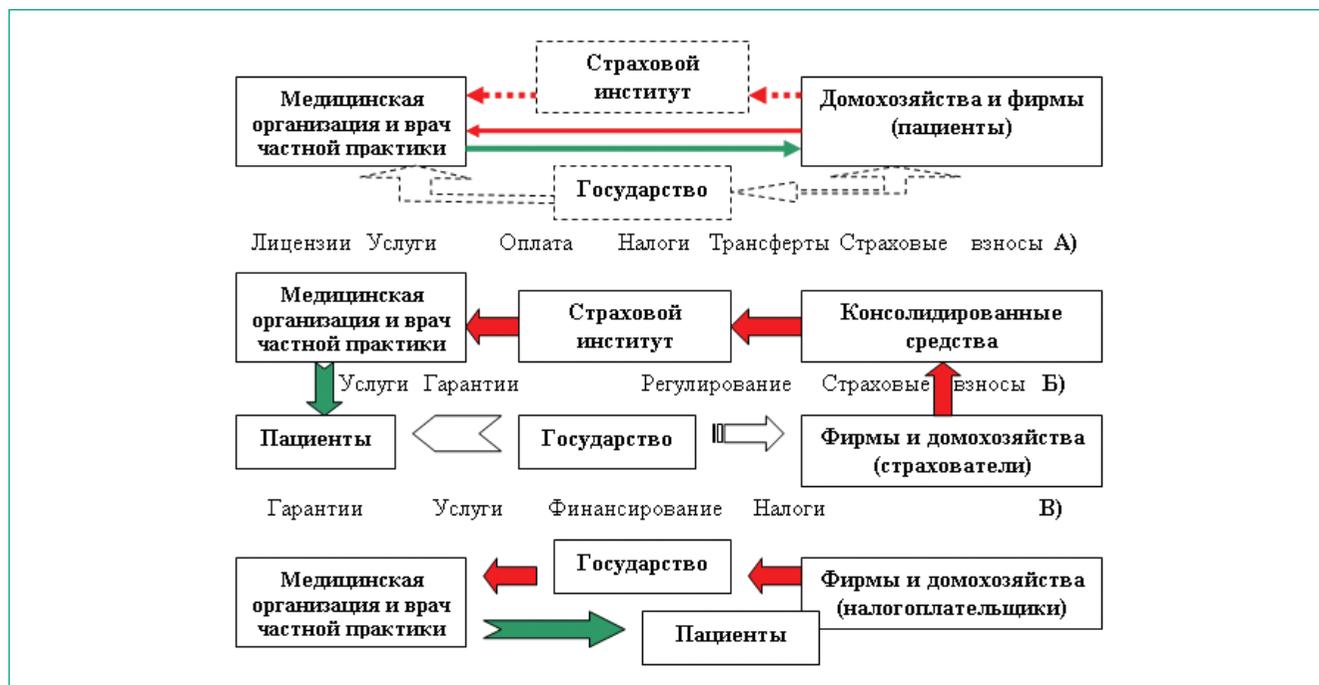


Рис. 1. Базовые модели финансирования здравоохранения и их субъекты. А) – частная, Б) – страховая, В) – государственная.

4. Домохозяйства, принимающие решения о том, покупать медицинскую страховку, платить за лечение только в случае заболеваний или заниматься самолечением. Решив оплачивать лечение, они делают выбор между медицинскими организациями и индивидуальными практикующими врачами, дорогими и дешевыми препаратами, медицинскими услугами и т.п. Здесь также будут соизмеряться затраты и результаты.

5. Фирмы, приобретающие у домохозяйств необходимые для производства товаров и услуг ресурсы, оплачивающие труд домохозяйств, платящие налоги государству и делающие добровольные или обязательные страховые взносы по медицинским рискам домохозяйств.

Предоставляя медицинские услуги, медицинские организации и индивидуально практикующие врачи получают материальное возмещение своих затрат от домохозяйств и фирм либо от страховщиков и (или) государства, оплачивающих данное лечение. Другими словами, медицинские услуги покупаются у

медицинских организаций домохозяйствами либо лицами, выступающими в их интересах. В этом обмене одних благ на другие каждая из сторон использует имеющиеся у нее ограниченные ресурсы для получения определенных результатов. Домохозяйства расходуют средства на получение необходимого лечения непосредственно или через механизмы страхового и государственного финансирования медицинских услуг. Медицинские организации и индивидуально практикующие врачи организуют и оказывают медицинские услуги, чтобы получить взамен деньги. При этом и те, и другие сопоставляют свои затраты с ожидаемыми результатами.¹

Таким образом, в процессе предоставления и потребления медицинских услуг участвуют два основных обязательных субъекта экономических отношений:

-потребители медицинских услуг – домохозяйства, являющиеся пациен-

¹Экономика здравоохранения. Учебное пособие. Под научной редакцией М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина/Издательский дом ГУС-ВШЭ/ М.:2009 с.10.

тами;

-производители медицинских услуг – медицинские организации и индивидуально практикующие врачи.

Страховые институты (фонды, страховые организации, общества страхования и больничные кассы) и государство участвуют в организации и финансировании медицинской помощи, играя при этом разную роль в зависимости от используемой организационно экономической модели.

В частном здравоохранении роль государства сводится к контролю за качеством услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения через процедуры лицензирования, аккредитации и сертификации, т.е. соответствие определенным нормам, установленным государством. При этом государство не вмешивается в сам лечебный процесс, а определяет соответствие его компонентов, например: профессиональные знания врача, соответствие лекарственных средств требованиям к действующему веществу, соответствие предметов ме-

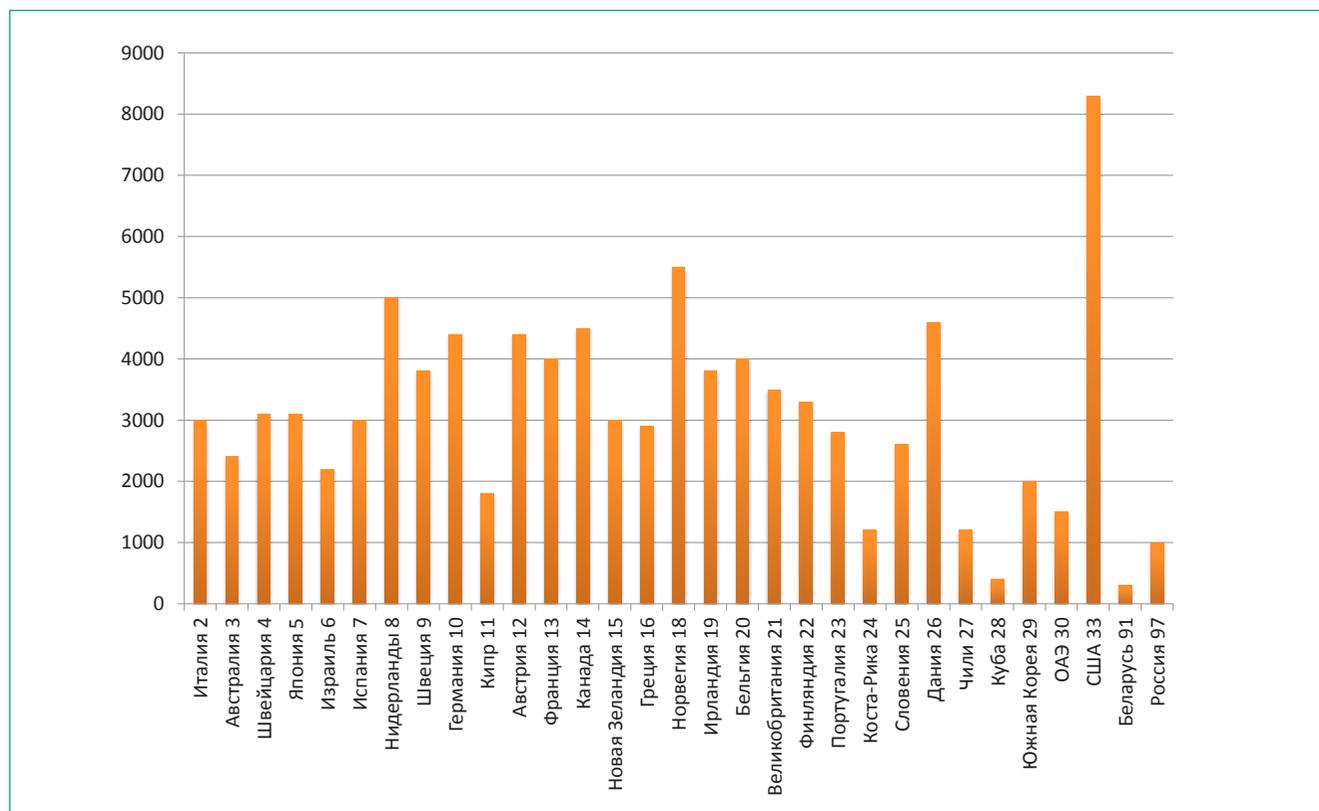


Рис. 2. Подушевые расходы на здравоохранение в США по ППС в 2013 году и рейтинг уровня общественного здоровья

дицинского назначения заявленным характеристикам и т.п. Государство не гарантирует своим гражданам организацию и финансирование медицинской помощи. Организацией занимаются врачи и медицинские организации, а финансированием домохозяйства, члены которых становятся пациентами при обращении за медицинскими услугами. В таких условиях работает рыночный механизм ценообразования в крайне неблагоприятных условиях, связанных с существенными отклонениями рынка медицинских услуг от «идеального» рынка, товаров и услуг, описанного американским экономистом начала 20-го века -Маршалом.

Специфика медицинских услуг, получившая наименование «изъяны рынка», не позволяет обеспечить эффективность данного «особого» рынка посредством саморегулируемого орга-

низационно-экономического механизма, приемлемо работающего для подавляющего большинства товаров и услуг.

В этих условиях государство использует свои финансы, для того чтобы защитить «уязвимые» категории населения от медицинских рисков, связанных со здоровьем и отсутствием достаточных личных средств для оплаты необходимых медицинских услуг. К таким категориям относятся т.н. «бедные и больные», то есть, малоимущие граждане не люди преклонного возраста, а также дети из многодетных семей. Отсутствие у данных категорий населения возможности платить рыночную цену, покрывающую не только затраты на лечебный процесс, но и приносящую прибыль врачу, приводит к резкому ограничению доступности медицинской помощи, и как следствие ухудшение индивидуального и общественного здоровья.

И не случайно США, имеющие самый высокий уровень затрат на здравоохранение², больше 8 т. \$ США, занимает 33 место, отставая от стран, имеющих более эффективные, организационно-экономические модели как страховые, так и государственные. В тех же США функционируют две крупнейшие национальные программы по оплате медицинских услуг «уязвимым» категориям населения, владельцам социальных карт и лицам преклонного возраста, на которые тратятся бюджетные средства порядка 4т. \$ США на одного жителя.

Роль страхового института, который обычно представлен коммерческой страховой медицинской организацией (реже общественной организацией взаимного страхования), сводится к уменьшению финансовых рисков

²Отчет по здравоохранению агентства Bloomberg за 2013 год

домохозяйств за счет добровольного их страхования. В сфере медицинских услуг реализуется общий страховой принцип – «лучше здоровому человеку заплатить некоторую сумму денег, на всякий случай, чем стать пациентом, не имея средств на полноценное лечение и положительный результат».

Коммерческое (добровольное) страхование защищает индивидуальное здоровье застрахованного, но очень слабо влияет на общественно-здоровье, так как страховать выгодно только «здоровых и богатых», страховые риски для которых сопоставимы с их возможностью заплатить. Не случайно коммерческое здравоохранение называется «рисковым», и цена этого риска определяется на основе проведения атуарных расчетов как для набора услуг, так и для категорий населения. При прочих равных условиях рисковая страховая премия (покупка страхового полиса) на аналогичный пакет медицинских услуг для курящего или «полного» гражданина будет стоить дороже, чем для некурящего или «стройного» клиента. Обеспечивая свою финансовую устойчивость, страховая медицинская организация проводит отбор застрахованных и различные превентивные мероприятия, а также контролирует объем и состав предоставляемых пациентам медицинских услуг, определяя их клиническую адекватность. Заботясь о своих доходах, страховая организация вынуждена заботиться о своих клиентах, которые в любой момент могут оказаться пациентами.

Отсутствие широты охвата всего населения страны не позволяет частному страхованию ощутимо влиять на уровень общественного здоровья.

При реализации социального (обязательного) медицинского страхования или государственного здравоохранения роль страховых и государственных институтов существенно меняется по сравнению с частным здравоохранением.

При страховой организационно-экономической модели страховой институт выступает в качестве консолидированного и информированного покупателя медицинских услуг у медицинских

организаций и практикующих врачей, оплачивая те медицинские услуги, которые оказаны застрахованным лицам и входят в перечень государственных гарантий. Для того чтобы оплатить услуги данного перечня, страховые институты вынуждены планировать объемы медицинских услуг и согласовывать их стоимость с медицинскими организациями (практикующими врачами) и в пределах средств, определенных государством как обязательные страховые взносы для обеспечения государственных гарантий на медицинские услуги застрахованным лицам. В странах полноценно реализующих такую организационно-экономическую модель здравоохранения, государство не занимается непосредственно организацией медицинской помощи и её финансированием, а использует самоорганизующуюся модель, обеспечивающую взаимодействие страховых институтов и медицинской общественности. Преимущество данных моделей перед частным здравоохранением – это увеличение широты охвата населения страны, вплоть до полного охвата (что на практике редко встречается). Недостатком является отсутствие гибкости в применении медицинских технологий к конкретным пациентам и некоторое снижение индивидуального здоровья в ущерб общественному. Наличие регулируемых цен на медицинские услуги и их ограниченный перечень тормозит развитие современных медицинских технологий.

Это закономерное ограничение несколько компенсируется гибкостью данной модели за счет наличия договорных отношений в саморегулируемой системе продавца и покупателя медицинских услуг.

Государства, использующие страховую модель, занимают ведущие места в рейтинге уровня общественного здоровья при достаточно «разумных» совокупных подушевых затратах на здравоохранение (например: Швейцария, Япония, Израиль, Нидерланды, Германия и Франция).

Для государственных организационно-экономических моделей характерно отсутствие независимых от государства страховых институтов и участие

государства не только в формировании нормативной базы здравоохранения, определения перечня услуг, входящих в государственные гарантии, но и непосредственная организация оказания медицинских услуг и их финансирование за счет средств общего государственного бюджета или специальных государственных фондов здравоохранения. При организации государственного страхования медицинских рисков государство формирует сеть государственных медицинских организаций и оплачивает деятельность врачей, работающих по найму (система окладов). Хотя во многих странах частное здравоохранение привлекается к выполнению государственных страховых гарантий на условиях государства, выступающего в роли заказчика, конкретного перечня и объема медицинских услуг, оказываемых, как правило, всем гражданам страны. В государственных моделях здравоохранения существует нормированность всех ресурсов здравоохранения и жесткое государственное регулирование цен на все медицинские услуги, входящие в перечень гарантий. Широкий охват населения страны государственными гарантиями, высокая административная управляемость медицинской помощью и нормирование всех видов ресурсов позволяет получать высокий уровень общественного здоровья с достаточно скромными финансовыми затратами, но в ущерб индивидуальному здоровью и не административному (естественному) развитию новых медицинских технологий (примером может служить система «Семако», существовавшая в СССР и других странах восточной Европы в 20-веке и сохранившаяся без изменений только в Белоруссии и на Кубе). Страны, реализующие данную модель имеют высокий уровень национального здоровья при затратах немного ниже, чем в страховых моделях (например: Австралия, Швеция, Австрия и Канада).

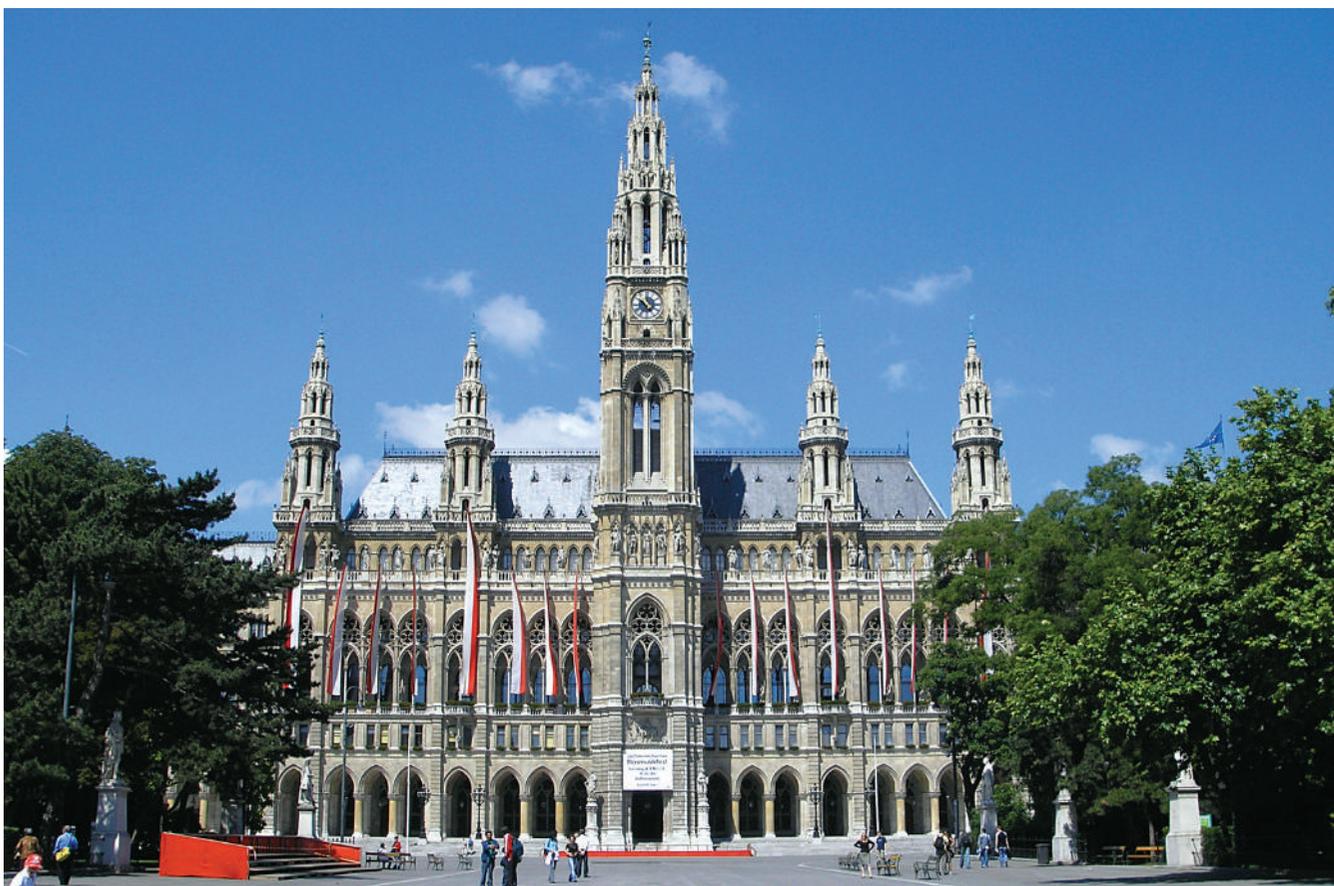
Одним из недостатков государственной модели можно считать отсутствие выбора медицинской организации и врача и очередность на все виды плановых услуг, доходящая до нескольких месяцев.

В 21 веке система здравоохранения любой страны - это совокупность перечисленных организационно-экономических моделей, выбор и использование которых обусловлено различными факторами, экономическими, социальными, клиническими и национальными особенностями развития системы. В

большинстве стран можно встретить все три модели в различных вариациях и долях. Сегодня можно говорить о повсеместном реформировании национальных систем здравоохранения, в направлении создания «гибридной» организационно-экономической модели, использующей свои элементы для по-

вышения медико-социальной и экономической эффективности здравоохранения, направленной на сохранение и увеличение «человеческого» капитала.

Рассмотрим этот процесс на примере различных стран.



Австрия

Основное лечение и стоматология, консультации специалиста, пребывание в государственных больницах и лекарства покрываются страховкой для любых работников. Члены семьи автоматически застрахованы посредством страховки нанятого члена семьи.

Все работодатели должны зарегистрировать своих сотрудников в окружном фон-

де медицинского страхования, известном как *Gebietskrankenkasse* (пер.: «*медицинское страхование*») в течение 7 дней после начала работы. Сотрудники и работодатели платят равные суммы в фонд здравоохранения. Члены семьи покрываются вкладами, которые осуществляют нанятые члены семьи. Самозанятое население для членов семьи приобретает страховку, дополнительную к

собственной. Дети, которые учатся в университете, застрахованы посредством страховки их родителей до 28 лет или пока они не закончат свое обучение. Все остальные должны зарегистрироваться в своем местном *Gebietskrankenkasse*, расположенном во всех мелких и крупных городах. Государство заботится о социально незащищенных группах граждан, таких как инвалиды, оплачивая



им страховку.

У многих австрийцев есть личное страхование (*Nebenversicherung, Zusatzversicherung* пер.: «в дополнение к страхованию», «дополнительное страхование») параллельно с госстрахом, чтобы покрыть дополнительные затраты, такие как специальное попечение (*Sonderklasse*) в больнице или вызов частного доктора, у которого нет контракта с государственной системой страхования. Существуют многочисленные австрийские страховые фирмы, которые предоставляют такую страховую защиту на различных уровнях. Это может быть как часть группового страхования, организованного Вашим работодателем (как с государственной системой: половина суммы оплачивается работодателем, половина сотрудником), или как программа самострахования.

Все австрийцы, которые имеют право пользоваться услугами государственной системы здравоохранения, являются владельцами электронной карты, выданной *Gebietskrankenkasse*. Данная система позволила австрийской системе социального обеспечения контролировать все медицинские запросы в электронном виде. Карта изменила государственную систему здравоохранения, снимая бюрократические барьеры, которые существовали прежде. Сегодня электронная карта действует как доказательство необходимости получения пациентом

услуг доктора или дантиста и может использоваться в качестве удостоверения личности гражданина, потому что она содержит электронную подпись и анкетные данные человека, включая дату рождения и номер социального страхования. При посещении врача необходимо предъявлять электронную карту.

Пациенты могут только консультироваться с докторами, у которых есть контракты с фондом социального страхования. Некоторые доктора принимают только частных застрахованных клиентов. У врачей, которые принимают государственные платежи, обычно есть свидетельство, на котором написано *Kassenarzt* (пер.: «врач страхкассы») или *Alle Kassen*. Чаще всего оно висит у доктора в кабинете. Если пациент лечится у кого-либо другого, кроме как *Kassenarzt*, он должен будет заплатить из собственных средств.

В соответствии с австрийским законом государственные и частные больницы должны оказывать помощь пациентам в чрезвычайных ситуациях, независимо от того, каков их страховой статус. Однако как только состояние пациента стабилизируется, врачи потребуют доказательство страхового статуса. Неотложная помощь оказывается в отделении экстренной медицинской помощи и называется *Notaufnahme* (пер.: «приемный покой»). В Австрии есть сеть поддерживаемых государством общественных и частных больниц. Большинство людей предпочитает

Общий стационарный госпиталь, который имеет опыт лечения разных болезней и повреждений. Все государственные больницы открыты для всех застрахованных пациентов, включая застрахованных в частном порядке. Пациентов допускают в больницу либо через отделение неотложной помощи, либо по направлению врача. Качество палат зависит от уровня медицинского страхования человека. Застрахованных частным полисом пациентов размещают в одноместном номере или номере на двоих. Застрахованным государством пациентам придется разделить палату с двумя или тремя другими людьми. В Австрии существует финансируемая государством программа иммунизации. Есть программа массовой вакцинации от клещевого вирусного энцефалита, которым есть опасность заразиться на засаженных деревьями территориях с весны до осени. Пенсионеры также имеют право повысить свой иммунитет во избежание заболеваний гриппом и пневмонией. Детей также окружают заботой относительно иммунизации. Вакцинации проводятся в приемной у доктора.

Оплата больничных услуг стоит дорого и осуществляется либо пациентом, либо страховой компанией. Даже в случае чрезвычайной ситуации лечение бесплатно только до момента стабилизации состояния больного. Но как только это произойдет, дальнейшее лечение должно быть оплачено. Пациенты могут отказаться от дальнейшего лечения, если того пожелают.

Gebietskrankenkasse непосредственно оплачивает большинство затрат на рецептурные лекарства, но есть небольшой дополнительный сбор, который должен оплатить пациент. Этот сбор известен как *Zuzahlungspflicht* (пер.: «сооплата»), и составляет в среднем 4.45 евро. Пациенты, которые используют частную программу здравоохранения, должны заплатить за свое лечение и затем послать свои квитанции страховщику для компенсации потраченных средств.





Белоруссия

Министерство здравоохранения отвечает за управление сектором здравоохранения через соответствующие ведомства, которые подчиняются Районному и Минскому городскому исполнительному комитетам. Закон о здравоохранении 1993 года гласит, что расходы на здравоохранение населения не должны быть меньше, чем 10 процентов от национального дохода. Все граждане в Беларуси имеют право на бесплатную медицину в финансируемых государством учреждениях.

Служба здравоохранения финансируется через общую систему налогообложения. Министерство здравоохранения и Министерство финансов согласовывают бюджет, выделенный на сектор здравоохранения, и затем определяют процент налоговых поступлений, которые будут отведены на здравоохранение. Все граждане и зарегистрированные жители Беларуси имеют право пользоваться широким спектром всесторонних медицинских услуг, финансируемых государством. Лекарства, прописанные амбулаторным больным, некоторые стоматологические услуги, включая протезирование, пластическая хирургия, очки, посещение курортов и некоторые профилактические осмотры не покрываются государством. Правительство решает, какие медицинские услуги получит каждая группа общества.

Граждане, находящиеся в наиболее уязвимом положении, например, беременные женщины, ветераны войны, диабетики и больные туберкулезом, не оплачивают расходы на лечение. Однако родители должны

заплатить часть стоимости за детские лекарства, отпускаемые по рецепту. Большинство населения не согласно с тем, что амбулаторные лекарства, отпускаемые по рецепту, должны быть платными, т.к. это провоцирует людей откладывать лечение или ложиться в больницу, поскольку все лекарства, прописанные в больнице, бесплатные. Граждане могут приобрести услуги частного медицинского страхования, чтобы дополнить государственную систему и покрывать те услуги, которые государство не считало необходимыми. Однако не у многих граждан есть средства на это.

В Беларуси работают приблизительно 41,700 докторов и около 111,000 младших медицинских сотрудников, что является большим количеством специалистов для такого населения. На медицинском обслуживании лежит огромное финансовое бремя, которое предположительно привело к неравному распределению лечения. Доктора относятся к разным пациентам по-разному. Иногда, когда критерии между двумя пациентами схожи, доктора предпочитают оказывать услуги тем пациентам, которые побогаче. Распространена практика «неформальных» платежей, и таким образом самые бедные члены общества ограничены в доступе к качественному лечению.

Сельские медицинские учреждения обеспечивают службу неотложной медицинской помощи, первую помощь и основное амбулаторное лечение людям, проживающим в деревнях и малых городах. Они предоставляют людям обычные меди-

цинский осмотры, социальное обеспечение материнства и иммунизацию, скорую помощь, лечение небольших ушибов, круглосуточную чрезвычайную помощь и вызов врача на дом. Тех пациентов, которые нуждаются в более сложных процедурах, медицинские сотрудники направляют в больницу.

В стране есть 834 больницы, обеспечивающие более чем 125,000 больничных коек. Некоторых больницы абсолютно лишены комфортных условий. Пациенты должны обеспечить себе собственную посуду, столовые приборы и еду. Согласно закону, больницы могут делать те услуги платными, которые они посчитают помощью не первой необходимости. Дантисты поликлиники оказывают основные стоматологические услуги, однако такие услуги являются платными.

По всей стране есть сеть государственных и частных аптек. Семь принадлежащих государству компаний производят медикаменты, и им принадлежат больше чем 4,300 аптек. Существует также 1,500 частных аптек. Граждане должны платить за все лекарства, которые продаются в аптеке, но правительство решило, что определенные группы, находящиеся в уязвимом положении, включая некоторых людей с хроническим заболеванием, должны получать необходимые медикаменты бесплатно или по льготной цене.



Бельгия

В Бельгии медицинское страхование является обязательным. Основные затраты покрываются национальной системой социальной защиты. Платежи производятся и работодателями, и работниками, и они составляют 7.35% заработной платы до вычета налогов каждого человека. Сотрудник должен заплатить непосредственно 3.55% из своего оклада, а работодатели - оставшиеся 3.8%. Работавшие не по найму люди должны заплатить полные 7.35% на ежеквартальной основе. Финансовое покрытие автоматически предоставляется безработным зависимым членам семьи и детям до 18 лет. Безработные, пенсионеры и люди на долгосрочном пособии по болезни или в декретном отпуске не обязаны платить взносы в здравоохранение. По историческим причинам некоторые фонды здравоохранения ограничены для членов различных религиозных, политических или профессиональных объединений, но большинство фондов открыты для всех. Люди должны оплатить определенную часть медицинского счета сами, и обычно они платят непосредственно своему доктору или больнице. Они должны представить свои квитанции для компенсации, и тогда деньги будут начислены непосредственно на банковский счет взыскателю.

Большинство бельгийцев приобретает дополнительное медицинское страхование, чтобы покрыть часть затрат, которые не возмещаются. Много работодателей обеспечивают дополнительное медицинское страхование как преимущество конкретной занятости.

Государственный фонд покрывает большинство медицинских услуг, включая лечение специалистами, госпитализацию, выписку рецептов, беременность, роды и реабилитацию.

Работающие не по найму люди защищены только от «основных рисков», которые включают психическое заболевание, туберкулез, рак, наследственные болезни, врожденные дефекты, большинство видов хирургии и роды.

Бельгийская система компенсации сложна. Существует 18 категорий медицинских процедур и обслуживаний. У каждой из них есть собственный уровень компенсации, который может варьироваться и достигать 100%. Такие граждане, как вдовы, сироты и те, кто получает определенную общественную помощь, попадают в «привилегированную» категорию, которая дает право им на более высокий уровень компенсации. Хотя для людей, которые не состоят в привилегированной группе, размер возмещения обычно составляет 75%. Пациенты свободны в выборе доктора для регистрации, но эта регистрация не обязательна. Пациенты должны платить семейному врачу и консультирующему доктору наличными или чеком каждый раз, когда их посещают. Пациенты с низким доходом освобождены от такой оплаты. Пациенты, которые проходят лечение без направления от семейного доктора, могут не получить полного возмещения средств, а если получают, то возмещение будет значительно меньше.

Согласно Бельгийской национальной

системе здравоохранения, пациенты могут договариваться о встрече непосредственно со специалистом без направления от доктора.

Больничные услуги в Бельгии очень хорошие, но может быть очередь на лечение и на услуги не первой необходимости. В Бельгии есть два типа больниц.

Одна группа известна как *ahoritaux* или *ziekenhuizen* и может быть обозначена белой буквой H на синем фоне. У больницы этого типа есть свой собственный штат, который отвечает за все лечение, как только пациента оформляют в больницу. При госпитализации в бельгийскую государственную больницу необходимо предъявить бельгийское удостоверение личности или паспорт, или SIScarte (*Système d'Information Sociale*). Если этих документов нет, то необходимо предъявить полис частного медицинского страхования. Ожидается, что пациенты оплатят свой больничный счет в течение недели. Пациенты, находящиеся в критическом состоянии, не должны этого делать, пока их состояние не стабилизируется.

Второй тип больницы - частная больница, которая называется *aclinique* или *kliniek*. Она имеет свой собственный медицинский штат и позволяет семейному врачу пациентам брать на себя ответственность за их лечение. Доктор решит, какая частная больница необходима его пациенту, и это будет зависеть от того, в каком типе лечения нуждается больной. Стоимость поездки на машине скорой помощи не возмещается национальной системой здравоохранения. Некоторые

страховщики должны увидеть документ от доктора, который разрешает оказание неотложной помощи и госпитализации прежде, чем они возместят средства.

Стоматологические услуги в Бельгии превосходны. Граждане могут выбрать себе дантиста сами. Государство финансирует услуги дантиста, если он находится в списке одобренных государством стоматологов. Те, кто пользуется услугами частного здравоохранения, могут ограничиться стоматологами, одобренными их страховой компанией.

Пациенты должны заплатить за любые стоматологические услуги наличными, а затем послать свою квитанцию, затраты по которой будут возмещены. Такие услуги, как установка коронок и мостов, должны быть согласованы с соответствующей медицинской страховой компанией или национальной организацией медицинского обслуживания.

Аптеки обозначены большим зеленым крестом и называются *called pharmacie* или *arothem*. Они строго урегулированы по ти-

пам лекарств, которые они могут продать. Они также несут ответственность, если человеку станет плохо из-за одновременного употребления лекарств или из-за приема неправильных медикаментов, даже если они были предписаны доктором. Лекарства безрецептурного отпуска стоят дороже, чем отпускаемые по рецепту. Затраты на отпускаемые по рецепту лекарства покрываются национальной системой здравоохранения.

Хорватия

Финансирование хорватской государственной системы здравоохранения осуществляется из различных источников. Платежи за медицинское страхование обязательны для работников и работодателей. Зависящие члены семьи застрахованы через вклады, сделанные рабочими членами семьи. Работающие не по найму граждане должны оплачивать взносы полностью. Уязвимые группы, такие как пенсионеры и низкооплачиваемый персонал, освобождены от оплаты. Хорватский институт медицинского страхования (ХИМС) формирует бюджет, исходя из суммы вкладов рабочего населения. Некоторые граждане дополняют услуги государственным здравоохранением частным медицинским страхованием. Небольшое число граждан

должно также заплатить часть платежей, чтобы получить доступ к некоторым медицинским услугам. Все пациенты должны платить за лекарства, отпускаемые без рецепта. За стоматологические услуги, консультации со специалистами также нужно будет заплатить.

Зарегистрированные эмигранты, которые не работают, могут быть застрахованы взаимным соглашением с их родной страной.

Пациенты свободны в выборе своего доктора. Семейные врачи работают как частные доктора в пределах хорватской системы здравоохранения, и они часто запрашивают деньги прежде, чем назначить лечение. Семейные врачи в Хорватии более опытные в области травматологии и неотложной по-

мощи, чем их западные коллеги и только одна треть имела опыт в общей практике. Наблюдается тенденция обращения к частной практике, включая персональный уход, аппаратные средства диагностики и частные аптеки. Докторам разрешается арендовать помещения в поликлиниках для проведения лечения. Им платит Хорватский институт медицинского страхования, который соглашается с ними контракты на ежегодной основе. Контракт определяет стоимость основного лечения и сопутствующих медицинских услуг.

Врачи лицензируются для получения разрешения на частную практику Министерством здравоохранения. Они должны доказать, что имеют минимальное число за-



регистрированных пациентов и обеспечить минимальный спектр медицинских услуг. Доктора могут заключить контракт непосредственно с работодателями.

Пациенты нуждаются в направлении от доктора, чтобы прийти на прием к специалисту.

У каждого муниципалитета есть поликлиника плюс сеть отделений первичной медицинской помощи. Поликлиники обеспечивают населению всех городов общие медицинские, стоматологические и гинекологические услуги. Кроме того, они обязаны предоставить людям неотложную помощь, диагностические услуги и санитарное просвещение. Отдаленные сельские больницы также предлагают амбулаторное лечение, которое контролируется городской поликли-

никой. Некоторые также обеспечивают роды и краткосрочное стационарное пребывание.

Больницы расположены во всех крупных городах и населенных пунктах. В основном они финансируются за счет контракта с хорватским Институтом медицинского страхования. Больницы делятся на две категории: общего профиля и специализированные. Оба типа имеют амбулаторные учреждения.

Больницы общего профиля оказывают помощь и лечение акушерства и гинекологии, терапии, хирургии и стационарного лечения для детей.

Специализированные больницы обеспечивают лечение и стационарное пребывание для пациентов с хроническими и специфическими заболеваниями.

Санатории также представлены в На-

циональной службе здравоохранения Хорватии. Они обеспечивают массаж и физиотерапию с использованием природных элементов, таких как минеральные источники, грязь, песок и море. Санатории направлены на обеспечение профилактического лечения и реабилитации.

Поликлиники обеспечивают консультации специалиста, диагностические и реабилитационные услуги. Они связаны с больницами общего профиля. Пациентам необходимо направление, чтобы попасть на прием к доктору в поликлинике.

Большинство аптек частные. Увеличение частного сектора способствует продаже более доступных медикаментов. Они поставляют как рецептурные препараты, так и отпускаемые без рецепта лекарства.



Кипр

Социальное страхование на Кипре является обязательным для всех граждан и зарегистрированных иностранцев, работающих на Кипре. Оно обеспечивает пенсии, пособия по социальному обеспечению и здравоохранению. Финансирование осуществляется за счет взносов работников, работодателей и государства. Сотрудники платят 6,3 % страховых взносов от своего дохода. Работодатели платят столько же, и государство вносит дополнительные 4%. Самостоятельно занятые люди должны платить 11,6% от своих доходов, а государство доплачивает еще 4%. Социальное страхование охватывает зависимых членов семьи, которые не работают, и дает право всем гражданам на бесплатное или льготное медицинское и стоматологиче-

ское лечение. Иностранцы, иммигрирующие на Кипр, которые платили два года подряд взносы на социальное обеспечение в другой стране ЕС, будут также покрыты страхованием в течение ограниченного периода. Пенсионеры стран-членов ЕС также имеют право на бесплатное лечение.

Государственная система здравоохранения обеспечивает общее и специальное лечение, материнство, неотложную медицинскую помощь, основные стоматологические услуги, госпитализацию, лабораторные услуги, недорогие рецептурные препараты, медицинскую технику и транспорт.

Граждане должны получить медицинскую карту одного из двух имеющихся типов. Медицинская карта типа «А» позволя-

ет бесплатно получать медицинскую помощь следующим группам: людям без иждивенцев, годовой доход которых составляет 15.000 €, семейной паре с годовым доходом менее 30.000 € сумма покрытия медицинских услуг может быть увеличена на 1.700 € на каждого ребенка; людям с четырьмя и более детьми, независимо от их доходов.

Медицинская карта типа В обеспечивает половину стоимости затрат на здравоохранение и распространяется на людей, не имеющих иждивенцев, а их годовой доход составляет от 15.000 до 20.000 €, и для людей с тремя детьми и годовым доходом от 30.000 до 37.000 €. Держателям данной карты придется заплатить около 12.000 € за консультацию доктора и около 850.000 € в день за ста-

ционарное лечение в больнице.

Большинство киприотов и иностранцев приобретают полисы частного медицинского страхования, потому что они предлагают более широкий выбор врачей и больниц, а также освобождают от нахождения в очередях. Кипрское правительство фактически рекомендует своим гражданам покупать частные страховки, и лучше это делать через компании, которые оплачивают большие медицинские счета напрямую. Рынок медицинского страхования на Кипре является очень конкурентоспособным и сложным, со множеством компаний, предлагающих широкий спектр услуг.

Частный сектор здравоохранения охватывает около 50% первичных и вторичных медицинских услуг страны и исполняет важ-

ную роль поддержания высоких стандартов здравоохранения. Появляется много новых частных медицинских и стоматологических клиник, и число врачей и стоматологов в данном секторе растет.

В городах врачи занимаются лечебной практикой самостоятельно, а в сельской местности они работают в медицинских учреждениях.

Кипр имеет эффективную сеть финансируемых государством и частных больниц и клиник в городской местности, которые предоставляют общественности широкий выбор услуг. Во всех провинциях Кипра есть новые больницы общего профиля, которые также недавно были открыты в Никосии и Фамагусте. Традиционно многие пациенты, нуждающиеся в пересадке органов и других

сложных медицинских операциях, отправляются на лечение в другую страну. Здравоохранение на Кипре улучшилось настолько, что операции на открытом сердце и трансплантация почек могут теперь проводиться и на Кипре.

Волонтерский сектор играет важную роль в здравоохранении Кипра. Он предоставляет множество социальных программ и услуг здравоохранения. Например, благотворительные, долгосрочная медицинская помощь, а также важные диагностические и клинические услуги.

На Кипре доступны почти все бренды лекарств, а фармацевты высоко квалифицированы.

В таблице №1 дана сравнительная характеристика рассмотренных в данной статье национальных систем здравоохранения.

В следующих публикациях будет продолжено рассмотрение различных национальных особенностей построения органи-

зационно-экономических моделей.

Страны	% от ВВП	Финансирование здравоохранения на душу населения \$ США	Число больничных коек на 1000 чел.	Число врачей на 1000 чел.	Общественное финансирование здравоохранения	Частное медицинское страхование	% Общественные источники (%)	Вклады пациентов в государственную службу здравоохранения
Австрия	10.4	2,196	8.8	3.4	Да	Да, во многих случаях, чтобы дополнить государственную схему	76	Да
Беларусь	6.2	147	11.3	4.55	Да	Да (лимитировано)	Нет	Нет данных
Бельгия	10.9	1,817	7.3	3.9	Да (пациентам возвращается 50% 75% от стоимости)	Да, (пациенты используют услуги частного здравоохранения, чтобы покрыть разницу между стоимостью и тем, что правительство возвращает)	70.9	Да, сотрудник 3,55% и работодатель 3,8%, суммарный вклад 7,38%
Хорватия	9	609	5.6	2.4	Да	Да	84	Да
Кипр	5.8	1,109	4.4	2.3	Да	Да	39	Да, работник платит 6,3%, а работодатель платит 4%

Таблица №1. Сравнительная характеристика национальных систем здравоохранения

Клинико-статистические группы – основной организационно-экономический инструмент современного здравоохранения



МИХАИЛ ПИРОГОВ,

д.э.н., заместитель главного редактора журнала «ОМС в Чеченской Республике»

Резюме. Система клинико-статистических групп заболеваний - КСГ (в международной аббревиатуре - ДРГ – диагностически-родственные группы заболеваний), как схема для классификации пациентов, была создана более 40 лет назад в США для обеспечения стандартов качества лечения. Все КСГ системы, используемые в настоящее время, основаны на этой базовой модели. Разработанная Робертом Барклом Феттером и Джоном Деверо Томпсоном в Йельском университете в 1967 году, первоначально она служила для классификации групп пациентов, а также предназначалась в качестве инструмента для управления службами клиник и больниц, измерения их производительности и оценки качества медицинских услуг. Лишь позднее КСГ стали применяться для систем оплаты с фиксированной стоимостью лечения посредством добавления оценки тяжести лечения и ссылкой на типичную стоимость. Международный опыт использования КСГ в качестве инструмента оплаты медицинской помощи насчитывает более 30 лет, с широкой вариацией национальных моделей. С 2013 года отечественное здравоохранение, в рамках реализации базовой программы ОМС, стало использовать национальную модель КСГ, находящуюся на этапе разработки и апробации. В статье рассмотрены различные стоимостные характеристики КСГ.

Ключевые слова. Клинико-статистические группы. Стандарты медицинской помощи. Методика ценообразования в здравоохранении.

Сведения об авторе: **Пирогов Михаил Васильевич** – профессор кафедры экономики и организации в социальной сфере Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, доктор экономических наук, pirogov.57@mail.ru.

Внедрение достижений научно-технического прогресса в практику здравоохранения, в особенности, здравоохранения развитых стран, создало принципиально новые диагностические и лечебные возможности. Одновременно оно же привело к росту расходов на здравоохранение, поскольку в большинстве случаев новые технологии имели более высокую стоимость по сравнению с предыдущими.

Рост стоимости медицины и демографическая динамика последних десятилетий стали причиной дефицитных бюджетов здравоохранения во многих странах. Эти условия потребовали появления новых механизмов планирования и распределения финансовых ресурсов

в медицине. Одним из таких механизмов является КСГ - модель

На рис.1 представлено многообразие национальных моделей КСГ, используемых в настоящее время и имеющих различное время применения. Хотя идеология формирования «базовых» КСГ была заложена во второй половине 20-го века, практика их использования и национальные особенности организации и финансирования здравоохранения делают модели КСГ достаточно разнообразными по их клинической, и особенно, экономической интерпретации.

При этом, в разных странах, моделям КСГ предшествовали различные способы оплаты медицинской помощи:

- оплата отдельных услуг, оказываемых пациентам в рамках реализации законченного случая лечения;

- оплата медицинской помощи по «глобальному» бюджету больницы, сформированному в процессе переговоров между больницей и плательщиком медицинской помощи, которым в разных странах выступает страховая организация, национальный фонд медицинского страхования или органы государственной власти;

- финансирование медицинских организаций по смете расходов.

В целях систематизации национальных моделей применяемые модели КСГ можно объединить в несколько типовых групп.

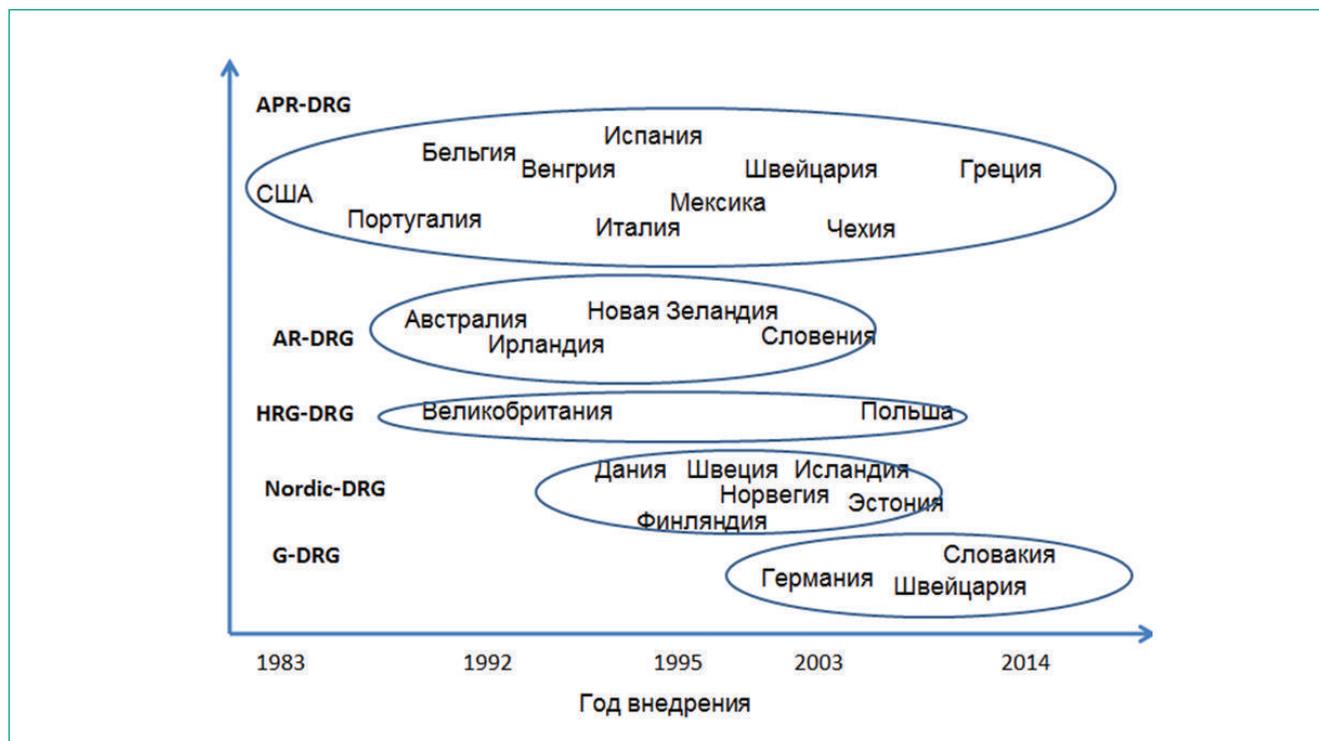


Рис.1. Распространенность различных типов КСГ (ДРГ) в мире.

Наиболее распространенной и имеющей самую длительную практику применения является группа моделей – **APR-DRG**. Данная группа моделей КСГ является логичным развитием американского прототипа **DRGs**, используемого для конечной группы заболеваний и ограниченного числа пациентов в рамках национальной медицинской программы США - Medicare. Прототип последовательно усложнялся для обеспечения полного охвата всех заболеваний и пациентов, не входящих в данную программу и был преобразован в модель **AP-DRG**. Высокая степень усреднения клинических параметров при проведении экономических расчетов не позволяла учитывать специфику лечения тяжелых случаев и соответственно усредняла финансовое обеспечение конкретных больниц, экономически мотивируя их на ограничение комплексного лечения сложных случаев. Данная проблема решается в моделях APR-DRG посредством учета параметров по тяжести болезни и риска смертности по че-

тырем подгруппам: малая, умеренная, средняя и тяжелая. Соответственно изменяется конечная стоимость финансирования больницы. В настоящее время группа моделей APR-DRG трансформируется в модель **MS-DRG**, имеющую более развитую, трехуровневую систему учета тяжести лечения, учитывающую воздействие сопутствующего диагноза на сложность и стоимость лечения.

Группа моделей **AR-DRG**, разработанная в Австралии, изначально ориентировалась на учет тяжести лечения пациента. Для целей группировки диагнозов по КСГ была предложена модифицированная международная классификация болезней (МКБ-10AM, Австралийская модифицированная), в которую добавлено около 6 тыс. кодов, дающих возможность более детального описания диагнозов. Для учета оперативных вмешательств и диагностических процедур был разработан справочник медицинских услугACHI (Australian Classification of Health Interventions).

Из всех стран с относительно не-

давним опытом перехода к оплате по модели AR-DRG наиболее полный и широкомасштабный пример реформ в здравоохранении представляет Турция – страна с населением более 70 млн. чел., большими различиями между регионами и преимущественно государственной системой здравоохранения, в которой все работники государственных ЛПУ являются госслужащими. До 2004 г. в Турции преобладало прямое бюджетное финансирование по койкам, а с 2004 г. была введена система оплаты за фактически оказанные услуги и использованные медикаменты и медицинские изделия. В 2005 г., после изучения международного опыта, правительством Турции было принято решение использовать систему DRG Австралии (AR-DRG). Министерством здравоохранения Турции было решено изучить выгоды и риски внедрения AR-DRG, для чего был подготовлен пилотный проект, который продолжается по настоящее время. С 2006 г. в проекте участвуют восемь ЛПУ, а с 2008 г. – сорок ЛПУ. В 2011

г. Турция полностью перешла на оплату по DRG. Министерство здравоохранения Турции считает такой переход наиболее действенным стимулом повышения эффективности работы ЛПУ и всей государственной системы здравоохранения.

Несмотря на очевидные достоинства австралийской модели КСГ, по учету сложных случаев лечения, ряд исследователей отмечают некорректность использования существующей модели КСГ для медицинской реабилитации и паллиативного лечения, а также для экстренной травматологической помощи. Существует потребность в многофакторном исследовании для оценки прямых затрат на лечение в остром периоде травмы, а также для выявления факторов, таких, как демография и обстоятельства получения травмы, которые связаны с более высокими затратами на лечение.

Группа моделей **HRG-DRG**, применяемая в Великобритании и с некоторыми изменениями в Польше, ориентирована на использование КСГ в государственной организационно-экономической модели здравоохранения. В HRG код КСГ состоит из пяти символов: двух букв, за которыми следуют два числа, и последней буквы. Первая буква обозначает главу, вторая подраздел, т.е. соответствующие участки тела или системы организма, выявляя области клинической помощи. Также учитывается уровень осложнений и сопутствующих заболеваний, связанных с HRG («малый», «средний» и «большой»). Дополнительно учитывается длительность лечения, возраст и сочетание нескольких факторов.

Группа моделей **Nordic-DRG** используется в странах северной Европы, а также в прибалтийских странах. Данные модели адаптированы под специфику организации и финансирования здравоохранения, преимущественно за счет налоговых источников, и являются всеобъемлющим описательным инструментом, который может отображать деятельность организации, её ресурсное и кадровое обеспечение. В моделях обеспечивается формирование и предоставление соответствующей инфор-

мации в здравоохранении как при планировании деятельности, так и для её финансирования.

Большой интерес представляет группа моделей **G-DRG**, одна из самых «молодых» реализаций системы КСГ в Европе. Начало разработки и апробации этой модели было положено в Германии, с 2006 года некоторые элементы модели стали использоваться в Швейцарии, придя на смену используемой ранее модели **APR-DRG**.

Дальнейшее развитие системы КСГ в Швейцарии позволило сформировать национальную модель **SwissDRG**. В последние годы в Швейцарии, как и в других европейских странах, система здравоохранения характеризуется рядом изменений. Перемены затрагивают все секторы здравоохранения: больницы, частные практики, отдельных пациентов. Принимая во внимания значительные изменения всей системы, больницы и частные врачебные практики вынуждены заново переоценить свое место на новом рынке медицинских услуг. Основными вопросами становятся гарантия качества, эффективность, и внутренняя конкурентоспособность. Все большее значение приобретает процесс ценообразования. Основная переменная наблюдается в системе финансирования здравоохранения и предоставления медицинских услуг. Цель всех изменений состоит в том, чтобы сделать процесс предоставления медицинских услуг более эффективным, с ориентацией на результат, так как, используя систему КСГ, эффективно работающие больницы имеют финансовое преимущество перед неэффективными, работая более рентабельно. При этом экономический стимул увеличивается. **SwissDRG**, являясь новой тарифной системой, действует в Швейцарии с января 2012. После недавнего пересмотра закона о медицинском страховании, **SwissDRG** управляет системой оплаты стационарных медицинских услуг и действует во всех кантонах Швейцарии. На основании системы **SwissDRG** каждое пребывание в больнице основано на таких критериях, как основной диагноз, вторичный диагноз, предписанное лечение и серьезность случая.

Оплата формируется на основании всех этих факторов. Цель новой системы КСГ, прежде всего, увеличение прозрачности. С введением **SwissDRG** преобразована существующая система расчетов. В центре внимания - гарантия высокого качества. Экономленные средства (прибыль) могут вкладываться в другие секторы системы здравоохранения. Самый важный критерий для правильного определения групп пациентов - основной диагноз при выписке из больницы. Дополнительные критерии, такие как вторичные диагнозы, проведенное лечение и процедуры, возраст и пол пациента, тип лечебного заведения, серьезность заболевания также важны в системе КСГ. В родильных отделениях существенное значение играет вес новорожденных при рождении.

В Германии, в рамках Закона о реформе здравоохранения 2000 года, был пересмотрен закон о финансировании больниц. С 1 января 2003 года для оплаты полного или частичного спектра стационарных больничных услуг по всем медицинским направлениям вводится платежная система, основанная на стоимости пакета оказанных услуг на основе DRG, которая ориентирована на уже проверенную на международном уровне подобную систему. Органы самоуправления немецкого здравоохранения были призваны выбрать одну из существующих на тот момент в мире DRG - систем в качестве основы для немецкой DRG. Выбор пал на систему австралийского штата Виктория, называемую «австралийские усовершенствованные DRG» (AR-DRG). AR-DRG показала медицинскую дифференциацию групп пациентов, наиболее подходящую для адаптации к немецким реалиям стационарного лечения.

На рисунке 2 представлены этапы внедрения модели G-DRG в Германии.



Рис.2. Этапность внедрения системы КСГ (ДРГ) в Германии.

G-DRG была испытана в течение года и с 1 января 2004 года стала обязательной для всех немецких больниц и клиник, заменив собой ранее существующую систему, основанную на оплате конкретного случая заболевания, специальных тарифов и тарифов по уходу за больными. Функционирование системы контролирует основанный в мае 2001 года Институт Оплаты Труда для Больниц (InEK GmbH), расположенный в городе Siegburg. Система G-DRG является системой классификации пациентов, которая устанавливает клинически воспроизводимым образом отношение между характером и числом случаев заболевания в больнице и требуемыми ресурсами больницы. DRG описывает случай заболевания пациента и суммирует все требуемые для лечения ресурсы, начиная с поступления больного и кончая его выпиской. Стоимость лечебного процесса вычисляется по формуле:

[(стандартизованные затраты, связанные с трудовыми ресурсами

*** региональный коэффициент) + стандартизованные затраты, связанные с организацией лечения] * коэффициент DRG + дополнительные компенсации.**

DRG организуются в систему по группам случаев заболевания, которая: - объединяет все стационарные случаи заболеваний, основанные на диагнозах и необходимых лечебных процедурах, в DRG-группы по этиологии заболеваний и требуемым потребляемым ресурсам, - связывает оценку требуемых больничных ресурсов и типа лечения, - предписывает более высокую оплату за сложные случаи заболевания, требующие потребления дополнительных ресурсов.

Эти группы составляют основу для финансирования, бюджетного планирования и бухгалтерского учета в условиях стационара.

На основе основного диагноза и необходимого лечения случай относится к одной из 900 DRG групп. Эти группы

имеют буквенно-численное обозначение: первая буква – органы и системы; две следующие цифры вид лечения (1 – 39 - хирургические операции; 40 – 59 - интервенционные процедуры; 60 – 99 - консервативное лечение); последняя буква дает информацию по осложнениям и сопутствующим заболеваниям, определяя при этом ресурсные затраты (8 групп «А»-«G» и «Z», «А» - максимальные затраты). Каждый из этих DRG содержит значение базовой цены лечения того или иного заболевания (т.н. DRG – число). Эта относительная стоимость умножается на базовую стоимость лечения, присвоенную каждой клинике (колеблется от 2,7 т. евро до 3,1 т. евро). Все больницы и частные врачи обязаны информировать пациентов об этой системе и применяемой ими в настоящее время базовой стоимости до заключения контракта на лечение. Могут быть дополнительные цены для отдельных видов деятельности или очень дорогих материалов, но обычно DRG-цены на

G-DRG		
F72C ангина без осложнений		
ALOS	вес коэф-т	цена
3,8	0,499	€ 1.397
+ осложненный диагноз		
F72B ангина с осложнениями		
6,1	0,681	€ 1.907
+ более осложненный		
F72A ангина с серьезными осложнениями		
9,8	1,081	€ 3.027
AP-DRG		
140 ангина		
ALOS	вес коэф-т	цена
1,7	0,5881	\$ 3.058 (2.352€)

Рис.3. Сравнение КСГ Германии с американским прототипом AP-DRG (программа Медикел)

лечение также включают в себя и стоимость имплантационных материалов, дорогих лекарств и т.д.

Система G-DRG была создана для повышения прозрачности в администрациях больниц и сравнения качества лечебных учреждений. С помощью DRG-систем можно оценить функциональную эффективность больниц или их отделений. Они дают возможность для анализа различных больничных услуг, особенно в таких областях, как:

- оценка бюджета;
- планирование;
- анализ производительности труда;
- контроль качества;
- заработная плата;
- сравнение больниц;
- сравнение отделений одной больницы.

Кроме того, можно провести анализ оказанных медицинских услуг и определить расходы, доходы и среднюю продолжительность пребывания в

больнице для конкретного случая заболевания.

На рисунке 3 представлены КСГ (F72C, F 72B и F72A), используемые в Германии для оплаты ангины, и КСГ (140) для этого же заболевания, используемое в США, для финансирования национальной программы Медикел. Если в США оплата осуществляется независимо от тяжести заболевания и возраста, а также наличия осложнений, то в Германии учтены эти обстоятельства и отражаются в длительности лечения и в весовом коэффициенте. Ангина без осложнений оплачивается за 1 397 евро, при минимальной средней длительности 3,8 дня. Наличие осложнений течения заболевания оплачиваются выше – 1 907 евро, с длительностью лечения – 6,1 дней. Самые сложные случаи с сопутствующими заболеваниями для детского и престарелого контингента стоят 3 027 евро, со средней длительностью 9,8 дней. Критерии отнесения пациента к той или иной группе сложности (CC)

подробно прописаны и опираются на многолетнюю статистику наблюдений.

В США, независимо от сложности состояний, предусмотрена одинаковая оплата – порядка 2 352 евро.

Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение.

Процесс внедрения общенациональных КСГ в Германии проходит поэтапно и продолжается в настоящее время.

Стратегическая задача - переход на единые тарифы по заболеваниям и методам лечения, учет обоснованных отклонений по потребляемым ресурсам для различных клиник, введение поправочных коэффициентов качества и формирование предельных годовых объемов деятельности и финансирования стационара, т.е. обеспечение клинко-экономиче-



Рис. 4. Основные компоненты (этапы) разработки национальных КСГ.

ского баланса на уровне отдельных больниц, больничных касс и национального здравоохранения в целом.

Проводя анализ используемых в мировой практике систем КСГ, при всем их разнообразии и национальных особенностях можно выявить логику группировки различных критериев, определяющих выбор той или иной национальной модели.

Для подавляющего большинства стран прототипом национальных КСГ являются американские DRG, которые в течение 35 лет практического использования претерпели трансформации как по их числу, так и по набору и использованию критериев группировки. Многие страны (Франция, Испания, Португалия, Ирландия, Австралия, Турция, Германия, Финляндия, Эстония, Англия, Польша, Швейцария, Швеция, Норвегия, Дания и др.), в разное время начинавшие формировать национальные модели КСГ и бравшие различные варианты американских DRG, в большей или меньшей

степени изменили (модернизировали и адаптировали) их структуру и способы их клинко-экономической интерпретации. Ряд стран (Англия и Польша, Австрия и Нидерланды) при создании национальных КСГ не использовали американский прототип группировки заболеваний и технологий, а разработали свой собственный вариант. Одна из последних самостоятельных разработок - 2005 год – голландская система DBS. Более того, в настоящее время в США при финансировании различных национальных программ применяются три разных модели – AP-DRG, APR-GRG и MS-DRG, имеющие общего «предка».

Оплата на основе КСГ является основным видом оплаты стационарной медицинской помощи в Европе и странах ОЭСР, однако существуют различия между применяемыми в разных странах системами:

- разные системы классификации больных;
- формирование бюджета стационара на основе КСГ или только

оплата за законченный случай лечения;

- корректировка весовых коэффициентов/поправочного коэффициента на региональном/местном уровне.

Для устранения потенциальных нежелательных последствий страны Европы:

- внедрили системы КСГ, исходя из поэтапного подхода;
- для оплаты отдельных видов медицинской помощи применяют помимо КСГ и другие механизмы;
- непрерывно дорабатывают систему классификации больных (изменяют количество и структуру групп, пересчитывают коэффициенты);
- при оплате устанавливают сравнительно высокий весовой коэффициент для операций;
- при установлении ставок оплаты исходят из **фактических средних затрат** (или затрат наиболее эффективно работающих стационаров);
- по отдельности возмещают затраты, ведущие к возникновению «выбросов» (нетипично высоких расходов),

Средний отит, мастоидит, нарушения вестибулярной функции

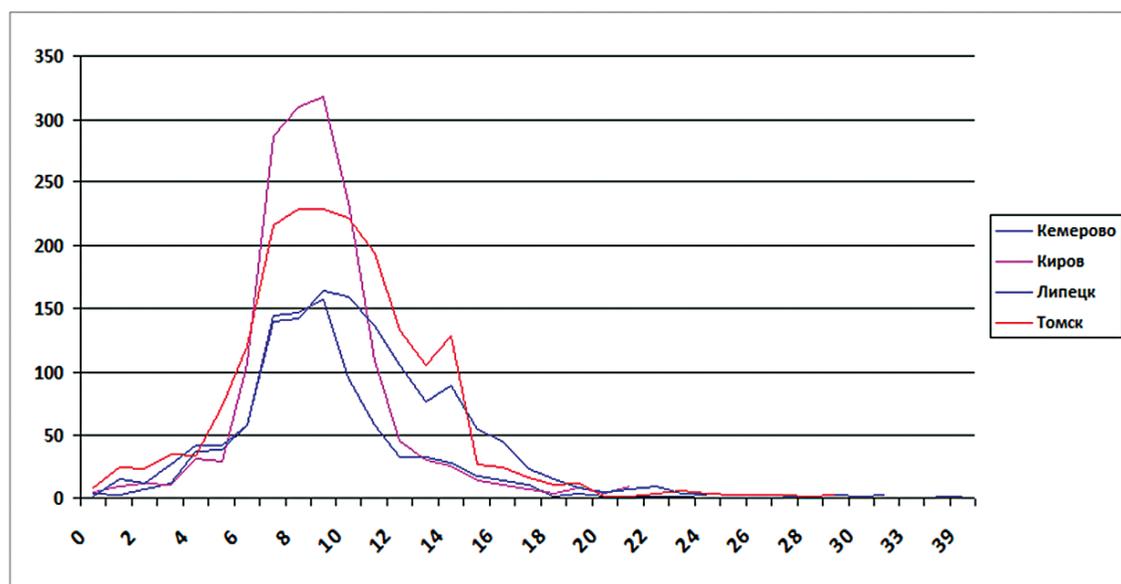


Рис.5. Частотное распределение лечения группы диагнозов в пилотных регионах.

и высокочрезмерные услуги;

– проводят регулярное уточнение как классификаций больных, так и ставок оплаты.

При условии правильного применения КСГ могут способствовать повышению прозрачности и эффективности и, возможно, качества.

На рис.4 представлена общая схема разработки национальных КСГ, независимо от наличия или отсутствия прототипа КСГ, взятого в другой национальной системе. Следуя представленному рисунку, для корректного решения задачи оплаты оказанной медицинской помощи, учитывающей, в первую очередь, ресурсные затраты той или иной «законченной» схемы лечения, необходимо решить проблему корректности данных: демографических, клинических и экономических.

Международная практика учета клинических параметров показывает наличие справочников заболеваний и медицинских услуг. Справочником заболеваний выступает международ-

ная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10), с небольшими национальными вариациями. Что касается медицинских услуг, то в различных странах используются разнообразные справочники, с разными наборами медицинских услуг и разной логикой группировки и кодирования. Эта проблема имеет место и в России.

Очень важным для организационно-экономической корректности любой системы финансирования является нахождение равновесия между процессом детализации организационно-экономических элементов (единиц учета) и их объединением. КСГ представляют собой группировку не только однородных диагнозов, но и средних наборов медицинских услуг, связанных с диагностикой и лечением, а также среднего потребления медикаментов, предметов медицинского назначения и использования медицинских инструментов (оборудования).

Так как себестоимость данных средних наборов меняется по объективным

причинам, связанным с отклонениями в потреблении ресурсов конкретными пациентами в разных больницах и с изменением цен на ресурсы, то для объективизации учета и постоянной коррекции стоимости КСГ необходим единообразный учет затрат.

В большинстве стран, использующих КСГ, учет затрат осуществляется в соответствии с государственными стандартами учета, с обязательным публичным доступом. В зависимости от вида затрат (накладных, косвенных или прямых), в разных странах используются различные методы учета затрат для оценки их себестоимости и последующей корректировки стоимости КСГ.

Например, для учета прямых затрат в Швеции, Нидерландах, Германии и Финляндии осуществляется микроучет типа «снизу-вверх», т.е. детальное фиксирование всех прямых затрат, приходящихся на конкретного пациента при проведении лечебно-диагностических процедур. Во Франции, Эстонии и Англии прямые затраты учитываются по

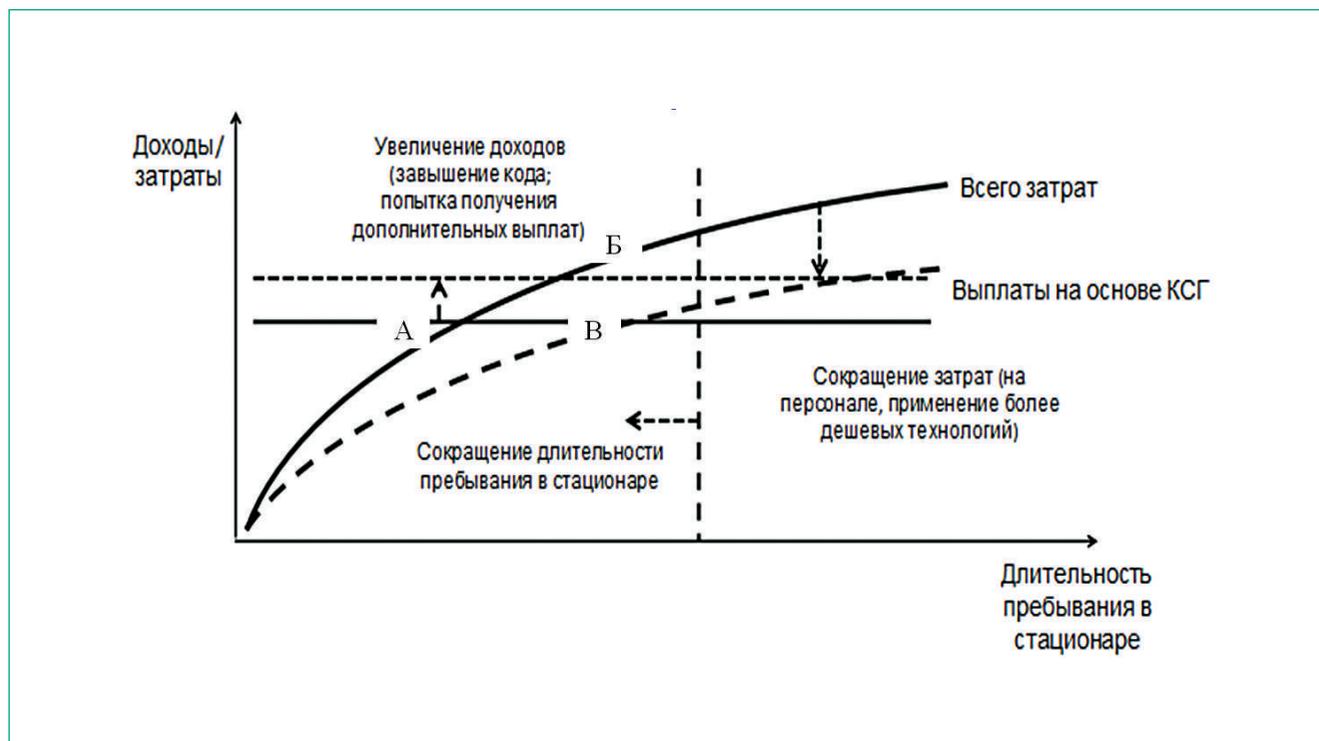


Рис.6. Организационно-экономическое поведение и стратегии стационара.

типу «сверху-вниз», т.е. суммарные затраты лечебных и диагностических отделений распределяются на «среднего» пациента, имеющего определенные клинические параметры. В Австрии используется агрегированный учет прямых затрат на койко-день или пролеченного пациента.

Многие страны (Ирландия, Польша, Португалия и Испания) используют удельный вес затрат на основе КСГ, взятых у других стран, в процессе заимствования прототипа модели DRG.

Очевидно, что Россия не является исключением. Проведя анализ относительных весовых коэффициентов различных моделей КСГ и выбрав сопоставимые с отечественной системой учета затрат данные, в 2012 году была проведена адаптация прототипов КСГ и корректировка весовых коэффициентов, на фактическом материале трех пилотных регионов России. Отсутствие в отечественном здравоохранении достоверных данных по микроучету расходов на законченный случай и непродолжительная практика учета только опера-

тивных медицинских услуг позволяют провести коррекцию весовых коэффициентов прототипов только на основе агрегатного учета прямых и косвенных затрат на койко-день профильных отделений, в которых осуществляется лечение пациентов, сгруппированных в конкретные КСГ заболеваний (см. Рис. 4).

Выплаты по КСГ осуществляются за «законченный» случай лечения по предусмотренной в КСГ «средней» медицинской технологии и не зависит от длительности лечения (сплошная прямая) и фактических затрат на реального пациента (сплошная кривая). В точке «А» пересечения кривой и прямой, затраты на пациента полностью компенсированы тарифом КСГ, и если пациента нужно лечить дольше и тратить на него больше ресурсов, то больница будет это делать за свой счет. Экономически это мотивирует больницу на сокращение затрат за счет выписки пациента (не всегда обоснованной) или за счет «утяжеления» диагноза и КСГ (переход в точку «Б»), или за счет сокращения «внутренних» затрат (переход в точку «В»), за счет по-

вышения производительности труда и применения ресурсосберегающих технологий и т.п.

Кроме того, одной из последних экономических тенденций при использовании КСГ стало ограничение годового дохода стационара, который заранее согласовывается не только по числу пациентов и сумме, но по структуре заболеваний и медицинских технологий. Данный процесс делает больницу активным участником процесса согласования плановых заданий и включает механизмы внутрибольничного контроля соблюдения клинических протоколов и механизмы ресурсосбережения.

КСГ включают организационно-экономический механизм, обладающий определенной нормативной гибкостью, что позволяет сохранять клинико-экономический баланс на уровне больницы, обеспечивая адекватную медицинскую помощь в рамках реальных ресурсных ограничений.

Отечественное здравоохранение, долгое время существовавшее в

условиях жесткой административной модели с тотальным нормированием всех видов ресурсов, не было готово к использованию организационно-экономического механизма, заложенного в страховой модели.

Использование КСГ в системе ОМС позволяет начать процесс создания вышеуказанного механизма, который достаточно устойчиво и успешно приме-

няется во всех экономически развитых и развивающихся странах.

Но это достаточно долгий, требующий последовательных шагов процесс, который реально начался в 2013 году и должен продолжаться в условиях устойчивого развития организационно-экономических отношений в здравоохранении. Включение в «пилот» дополнительных регионов, на базе которых

будет апробироваться и совершенствоваться система отечественных КСГ, начато в 2014 году.

Важно понимание того, что применяемые в настоящее время коэффициенты затратоемкости, уровней курации и управления) - это меры по переводу экономических отношений в системе ОМС в новое экономическое русло и имеют достаточно искусственный, эм-



пирический характер.

С их помощью можно «настроить» любой стационар на новые экономические отношения, конечной целью которых является обеспечение населения адекватной медицинской помощью в условиях реформирования отечественного здравоохранения.

Данные коэффициенты - это по сути «ручная», экспертная настройка системы здравоохранения на обеспечение

потребности пациентов в медицинских технологиях с учетом реальных ресурсных возможностей медицинских организаций и финансовых ограничений системы обязательного медицинского страхования.

В каком виде эти регуляторы сохраняются и как будет развиваться национальная система РФ-КСГ, во многом зависит от следования выбранной стратегии и от поэтапного

совершенствования организационно-экономических отношений между субъектами обязательного медицинского страхования с непосредственным и активным участием.

Система финансирования по КСГ: обоснование разработки и международный опыт

АЛЕКСАНДР КАЦАГА

МЕТОДЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Советский период:

Медицинские учреждения финансировались на основе сметы

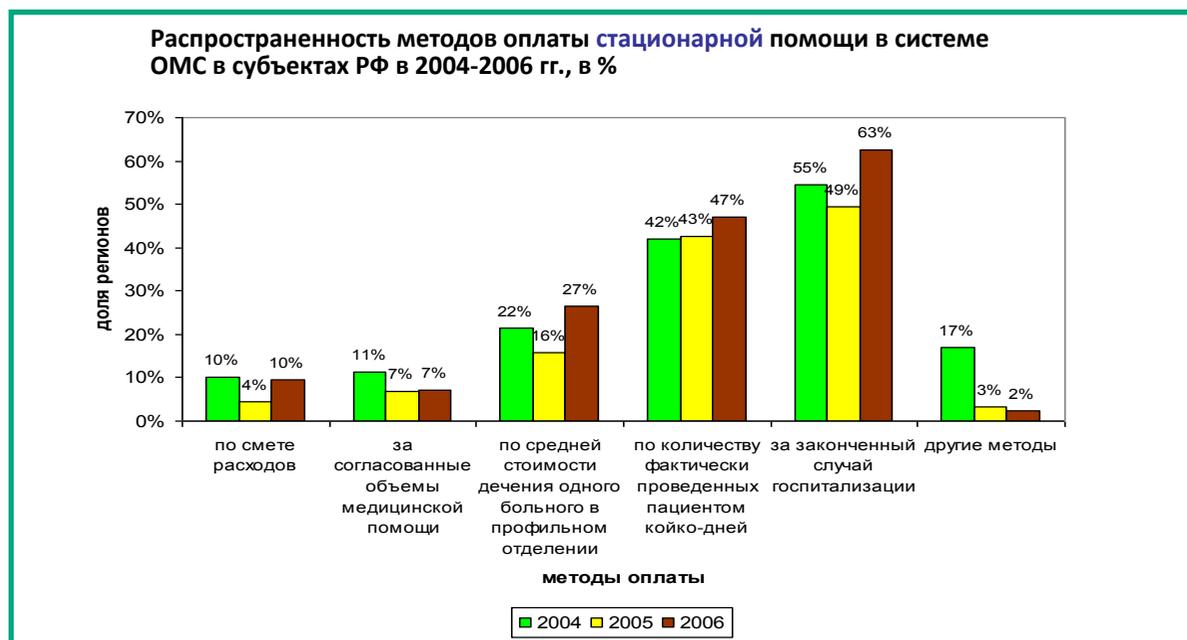
Новый экономический механизм:

Подушевое финансирование первичного звена, которое выполняло роль фондодержателя

Введение системы ОМС:

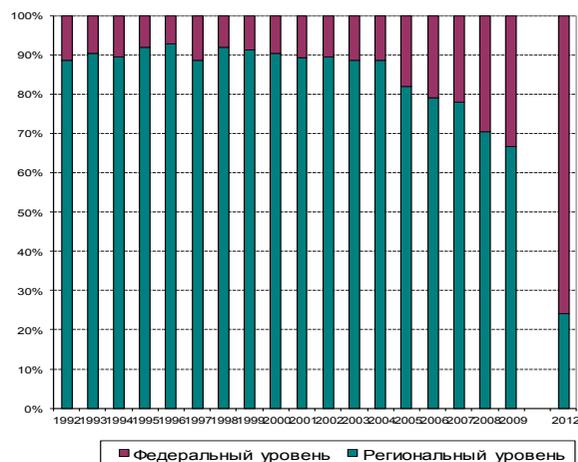
1993 г. - "Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации"

ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС: МНОГООБРАЗИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ



НОВЫЙ ЗАКОН ОБ ОМС: ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И УНИФИКАЦИЯ

- Полная централизация взносов на ОМС работающего и неработающего населения
- Выравнивание финансового обеспечения территориальных программ ОМС на уровне единого подушевого норматива затрат
- Унификация методов оплаты медицинской помощи
- Возможность использовать более эффективные механизмы при распределении дополнительных ресурсов поставщикам медицинских услуг



Источник: расчеты по данным Росстата, Минздравоохранения России, финансово-экономического обоснования проекта закона «Об обязательном медицинском страховании»

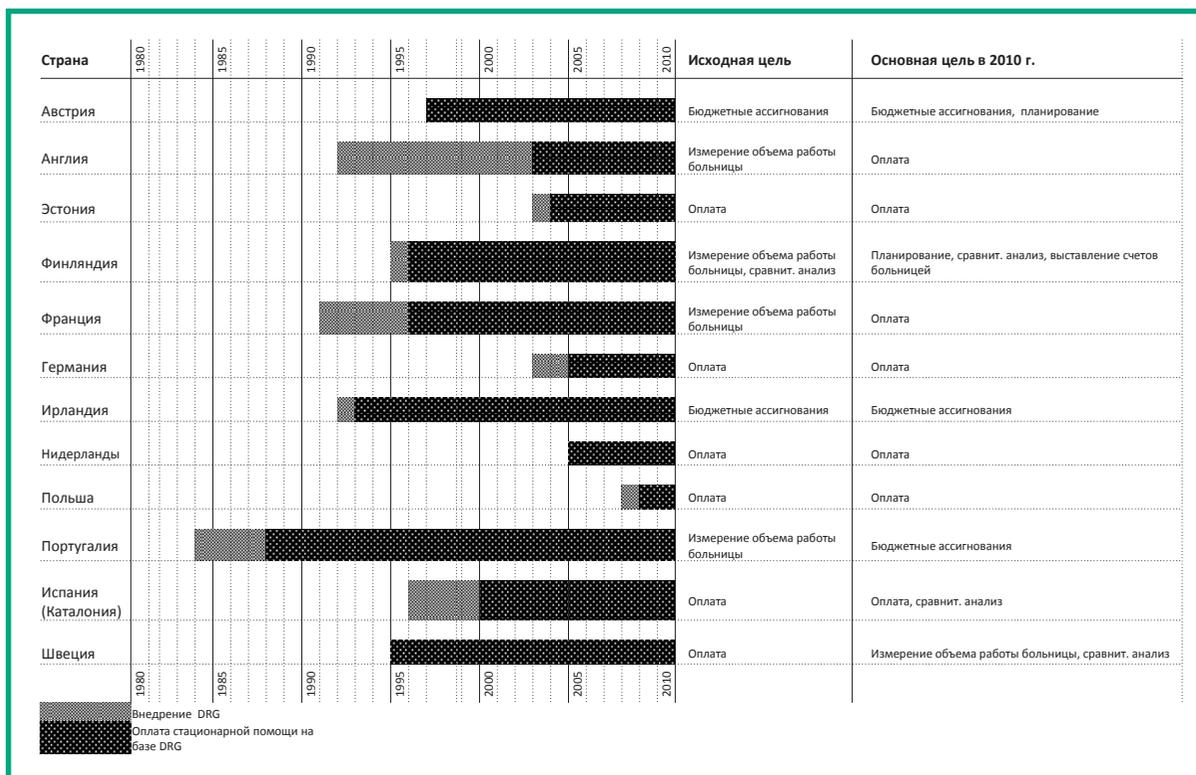
МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОПЛАТЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

- Движение в направлении смешанных систем: оплата на базе клинико-статистических групп (КСГ/DRG), часто с ограничением размера общего бюджета
- КСГ: приводят в соответствие оплату и затраты на оказание медицинской помощи;
- использование ресурсов стационара: кадров, оборудования и коечного фонда
- Глобальный бюджет предотвращает риск эскалации затрат

НЕМНОГО ИСТОРИИ...

- Метод КСГ был разработан в Йельском университете в 70-х годах как инструмент оценки эффективности работы стационаров
- В последующем метод получил широкое распространение не только для оценки работы стационаров, но и для финансирования
- Часто КСГ используется как критерий для планирования глобального бюджета стационаров, особенно в странах с бюджетной моделью здравоохранения

СРОКИ/ЦЕЛИ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ СИСТЕМЫ

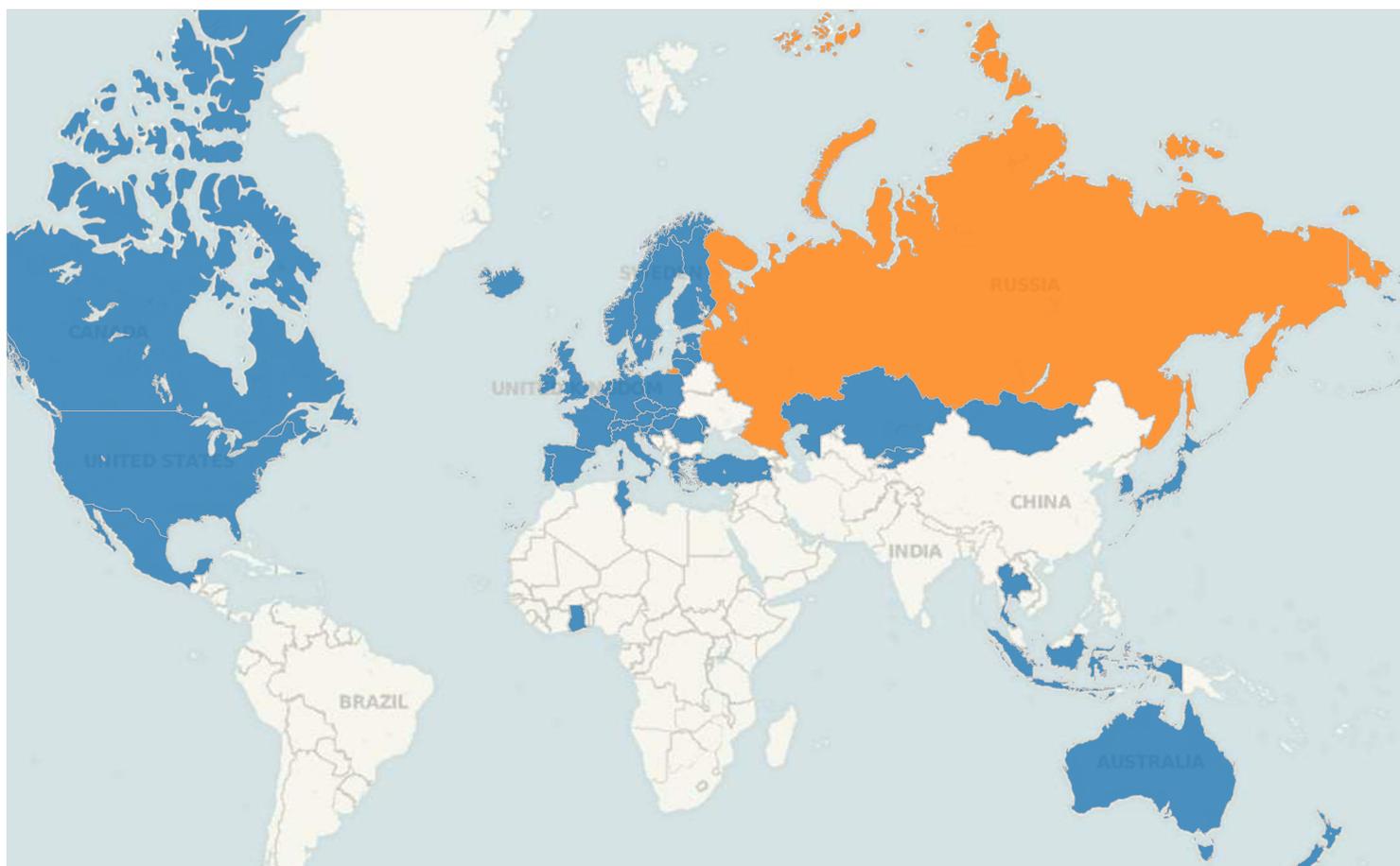


ОПЛАТА ПО ЗАКОНЧЕННОМУ СЛУЧАЮ НА ОСНОВЕ КСГ МОЖЕТ...

- Облегчить процесс точного и прозрачного измерения результатов работы стационаров и объемов оказанных больницами услуг;
- Обеспечить более целесообразное и справедливое распределение ресурсов благодаря использованию группировки пролеченных в стационаре случаев;
- Привести к повышению эффективности и качества оказания медицинской помощи благодаря совершенствованию системы документирования внутренних процессов (в том числе кодирования операций) и росту управленческого потенциала;
- Обеспечить сдерживание затрат благодаря сокращению длительности пребывания в стационаре;
- Стимулировать внедрение более эффективных инновационных медицинских технологий.

Главное: перейти от финансирования инфраструктуры к финансированию потребностей населения в медицинской помощи.

КАРТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КСГ

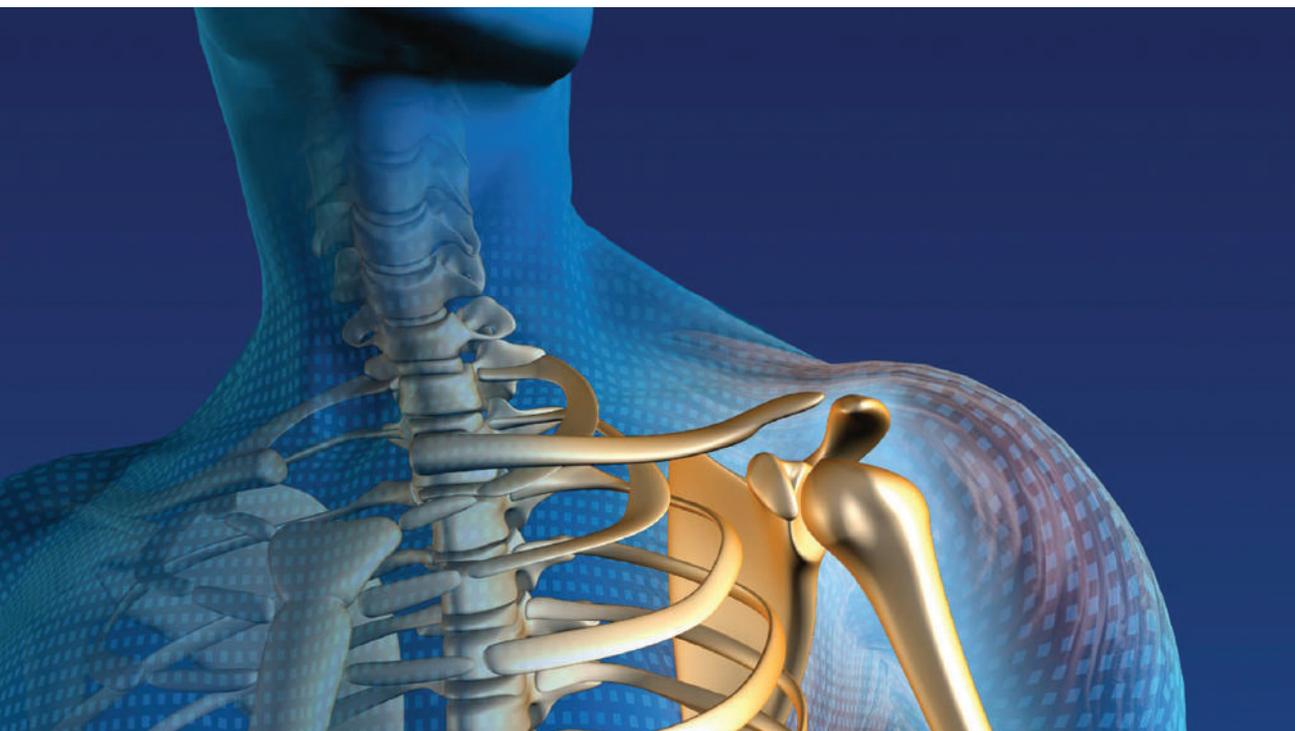


ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ГРУППИРОВКА?

- Уменьшить стимулы к искажению диагноза;
- Упростить систему планирования и финансирования стационаров;
- Обеспечить больше свободы стационарам в принятии клинических и экономических решений, исходя из текущей ситуации.

ДЛЯ ЧЕГО НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНА СИСТЕМА КСГ

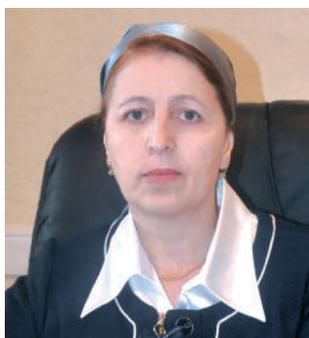
- Для планирования бюджета только справедливого;
- Для сокращения бюджета стационарной помощи;
- Для наказания и финансовых санкций в отношении стационаров.



МЭСЫ ПО СРАВНЕНИЮ С КСГ

Недостатки	Преимущества
Расчет стоимости МЭСов не всегда прозрачен и объективен	Более адресно позволяет учесть особенности каждого случая
усложняют систему финансирования и документооборот	Может являться инструментом стандартизации лечебного процесса
МЭСы не могут быть использованы в качестве инструмента оценки и сравнения эффективности работы МО и территорий	Понятен и логичен с точки зрения клиницистов
МЭС не создает сильных стимулов к снижению затратности в расчете на случай	
Большое количество МЭСов и не всегда ясная граница не позволяет нивелировать риск игры с диагнозами	
МЭС часто является предметом и инструментом контроля со стороны проверяющих органов	
Приводит к разным условиям оказания помощи и финансирования в субъектах РФ	

Эволюция здравоохранения и объективные предпосылки совершенствования системы обязательного медицинского страхования



ЗАРА БАУДИНОВА,

заместитель директора
ТФОМС Чеченской Республики



Эволюция здравоохранения и его постоянное реформирование является составной частью современной человеческой цивилизации и осуществляется в контексте социально-экономических изменений, отражающих развитие общества. На рис. 1 представлена схема эволюции организационно-экономических отношений в сфере медицинских услуг.

В разных частях **древнего мира** зародились организационно-экономические отношения между **врачевателями (целителями) и пациентами**, имеющие все признаки частного здравоохранения, которое регулировалось в рамках существующих товарно-денежных и общественно-социальных отношений, характерных для соответствующего исторического периода и исторической территории.

В **Египте** еще с эпохи Древнего Царства, т. е. за 4 тыс. лет до н. э., существовали **«дома жизни»** – специальные учебные заведения при храмах бога Ра, в которых молодых священников в течение

многих лет обучали искусству врачевания. Известно также, что в более поздние времена юноши из аристократических семей Египта получали специальную медицинскую подготовку при храмовых школах Гелиополиса, Саиса, Мемфиса и Фив. Когда удалось прочесть египетские папирусы, возникла картина уровня знаний за три тысячи лет до нашей эры. Сведения о различных болезнях и их лечении встречаются в «Гинекологическом папирусе» из Кахуна, «Ветеринарном папирусе», папирусах Эруса, Бругша и др. В настоящее время известно 10 основных папирусов, полностью или частично посвященных врачеванию. Самый старый дошедший до нас медицинский папирус датируется примерно 1800 г. до н.э. Один его раздел посвящен ведению родов, а другой – лечению животных. Обнаруженный в Фивах в 1872 г. папирус Эберса представляет собой медицинскую энциклопедию древних египтян. В нем содержится более 900 прописей лекарств для лечения болезней желудочно-кишечного

тракта, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, нарушений слуха и зрения, разного рода инфекционных процессов и глистных инвазий. Египтяне в то время знали уже около 250 болезней, которые распознавали по цвету кожи, выражению лица, по виду человеческих отходов и путем ощупывания тела больного. Египетским целителям были известны несколько сот лекарственных растений, многие из которых – касторовое масло, льняное семя, полынь и опий – применяются в медицине и сегодня. Египетские врачи приготавливали из них отвары, пилюли, мази, целебные свечи. Согласно мнению специалистов, древним египетским врачевателям уже тысячи лет назад была известна треть всех лечебных средств, используемых медициной нашего времени!

Древний Рим. Большинство своих познаний в медицине римляне получили от греков. Гиппократ, древнегреческий врач, живший в V в. до н. э., составил описание всех известных тогда болезней и указал, как их надо лечить.

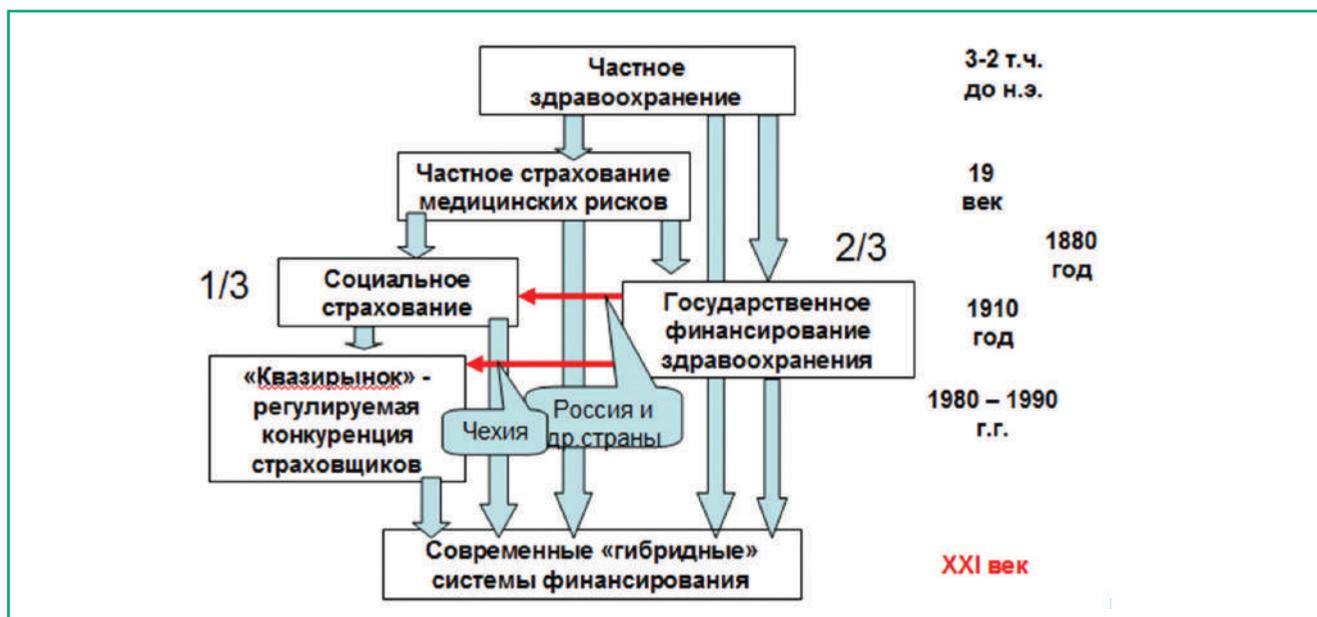


Рис. 1. Эволюция организационно-экономических систем здравоохранения.

Его труды были положены в основу медицинского образования в Греции, а затем и в Риме. В республиканскую эпоху в Риме были открыты **медицинские школы** и началось обучение искусству врачевания. Доктора должны были обладать знаниями по разным дисциплинам, т. к. древнеримские методы лечения часто включали в себя и медицинские средства, и религиозные ритуалы. Некоторые врачи проходили обучение в военных госпиталях. Оказывая помощь раненым воинам, они изучали анатомию и хирургию. Римские врачи применяли разнообразные методы лечения. Они знали, что здоровье человека зависит от его питания, и часто советовали пациентам изменить свою диету. Им была известна большая польза от физических упражнений, свежего воздуха и регулярного посещения бань. Врачи часто применяли лекарства, изготовленные из растений, минеральных веществ и субстанций.

В **Китайской империи**, в период ее наибольшего усиления, существовало государственное медицинское учреждение – **медицинский приказ**. Основным его назначением было обслуживание потребностей император-

ского двора и лично императора. Но в функции его входили также некоторые аспекты медицинского дела, которые были в компетенции государственной власти (например, при эпидемиях). Подготовка врачей в Древнем Китае имела фамильный характер, медицинские знания передавались из рода в род. С образованием царства, усилением влияния религии началась и школьная подготовка врачей при храмах. Руководящая роль в медицине перешла к жрецам. В эпоху Чжоуськой династии (XI–III в. до н. э.) врачи по квалификации, которая определялась соответствующими комиссиями, разделялись на разряды. Из врачей Древнего Китая особенной славой пользуется Бянь Цию, который жил в VI–V в. до н. э., автор известного «Трактата о болезнях». За общую гуманную направленность его научных трудов, клиническую наблюдательность Бянь Цию справедливо считают китайским Гиппократом, признают как творца учения о пульсе. Особенностью сугубо китайской медицины является метод лечения уколами – чжень-цзю (акупунктура) и прижиганиями – моксами. Китайские ученые определили на теле человека около 600 точек, в которые надлежит

делать уколы при тех или других заболеваниях.

Большинство достижений китайской народной медицины были доступны только состоятельным слоям населения. Чрезвычайная сложность иероглифического письма очень ограничивала распространение грамоты и достижений науки среди широких масс населения.

Понимание высоких индивидуальных финансовых рисков и необходимость консолидации средств нашли свое отражение еще в Древней Греции и Римской империи, где существовали **организации взаимопомощи** в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получения травмы, потери трудоспособности, длительного заболевания или увечья.

В **Европе в средние века** защитой населения в случае болезни или наступления несчастного случая занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь.

В первом случае помощь оказывалась за счет средств **цеховых касс**, созданных из **членских взносов**. Во

Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге.

втором случае лечебная помощь предоставлялась нуждающимся **безвозмездно** за счет пожертвований. Наряду с частным здравоохранением стали зарождаться организационно-экономические отношения, которые в исторической перспективе стали прообразами **страховых** и **государственных** моделей организации и финансирования медицинской помощи.

В **России** становление системы помощи населению при болезни связывается в первую очередь с развитием в конце XIX в. **земской медицины**, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских и уездных властей, по сути – государственное здравоохранение.

Медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения в силу аграрного характера ее экономики и очень малого периода пореформенного капиталистического развития. Начиная с 1867 г., предписывалось на всех фабриках, имеющих 1000 и более работников, устраивать больничное помещение из расчета 1 койко-место на 100 чел. В 1887 г. это положение приняло форму закона. На практике закон выполнялся не полностью, по данным на 1907 г., медицинскую помощь предоставляли только крупные предприятия – 32,5 % общего числа фабрик и заводов, однако они охватывали медицинским обслуживанием 81,6 % промышленных наемных работников. Для финансирования системы здравоохранения в целом со всех граждан, живущих личным трудом и не принадлежащих к привилегированным условиям, взимался **больничный сбор**.

Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхо-



ванием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге.

Коммерческое страхование, безусловно, способствует снижению индивидуальных финансовых рисков и позволяет компенсировать специфику рынка медицинских услуг. В этом случае страховой институт выступает информированным покупателем медицинских услуг, заинтересованным в сокращении расходов на медицинские услуги, с одной стороны, и в повышении индивидуального здоровья – с другой. Однако сам характер коммерческого страхования предполагает получение прибыли как разницы между суммой страховых премий и суммой страховых выплат, и поэтому для коммерческого страхова-

ния не выгодны больные и бедные клиенты.

Данная ситуация не способствует повышению уровня общественного здоровья и не содержит в себе социальной составляющей, определяющей «здоровье» как общественное благо.

Страховые институты при коммерческом страховании экономически заинтересованы в отборе медицинских рисков и в их уменьшении, в том числе за счет проведения профилактических мероприятий в среде своих клиентов. Они обеспечивают контроль за доступностью и эффективностью медицинских услуг, оказываемых частной системой здравоохранения, и используют рыночный механизм формирования цен как на медицинские, так и на стра-



Рис.2.

ховые услуги (см. рис. 2).

Взаимоотношения государства и общества в XVIII–XIX вв. привели к пониманию ценности человеческой жизни на фоне общей демократизации общества. Для рынка медицинских услуг ключевым стало повышение уровня общественного здоровья через механизмы повышения **доступности** медицинских услуг и снижения индивидуальных финансовых рисков. Развитие коммерческого страхования в Европе позволило использовать страховые механизмы для расширения страхового пула, охватывающего значительные группы граждан при условии обязательности страховых премий.

Страховые институты в форме больничных касс Германии конца XIX в. стали пионерами социального страхования, включившего в себя и медицинские риски. Страховая организационно-экономическая модель в форме обязательного некоммерческого социального страхования была создана по инициативе канцлера Германии фон Бисмарка в 1880 году, и предполагала минимальное участие государства в финансировании и организации медицинских услуг застрахованным гражданам. В дальнейшем аналогичные системы в здра-

вохранении получили наименование «**модели Бисмарка**». Для социального страхования характерен обязательный характер отчислений – страховых взносов (тарифов), размер которых определяется государством, исходя из стоимости медицинских услуг, гарантируемых государством застрахованному населению, в отношении к фонду оплаты труда (см. рис. 2). Фонд оплаты труда в период создания социального медицинского страхования являлся более стабильным источником, чем бюджетная (налоговая) система, и поэтому обеспечивал финансовую устойчивость данной организационно-экономической модели здравоохранения. Страховой институт перестал быть коммерческим и существовал на фиксированную долю от общего страхового пула.

При этом страховой институт стал активным участником **планирования медицинской помощи и ценообразования** в сфере медицинских услуг, независимым контролером их объема и качества, а также был заинтересован в повышении уровня общественного здоровья, так как не мог проводить селекцию страховых рисков. Координируя свою деятельность, больничные кассы смо-

ли обеспечить создание национальной системы здравоохранения, финансируемой в основном за счет страховых взносов работодателей и работающих граждан при минимальном участии государства.

Наряду с тенденцией адаптации коммерческого страхования под общенациональные нужды в Европе возникло понимание медицинских услуг как «общественного» блага, которое должно даваться всем гражданам страны за счет налогов, собираемых государством. Пионерами государственного здравоохранения, исключившего страховой институт из сферы организационно-экономических отношений при оказании медицинских услуг, стали Великобритания в 1910 году и Советская Россия (СССР) в 1924 году, обеспечившие создание системы общественного здравоохранения за счет налогов и на базе государственных медицинских организаций. Модель государственного здравоохранения Великобритании получила наименование – модель «**Бевириджа**», по имени политического деятеля Великобритании, заложившего основу реформирования государственного здравоохранения в послевоенные годы (после Второй мировой войны),

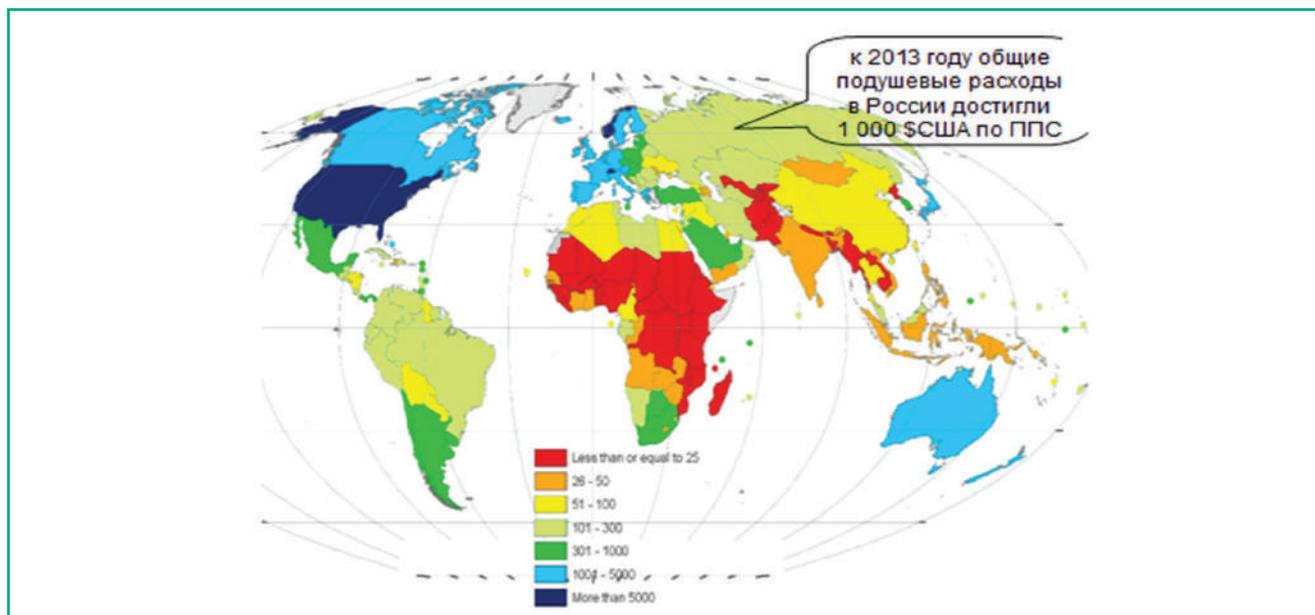


Рис.3. Суммарные (частные и общественные) подушевые расходы на здравоохранение в \$ USA по ППС.

которая поэтапно продолжается и в настоящее время и обеспечивает стране достаточно высокий уровень индивидуального и общественного здоровья по версии агентства Bloomberg – 21 место в мире в 2013 году. Модель здравоохранения, созданная в СССР, получила наименование системы «Семашко», по имени первого народного комиссара здравоохранения советской республики, и существовала в России и в других странах СНГ и «новой» Европы до конца 20-го века и прекратила свое существования, сохранившись только в некоторых странах без изменений (например: в Белоруссии и в Украине). В период рассвета системы «Семашко», в 70-е годы прошлого века, СССР занимал 22 место по уровню здоровья населения в мире, а России – 16 место, опережая многие развитые капиталистические страны, при этом тратя на здравоохранения 2-3 раза меньше ресурсов, в том числе и финансовых.

Широкое распространение государственные системы здравоохранения получили после Второй мировой войны и постепенно стали доминировать в мире. К концу XX века, по оценкам специалистов, по ряду ключевых характеристик к «государственным» си-

стемам здравоохранения можно было условно отнести системы здравоохранения 65% всех экономически развитых стран и только 35% стран, можно было отнести к «страховым» системам.

Понимание недостатков, присущих социальным страховым и государственным организационно-экономическим моделям здравоохранения, стало причиной проведения постоянных реформ, направленных на повышение клинической, социальной и экономической эффективности здравоохранения на фоне постоянно растущих расходов на здравоохранение, независимо от применяемой модели.

Общая тенденция реформирования – это постепенная замена **организационных** рычагов управления здравоохранением - **экономическими**, повышающими заинтересованность всех участников сферы медицинских услуг.

Для социального медицинского страхования это проявилось в создании модели **регулируемой конкуренции страховщиков**, реализованной в Швейцарии, Нидерландах, Израиле и Чехии и обеспечивающей рыночные отношения в здравоохранении под контролем государства. Такая форма организационно-экономических отношений получила

наименование «**квазирынка**».

В государственном здравоохранении реформа направляется на включение некоторых элементов рыночных отношений, обеспечивающих самостоятельность государственных медицинских организаций и равные права на реализацию государственных услуг представителями коммерческого здравоохранения (например, трасты врачей общей практики в Великобритании).

Особое место в реформировании здравоохранения занимают страны постсоветского пространства, изменившие модель организационно-экономических отношений в сфере услуг с **государственной на страховую** (Россия, Казахстан, Польша, Словакия и т. д.) или на «**квазирыночную**» – Чехия.

Ряд других стран оставил государственную модель здравоохранения, адаптировав её к условиям рыночной экономики. Грузия отказалась от государственной модели в пользу **частного** здравоохранения.

В XXI в. идет постепенное стирание границ между существующими моделями организационно-экономических отношений в сфере медицинских услуг. В большинстве стран существуют элементы всех данных вышеописанных

моделей, что постепенно приводит к созданию **гибридной** модели, обеспечивающей оптимальное соотношение ресурсных затрат в здравоохранении и уровня индивидуального и общественного здоровья, что определяет в конечном счете общий вектор проводимых реформ.

В разных странах мира **реформой** здравоохранения движут **четыре силы** общего характера.

Первая – рост издержек (см. рис.3).

Практически во всех странах стоимость

Важной причиной роста стоимости здравоохранения (особенно в относительно более развитых странах) является процесс старения населения.

медицинской помощи вынуждает правительства пересматривать свои подходы к системе здравоохранения. Во всем мире стоимость здравоохранения растет из-за изменения демографической ситуации, картины заболеваний и появления новых технологий, а также из-за роста ожиданий. Эта тенденция лучше всего прослеживается в самых богатых странах мира, где в среднем расходы на здравоохранение выросли с 5 % ВВП в 1970 г. до 8,9 % в 2007 г., – увеличение составило 65 %, что совершенно не сопровождалось сопоставимым ростом продолжительности жизни. Более состоятельное, более пожилое, светское и обладающее большими знаниями население требует больших объемов медицинской помощи; кроме того, расходы увеличиваются из-за появления новых лекарственных препаратов и образцов медицинского оборудования. Проблеме высокой стоимости усугубляет рост хронических заболеваний, влияющий на развитие и применение медицинских технологий и усложняющий работу для страховых рынков.

Важной причиной роста стоимости здравоохранения (особенно в относительно более развитых странах) является процесс старения населения. Так, согласно прогнозам, доля жителей в возрасте 65 лет и старше увеличится в Азии в период с 2000 по 2050 г. с 6% до 18%; в Латинской Америке за тот же период – с 5,5% до 18%. Во многих странах снизились уровни рождаемости по разным причинам, в том числе – из-за повышения статуса женщин и уровня их образования, большей доступности средств контрацепции и абортот, а также благодаря росту показателя выживаемости детей. Кроме того, представление о желательном размере семьи изменилось вследствие процессов урбанизации и экономического благополучия.

Самые высокие подушевые расходы на здравоохранение зафиксированы в трех странах, реализующих различные модели организационно-экономических отношений в здравоохранении, это: США – частное здравоохранение и коммерческое страхование; Швейцария – регулируемая конкуренция страховщиков («квазирынок») и Норвегия – государственное здравоохранение с рыночными элементами.

Страны с оптимальным уровнем подушевых расходов, в пределах от 1000 до 5000 долларов США, представлены экономически развитыми странами «старой» Европы, Канадой, Австралией и Южной Кореей. Эти страны имеют различные базовые организационно-экономические модели, с обязательным присутствием частного здравоохранения (страхования), доля которого в этих странах достигает 15–25%.

К вышеназванным странам по уровню совокупных подушевых расходов (от 300 до 1000 долларов США) приближаются страны «новой» Европы, Турция, Мексика, Чили, Южно-Африканская Республика, Саудовская Аравия и Россия (по данным агентства Bloomberg за 2013 год).

Страны Азии, Африки, Латинской и Южной Америки, за редким исключением, не обеспечивают должный уровень расходов на здравоохранение, отвечающий современным требованиям в

мире, имея подушевые расходы ниже 300 \$ США.

Вместе с тем даже ряд стран с более низким доходом ощущает сегодня двойное бремя заболеваний. В них по-прежнему высоки уровни рождаемости, доля молодого населения продолжает расти, и при этом сохраняется проблема инфекционных заболеваний. В то же время длительный период роста народонаселения в сочетании со снижением младенческой смертности означает, что растет и общая численность пожилых людей. Парадокс состоит в том, что **рост хронических заболеваний связан с успехами системы здравоохранения** – больше людей стали жить достаточно долго, чтобы у них появилось хроническое заболевание. Если бы больше людей умирали в более раннем возрасте, то расходы на здравоохранение из расчета на душу населения были бы ниже. Результаты исследований говорят о том, что воздействие старения населения на повышение стоимости здравоохранения имеет более сложную природу, чем полагали прежде. В странах с высоким уровнем дохода, где имеются развитые и дорогостоящие системы больничных учреждений, значительная доля высокой стоимости медицинской помощи для самых старших возрастных групп связана со смертельными заболеваниями. Поэтому, когда продолжительность жизни растет и такие заболевания появляются на более поздних жизненных этапах, стоимость медицинской помощи в некоторых группах пожилых, но не самых старых может на деле снизиться, так как снизится частота возникновения смертельных заболеваний у членов этих возрастных групп. Тем не менее процесс старения остается важным фактором, особенно в странах с низким и средним доходом, где продолжительность жизни и распространенность хронических заболеваний быстро растут. Этот процесс также серьезно осложняет финансирование здравоохранения, особенно в системах, где применяется **налог на фонд оплаты труда**. Представляется парадоксальным, что во многих бедных странах имеются крупные частные секторы здравоохранения, работающие на основе гонорарной оплаты, – именно



такая организационная форма обычно связана с самыми высокими расходами. Особенно важным фактором, приводящим к росту стоимости медицинской помощи, является появление **новых технологий**, особенно в странах с высоким доходом. Самые значительные выгоды от инноваций, с экономической и клинической точек зрения, обеспечиваются при создании дорогостоящих вариантов решения тех проблем, которые прежде не могли быть решены, и предложении этих вариантов платежеспособным пациентам.

Кроме того, имеется рост **ожиданий**, которые во многих странах становятся **второй** движущей силой реформы. Граждане требуют больше от государства вообще, и от системы здравоохранения – в частности. Растущие ожидания в отношении системы здравоохранения могут быть трех видов: **экономические, социальные и политические**. При сопоставлении расходов

в разных странах спрос на медицинскую помощь растет столь же быстро, что и расходы, а иногда – еще быстрее. Недавние исследования показали, что расходы на здравоохранение как процент от ВВП в бедных странах традиционно недооценивались. В официальной статистике, как правило, не находили должного отражения значительные **частные расходы**, особенно платежи «**в карман**» врачу, которые характерны для подобных систем. В отличие от этого за последние несколько лет данные обследований домохозяйств позволили получить более реалистичную (и гораздо более высокую) оценку таких расходов (см. исследование д.э.н., профессора С.Шишкина в 2005 году «Здравоохранение за наличный расчет»). В результате оценка последствий повышения национального дохода для расходов на здравоохранение оказывается ниже, чем официально считалось. По мере экономического развития государств

граждане хотят тратить больше средств на свое здоровье. Этот рост расходов отражает использование большего числа услуг и более дорогостоящих услуг – и при уходе, и при лечении. В некоторых регионах мира, например, в Восточной Азии, где до недавнего времени отмечался многолетний стабильный экономический рост, ожидания существенно выросли.

Эти требования подкрепляются глобальными событиями в социальной сфере. Кинофильмы, телепередачи, Интернет познакомили граждан многих стран с тем, как живут в странах с высоким уровнем дохода. Подобная «информационная экскурсия» привела к росту **потребительских настроений** и утрате традиционных ценностей. Рост ожиданий влияет не только на общий уровень спроса на медицинскую помощь, но и его структуру. Пациенты хотят получить не просто помощь, но самую современную помощь лучшего качества,

с применением последних достижений техники и новейших препаратов. Эти требования подкрепляются политическими событиями. По мере того как растет степень демократизации стран, политическим лидерам все труднее сопротивляться требованиям населения.

Рост издержек и более высокие ожидания приходится на такой период, когда государства испытывают ограничения в возможности покрывать издержки системы здравоохранения традиционным способом. Данные ограничения имеют место как в развиваю-

В секторе здравоохранения политическим лидерам был представлен такой аргумент: рынок – это «панацея». Эти рыночные идеи получили поддержку еще и потому, что работа государственного сектора часто была неэффективной.

щихся странах, где присутствуют политическая нестабильность и экономический хаос, так и в странах, для которых в течение многих лет были характерны относительный мир и процветание. Эти ограничения служат **третьей** движущей силой. Сочетание международной конкуренции и экономической нестабильности приводило к различным видам кризиса системы здравоохранения. Во-первых, из-за международной конкуренции компании более внимательно относятся к своим издержкам, чтобы сохранить за собой экспортные рынки и не допустить туда конкурентов. Никто в частном секторе не желает платить более высокие налоги на фонд оплаты труда в интересах здравоохранения или социального обеспечения. В то же время граждане жалуются на то, что они не могут самостоятельно оплачивать растущую стоимость медицинской помощи. Граждане всемерно сопротивляются **повышению налогов** и увеличению

размеров **соплатежей**. Правительствам приходится действовать в условиях **дефицита** средств. Прежде всего, в большинстве стран с низким уровнем дохода способность государства собирать средства внутри страны очень ограничена. В странах с низким уровнем дохода налоговые поступления составляют лишь 20 % ВВП (при этом и размер ВВП гораздо ниже, чем в развитых странах). В странах с высоким уровнем дохода этот показатель равен 42 %. **Если население сопротивляется повышению налогов, в том числе «уводя доходы в тень», то каким образом правительство может выделять больше средств на здравоохранение?** Помимо этого люди хотят получить более качественные дороги, жилье и образование. В то же время поставщики услуг в системе здравоохранения пытаются сохранить свои доходы и защитить свои интересы. При попытках установить контроль над расходами и предотвратить инфляцию у правительств возникает искушение сдерживать расходы на здравоохранение, урезав заработную плату врачам, медсестрам и другим категориям медицинского персонала. В свою очередь, эти группы отчаянно борются за то, чтобы увеличить свои уменьшающиеся доходы.

На проведение реформ в разных странах влияет и **четвертая** движущая сила: все острее проявляется скептическое отношение к традиционным подходам в организации и финансировании национальной системы здравоохранения. Скептицизм принимает разные формы, такие как: призывы к новым организационным формам, недовольство плохим качеством управления и неэффективной работой бюрократических структур, расследования случаев коррупции и злоупотреблений, а также сомнения в прежних догмах. Для реформаторов подобный пересмотр одновременно представляет собой и трудности, и возможности. **Трудности**, в связи с тем, что растут требования и приходится анализировать больше различных вариантов проведения реформ. **Возможности**, потому что легче осуществлять изменения и нововведения.

Вследствие глобального поворота

к рынку во многих странах возникла новая тенденция к ослаблению социальной солидарности, а также (параллельно с этим) к критике действий государства. Во многих странах с низким уровнем дохода неудовлетворительное управление, неэффективные подходы и откровенная коррупция привели к **неоправданной потере** ограниченных ресурсов.

В секторе здравоохранения политическим лидерам был представлен такой аргумент: **рынок – это «панацея»**. Эти рыночные идеи получили поддержку еще и потому, что работа государственного сектора часто была неэффективной. Во многих странах для государственной системы медицинской помощи слишком часто характерными являются запущенные лечебные учреждения, грубость персонала и низкое качество услуг. Такая ситуация предопределила в разных странах интерес к концепции «перестройки государства», а также к новым формам акционирования и приватизации. Тенденция критики государства предусматривает все более частое обращение к использованию конкурентных рынков для размещения ресурсов. Конкурентные рынки включают в себя два компонента: возможность для потребителей осуществлять свободный выбор и предоставление потребителям разнообразных вариантов. Глобальный переход к новым идеям относительно реформирования системы здравоохранения сопровождается осознанием того, что проведение эффективной реформы здравоохранения – **очень непростое общественно-экономическое явление**.

Специфика проведения реформ в здравоохранении заключается в их высокой социальной «чувствительности» к особенностям организационно-экономической модели сферы медицинских услуг. Поэтому при проведении реформ государство старается не выходить за рамки модели, а проводить постепенные, постоянные изменения внутри уже существующей и функционирующей системы здравоохранения. Однако не всегда удается реформировать здравоохранение в рамках существующих



отношений, и тогда может произойти смена организационно-экономической модели. А так как каждая модель имеет свои особенности организации, то и реформирование должно проводиться с учетом этих особенностей.

Понимание необходимости общественной консолидации финансовых средств для оплаты медицинских услуг с целью недопущения перспективы нищеты для пациента возникло в рамках развития профсоюзного движения в XIX в. и привело к развитию некоммерческого, солидарного страхования болезней за счет добровольных взносов членов трудовых коллективов, которые постепенно приобрели обязательный характер. Обязательным субъектом данных финансовых моделей являются те или иные формы страхового института (например: больничные кассы, страховые фонды, страховые компании), организованные как частные, обществен-

ные или государственные организации.

Государство напрямую не финансирует систему здравоохранения, но определяет **объем гарантий** для застрахованных лиц, регулирует отношения между субъектами системы здравоохранения и определяет размер страховых взносов. Форма собственности медицинских организаций не имеет существенного значения, но больше представлено частное здравоохранение. Объем деятельности конкретных медицинских организаций и размер финансовой компенсации определяется в процессе переговоров между медицинскими организациями и страховыми институтами. Государство не вмешивается в ценовую политику, хотя бывают исключения (например: в системе ОМС Японии).

Рассмотрим особенности функционирования и реформирования тех национальных систем здравоохранения,

в которых информированными покупателями медицинской помощи выступают различные страховые институты на примере двух стран – Франции и Германии. Эти две страны являются экономическим локомотивом ЕС, с существенным числом граждан, в европейских масштабах. Франция по рейтингу ВОЗ 2000 года заняла первое место по эффективности национальной системы здравоохранения, а Германия представляет самую первую в мире страховую модель. При этом имеются существенные различия по организационно-экономическим подходам к социальному медицинскому страхованию в Германии и Франции.

Во **Франции** правительство предпринимает шаги по реорганизации системы управления здравоохранением, а также меры, направленные на экономию средств и их более рациональное использование. Потребность в них

имеет многофакторную детерминацию: дефицит бюджета Национальной кассы медицинского страхования (НКМС), рост неравенства в доступности медицинской помощи для различных социальных слоев населения, нехватка специалистов и среднего медицинского персонала, сокращение расходов на научно-медицинские исследования и др.

Основными компонентами реформирования системы здравоохранения являются следующее¹:

-признано целесообразным проведение парламентских дебатов по на-

Во Франции Правительство предпринимает шаги по реорганизации системы управления здравоохранением, а также меры, направленные на экономию средств и их более рациональное использование.

правлениям развития здравоохранения и определение первоочередных задач каждые пять лет. Так, предполагается в период с 2004 по 2008 г. решить 100 целевых задач, 40 из которых имеют количественные характеристики, позволяющие осуществлять мониторинг изменений в отрасли;

-важное направление реформ - развитие профилактической составляющей системы здравоохранения. Подход, основанный на приоритетности борьбы с отдельными болезнями, признан ошибочным: сложившийся дисбаланс обуславливает неадекватно

¹Грищенко Р.В. О реформировании системы здравоохранения во Франции / Р.В. Грищенко, Е.И. Сластных // Здравоохранение. - 2005. - №9. - С. 40-46; Грищенко Р.В. О реформировании системы медицинского страхования во Франции / Р.В. Грищенко, Е.И. Сластных // Здравоохранение. - 2005. - №10. - С. 41-45.; Островская Е. Реформирование социальной сферы во Франции / Е.Островская // Современная Европа. - 2006. - №4. - С.69-83; Witter S. An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union / S. Witter, T. Ensor. - Clichester, N.Y., etc.: John Wiley&Sons. - 1997. - P.113-121.

высокий уровень преждевременной смертности, значительные региональные различия в средней ожидаемой продолжительности жизни. Распространение СПИДа, резистентных к лекарственным средствам микроорганизмов, природные катаклизмы также подталкивают к первоочередному развитию профилактического звена. Поэтому необходимым становится существенное увеличение доли бюджета здравоохранения, используемой на профилактику заболеваний (в настоящее время она составляет только 2,3%);

-модернизация управления стационарами в рамках плана «Больница-2007» призвана обеспечить необходимый контроль со стороны внешних инстанций, участие персонала в формировании политики учреждения, большую независимость отдельных его подразделений от совета администрации. План предполагает упрощение процедуры создания лечебных учреждений и стимулирование развития рынка медицинских услуг. Политика больниц в области лекарственной помощи будет направлена, прежде всего, на обеспечение равного доступа к инновационным препаратам и их рациональное использование внутри учреждения;

-среди мер фискального характера предусматривается увеличение налогов на табак, рекламу медицинской продукции и демпинговые продажи фармацевтических компаний;

-значимым нововведением должна стать персональная медицинская карта пациента, которой будет обладать каждый житель страны. Она будет содержаться в электронном виде сведения о всех результатах обследования и лечения больного, что, как считают ее разработчики, улучшит обмен информацией между врачами и обеспечит экономию за счет исключения ненужных повторных назначений.

В реформировании здравоохранения в **Германии**, также использующей в качестве базовой систему обязательного медицинского страхования, обратим внимание на следующие моменты:²

²Андропов В. Здравоохранение в Германии: исцеление для всех / В. Андропов // Современная Европа. - 2006. - №3. - С. 125-135; Андропов В.В. Медицинское страхование в Германии

-в каждом регионе (земле) разрабатываются планы развития больничной сети - стратегический (на несколько лет) и ежегодный. Они основаны на оценке потребностей населения и определении мощности больниц, необходимых для их удовлетворения. Кроме того, органы управления здравоохранением дают санкции на крупные инвестиции, включая строительство новых учреждений и закупку дорогостоящей медицинской и прочей техники;

-в секторе больничной (стационарной) помощи действуют жесткие правила договорных отношений, установленные Германским социальным кодексом. Договоры на оказание медицинской помощи по ОМС заключаются только с больницами, в обязательном порядке участвующими в программах обеспечения качества. Чтобы облегчить выбор набора показателей качества и проведение мониторинга за их выполнением федеральные и региональные органы государственного управления разработали специальную программу;

-важным элементом системы здравоохранения является совокупность финансируемых на уровне земель программ оказания медицинской помощи лицам, доходы которых не позволяют им участвовать в схемах обязательного медицинского страхования;

-при обязательном страховании все члены семьи застрахованного являются совместно застрахованными без внесения дополнительных взносов в случае, если доход каждого не превышает определенного минимума (327 евро в старых и 322 евро в новых землях). Система ОМС поэтому может рассматриваться в качестве предпочтительного варианта получения медицинской помощи для людей с невысоким уровнем доходов, для семей с единственным источником доходов, а также для пожилых людей;

-каждый практикующий врач обязан застраховать свою профессиональ-

/ В.В. Андропов // Проблемы управления здравоохранением. - 2005. - №4. - С. 16-21.; Лаврова Ю.А. Обязательное медицинское страхование: опыт ФРГ // Ю.А. Лаврова // Финансы. - 2003. - №8. - С. 47-49; Шейман И.М. Система стратегической закупки медицинской помощи: международный опыт и его значение для российского здравоохранения / И.М. Шейман // Здравоохранение. - 2006. - №4. - С. 45-60.



ную ответственность. При таком условии пострадавшая сторона имеет все шансы получить компенсацию, которая выплачивается не из личных средств врача, не лечебным учреждением и не из средств ОМС, а страховой компанией врача, совершившего ошибку.

Для государственных систем здравоохранения приоритетными становятся включение **рыночных отношений**, направленных на создание экономических мотиваций для медицинских организаций, практикующих врачей, а также самих пациентов, в повышении клинической, социальной и экономической эффективности национального здравоохранения.

Целями реформы, проводимой в **Великобритании**, являются внесение рыночных элементов в национальную систему здравоохранения, чтобы при сохранении ее преимуществ (равноправие, общедоступность, эффективная система контроля расходов) стимулировать более эффективную работу на ми-

кро-уровне, обеспечить оптимальное сочетание стоимости и качества медицинской помощи. Средствами достижения этих целей становится разделение поставщиков и потребителей медицинских услуг (посредством изменения порядка финансирования больниц и службы первой медицинской скорой помощи, внедрения контрактной системы отношений между ними, органами управления и пациентами. Обеспечивается большая экономическая самостоятельность производителей услуг – больниц и врачей общей практики, создается конкурирующий **«внутренний» рынок** в национальной системе здравоохранения.

В соответствии с намеченными задачами определяются следующие основные направления реформы³:

³Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения / Ю.М. Комаров // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - №1. - С. 65-75; Корвякова О.А. Великобритания модернизирует здравоохранение / О.А. Комарова // Медицинский вестник. - 2006. - №6. - С. 19-20.

-ответственность за приобретение (покупку) медицинских услуг организационно отделена от ответственности за предоставление услуг. Если ранее районные органы здравоохранения выполняли обе вышеуказанные функции, то после проведения преобразований их роль заключается в выявлении потребности местного населения (в среднем около 250 000 человек) в медицинском обслуживании. Затем органы здравоохранения приобретают наилучшие и наиболее рентабельные услуги, которые можно получить в рамках ограниченного в средствах бюджета, составляемого из расчета на 1 человека. Между отдельными больницами может быть конкуренция, а условия предоставления услуг согласовываются и устанавливаются контрактами с районным отделом, иначе говоря, в национальной системе здравоохранения существует «внутренний» рынок потребителей и производителей услуг;

-успешно управляемым больницам предоставляется статус самоуправле-

ния - это «трасты национальной системы здравоохранения» (НСЗ), принадлежащие государству, но обладающие большей независимостью. Трасты НСЗ образованы как государственные корпорации. Им даются в долг под проценты фонды, имеющиеся в наличии, и они имеют право свободно распоряжаться ими в рамках сохранения миссии больницы. Основным условием достижения статуса самоуправления является то, что менеджеры больницы должны продемонстрировать необходимые навыки. Трасты могут устанавливать условия

Врачи общей практики с числом пациентов более 7 тысяч могут ходатайствовать о предоставлении им собственного, независимого от больницы бюджета или фонда врачебной практики, охватывающей определенный диапазон стационарных услуг, а также обычные услуги, связанные с первичной медицинской помощью.

найма и зарплату для персонала, не связывая себя национальными соглашениями национальной системы здравоохранения, профсоюза и ассоциаций;

- врачи общей практики с числом пациентов более 7 тысяч могут ходатайствовать о предоставлении им собственного, независимого от больницы бюджета или фонда врачебной практики, охватывающей определенный диапазон стационарных услуг, а также обычные услуги, связанные с первичной медицинской помощью. Подушевая форма этого бюджета передается врачу ОВП при условии частичной консолидации его деятельности и ответственности в рамках «траста ОВП». Таким образом, группа врачей, обслуживающих население порядка 200-250 т. человек,

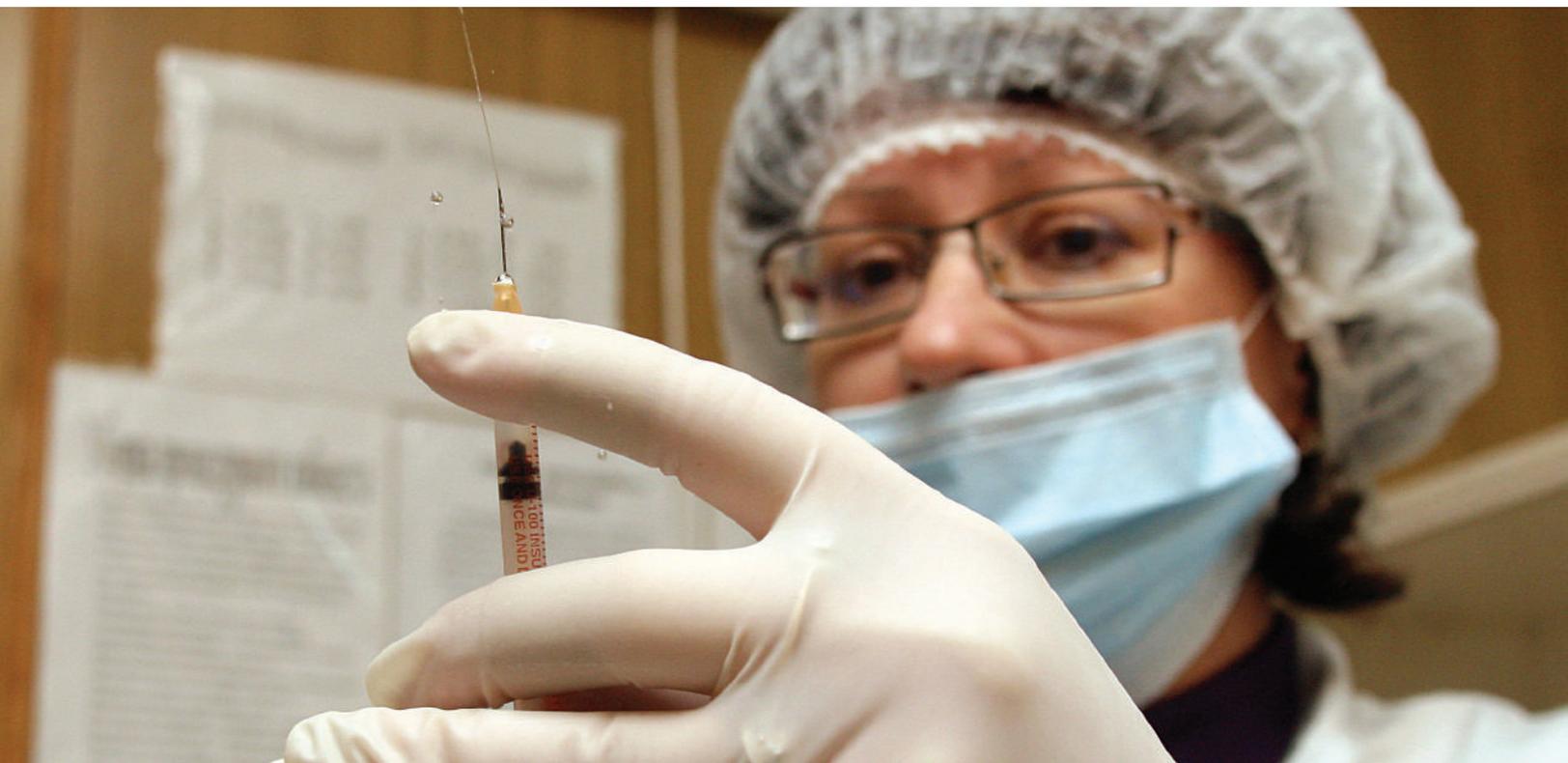
получает годовой бюджет, включающий средства на лечение и профилактику большего количества преимущественно предотвратимых заболеваний, которые в ряде случаев требовали стационарного лечения или помощи специалистов. При этом врачи не теряют своей практики и остаются самостоятельными организационно-экономическими единицами, имеющими государственную лицензию на профессиональную деятельность. Единичный случай тяжелого заболевания уже не может разорить группу фондодержателей, так как их бюджет становится больше и позволяет избежать риск (pool the risk). Конкуренция же сохранялась, так как пациент мог поменять врача или группу врачей, если его не устраивал набор предоставляемых услуг. Регулируемое фондодержание стало настоящим прорывом в управлении здравоохранением, так как позволяет Великобритании расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП, по сравнению с другими высокоразвитыми странами и в течение длительного времени оставаться единственным государством, которому удается эффективно сдерживать расходы на здравоохранение.

-внедрение системы стратегической закупки медицинской помощи. Начиная с 1997 г., в роли покупателей помощи (заказчиков) выступают региональные органы управления здравоохранением и интегрированные группы врачей общей практики – фондодержателей – трасты ОВП. Последние из собственных средств оплачивают часть объемов стационарной помощи, услуги специалистов и медико-социальную помощь. При этом заказчики обязаны разработать стратегические планы закупки медицинской помощи, которые призваны продемонстрировать медицинским организациям намерения в отношении заказов на медицинскую помощь на следующие 3-5 лет. Планирование объемов и структуры медицинской помощи опирается как на показатели потребительских предпочтений, так и на собственную оценку рациональности сложившейся структуры оказания помощи. В этих планах представлена оценка потребностей в медицинской

помощи, приоритеты их удовлетворения, ожидаемые государственные расходы, планы реорганизации оказания медицинской помощи (например, возможное слияние больниц, развитие дневных стационаров), требования к информационному обеспечению и созданию систем обеспечения качества медицинской помощи, ожидаемый объем инвестиций. Следует обратить внимание на то, что покупатели медицинской помощи: оказывают влияние на выбор форм медицинских вмешательств с наибольшей затратной эффективностью, стимулируют организационно-экономические новации в системе оказания медицинской помощи, участвуют в разделении финансовых рисков с медицинскими организациями, защищают права прикрепившегося населения. Зная стратегические и текущие планы потенциальных заказчиков, медицинские организации разрабатывают свои бизнес-планы, которые включают в себя целевые показатели и ожидаемые объемы деятельности, источники финансирования, инвестиции, меры по обеспечению качества медицинской помощи, планируемые показатели доступности плановой помощи и др.;

-апробирована модель договорных отношений, которые складываются в конкурентной среде, т.е. являются селективными. Это означает, что покупатель медицинской помощи вправе заключать договоры не со всеми медицинскими организациями, имеющими лицензии, а только с теми, которые он выберет. Конкурентная модель размещения заказа на основе стратегического плана закупки способствовала формированию более рациональной структуры сети больниц (например, слиянию местных больниц, концентрации высокотехнологической помощи в наиболее крупных центрах);

-усилен контроль за организацией аудиторских (независимых) проверок, чтобы конкуренция стационаров и врачей общей практики не привела к снижению качества услуг. Опасения по поводу того, что конкуренция может вынудить больницы уменьшать расходы путем снижения качества, заставили разработать различные системы гаран-



тий качества (включение показателей качества в контракты, мероприятия по аудиту медобслуживания во всей национальной системе здравоохранения, принятие на правительственном уровне «хартии пациента» с новыми стандартами качества). Врачи общей практики работают не по найму, а по контракту с национальной службой здравоохранения. Пациентам облегчена замена врача;

-у пациента появилось (с конца 2005 г.) право выбора, по крайней мере, из четырех или пяти лечебных учреждений. С 2008 года пациенты смогут выбирать любого поставщика, соответствующего стандартам Великобритании, в пределах максимальной государственной цены, которую будет оплачивать нуждающимся больным национальная служба здравоохранения. Каждый будет иметь доступ к своей персональной «Страничке здоровья» в Интернете, где размещены записи о состоянии его здоровья. Сюда же можно внести свои

индивидуальные предпочтения по лечению.

В целом реформа оперировала двумя механизмами повышения эффективности и оперативности здравоохранения: во-первых, рост конкуренции среди производителей услуг; во-вторых, новые организационные меры, направленные на повышение степени местной автономии и независимости управления в рамках национальной системы здравоохранения.

К особенностям стратегии осуществления этой реформы можно отнести:

-гибкий график внедрения преобразований;

-принцип добровольности (самостоятельность больниц в решении вопроса о принятии статуса самоуправления, врачей общей практики - об обладании собственным фондом);

-жесткий централизованный мониторинг и контроль в отношении осуществления реформ в самой службе здравоохранения;

-поддержание строгого финансового контроля для сдерживания общих расходов органов здравоохранения и больниц.

Заметны результаты реформы: рост обращений в клиники укрепления здоровья на 20% увеличили чистый доход врачей общей практики; увеличилось на 7% число пролеченных больных в стационарах; на 3,0% повысилась эффективность лечения; 48% опрошенных пациентов самоуправляемых трестов отметили улучшение услуг в стационаре; 90,0% довольны работой врачей общей практики; более 30,0% отметили улучшение обслуживания врачами после введения новой контрактной системы; вдвое снизилось число ожидающих госпитализации больных.

В качестве факторов, обусловивших такие результаты, Министерство здравоохранения Великобритании фиксирует **приток менеджеров и специалистов по рыночным отношениям**, жесткий финансовый контроль, испол-

зованием опыта рыночных отношений в других секторах экономики, внимание к запросам потребителей.

Наряду со специфическими характеристиками организации здравоохранения в странах, использующих разные модели его финансирования, могут быть позиционированы и **общие характеристики**, отражающие инновации, апробированные в практике последних десятилетий.

-разработка и реализация национальных программ развития здра-

Право выбора страховщика давно существует в США, а в последние годы реализуется в Нидерландах, Израиле, Германии и других странах. В Швеции и ряде других стран Северной Европы каждому гражданину предоставляется право выбора медицинского учреждения на территории всей страны.

воохранения, предусматривающих обязательный охват всего населения и предоставление равнодоступной помощи, независимо от уровня доходов и социального положения граждан, на основе широкой солидарности различных социально-экономических групп населения, общественного характера финансирования здравоохранения и рыночных отношений на стадии использования ресурсов.

- во многих странах установлены требования отражать в договорах финансирующих организаций целевые показатели доступности медицинских услуг для населения (например, показатель максимального срока ожидания плановой госпитализации или консультации специалиста), а также их качество. В то же время страховщик обладает правом вносить коррективы в общие планы, исходя из потребностей и конкрет-

ной ситуации оказания медицинской помощи своим контингентам застрахованных. Он может использовать свои системы стимулирования повышения качества медицинской помощи;

-право выбора врача апробируется в странах, в основном имеющих национальную систему здравоохранения: в Швеции, Великобритании, Дании, Финляндии и др. Право выбора страховщика давно существует в США, а в последние годы реализуется в Нидерландах, Израиле, Германии и других странах. В Швеции и ряде других стран Северной Европы каждому гражданину предоставляется право выбора медицинского учреждения на территории всей страны. Обследование и лечение назначаются и проводятся при активном участии пациента, который по возможности должен быть информирован о своем состоянии, об имеющихся вариантах лечения, последствиях, побочных действиях лекарств и тому подобное;

-составной частью реформ во многих странах является развитие регулируемой конкуренции. В последние годы ее принципы начали реализовываться в Великобритании, Нидерландах, Израиле, США, Франции, Бельгии, Германии, Венгрии, Чехии, Словакии и других странах. При этом важным представляется развитие конкуренции, как между медицинскими учреждениями, так и между страховщиками;

-с целью сдерживания политики «снятия сливок» страховщиками активизируется роль государства в определении «правил игры». Это относится к Нидерландам, Германии, Бельгии. Предлагается под контролем государства все взносы и платежи собирать в единый национальный фонд, из которого страховщики будут получать средства на подушевой основе в зависимости от числа и качества застрахованных граждан;

-конкуренция между медицинскими учреждениями не может быть абсолютно свободной, так как пациенты не имеют достаточных знаний о том, где, когда и какую медицинскую помощь им необходимо получить. Здесь важную роль должны играть плательщики за медицинскую помощь, будь то органы здравоохранения или страхо-

вые компании. Одновременно важна государственная поддержка тех видов медицинской помощи и тех типов медицинских учреждений, которые в силу своей специфичности или географического положения не будут иметь достаточного финансирования на основе объемных показателей, но которые все равно должны быть. Наряду с определением источника финансирования здравоохранения важнейшим направлением реформ является повышение эффективности использования ресурсов. С этой целью многие страны, имеющие различные принципы организации здравоохранения, стремятся развивать конкуренцию между медицинскими учреждениями. Это относится к Великобритании, Франции, Швеции, Дании;

-в организации оплаты медицинской помощи широкое распространение получил метод глобального бюджета, особенно в отношении финансирования больниц. Его суть в том, что общие расходы фиксированы и заранее известны больнице и плательщику (например, страховщику). В Канаде он начал использоваться после того, как была децентрализована система финансирования здравоохранения. Во Франции и Германии глобальный бюджет стал использоваться вместо оплаты за койко-день. Глобальный бюджет используется для оплаты и амбулаторной помощи, в частности, в Германии. Хотя врачи амбулаторного звена в Германии получают оплату за услугу, однако фактическая стоимость услуги в момент ее оказания неизвестна, так как она будет определена по окончании отчетного периода путем деления согласованной суммы глобального бюджета на число оказанных всеми врачами услуг;

-разновидностью глобального бюджета в амбулаторной помощи является подушевое финансирование, которое используется в Англии и к которому перешли Ирландия, Италия, Испания;

Бельгия внедрила другую, наиболее популярную схему оплаты работы больниц - систему диагностически связанных групп. Эта система активно применяется в США, Австралии, Новой Зеландии, Ирландии и во многих других странах;



- начиная с 80-х гг. XX века, в государственной системе здравоохранения ряда стран апробированы две модели, получившие названия «автономные» и «корпоративные» медицинские учреждения (по терминологии Всемирного банка). Собственником и учредителем таких учреждений было и остается государство, оно финансирует их и определяет цели, задачи и основные направления деятельности, контролирует их работу и соблюдение установленных стандартов и норм, в том числе по набору и уровню квалификации персонала и по режиму труда. Сохраняется подотчетность таких служб органам здравоохранения.

В бюджете автономных медицинских учреждений нет разделения по сметам. Они обладают правом самостоятельно принимать решения отно-

сительно своей повседневной деятельности, оставлять в своем распоряжении и переносить на следующий год неизрасходованные бюджетные средства, а также привлекать дополнительные ресурсы и оказывать помощь пациентам на платной основе, оставляя прибыль для удовлетворения собственных нужд по обновлению оборудования, материальному поощрению персонала и так далее.

Многолетняя практика проведения реформ в странах, использующих различные организационно-экономические модели здравоохранения, говорит о поэтапном и непрерывном процессе преобразований как в клинической, так и в организационной части здравоохранения, при условии адекватного отражения проводимых изменений в его финан-

сово-экономической части.

Даже незначительное рассогласование процессов оказания и финансирования медицинской помощи может стать причиной замедления реформ и их полной остановки. Это необходимо учитывать тем более при проведении реформ в тех странах, которые поменяли традиционную модель организации и финансирования здравоохранения на новую, отличную от традиционной модели.

Особенности и этапы реформирования отечественного здравоохранения, его текущее состояние и перспективы развития будут рассмотрены в следующих публикациях.

Финансовый контроль - на страже народного здоровья



ЯКУБ ТИТИЕВ,

начальник контрольно-ревизионного управления
ТФОМС Чеченской Республики

«Система обязательного медицинского страхования должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. При этом пациент должен точно знать, какую помощь ему обязаны предоставить бесплатно, а врач – понимать, по каким принципам оплачивается его работа».

В. Путин, Президент Российской Федерации. Из Послания Федеральному Собранию от 12 декабря 2013 года.

Признавая фактор здорового населения одним из главных элементов социального и духовного развития Чеченской Республики, наш первый президент Ахмат-Хаджи Кадыров в числе первоочередных и приоритетных задач обозначил вопросы развития здравоохранения республики. Благодаря его личным стараниям, а в дальнейшем эффективной политике Главы Чеченской Республики Рамзана Ахматовича Кадырова, всесторонней поддержке федеральных органов власти, а также личному энтузиазму медицинских работников региона во главе с министром здравоохранения Шахидом Ахмадовым и директором ТФОМС Чеченской Республики Денилбеком Абдулазизовым восстановлена система здравоохранения и обязательного медицинского страхования республики. За короткий срок работа медицинских учреждений поставлена на качественно новый уровень, создана сильная материальная база для дальнейшего развития.

Работники здравоохранения республики из года в год добиваются улучшения результатов работы в различных направлениях. За последние годы сни-

зилась детская смертность, достигнуты улучшения и в других направлениях. Сегодня сформированы хорошие, если не сказать отличные, команды специалистов, которых собирали по всей России, даже привлекали из-за границы. В некоторых лечебных учреждениях республики высокие медицинские технологии вошли, что называется, в рабочий ритм, и есть примеры проведения высокотехнологичных операций. Этот уровень необходимо всячески поддерживать и развивать.

В 2013 году окончательно завершена республиканская программа модернизации здравоохранения региона, которая существенным образом обновила материально-техническую базу многих больниц и поликлиник республики, создано немало условий для внедрения стандартов медицинской помощи. Однако в некоторых лечебных учреждениях не всё оборудование ещё введено в эксплуатацию, до сих пор выявляются факты бесхозяйственности и неэффективного использования материальных и трудовых ресурсов. Необходимо стремиться к достижению и сохранению крепкой материально-тех-

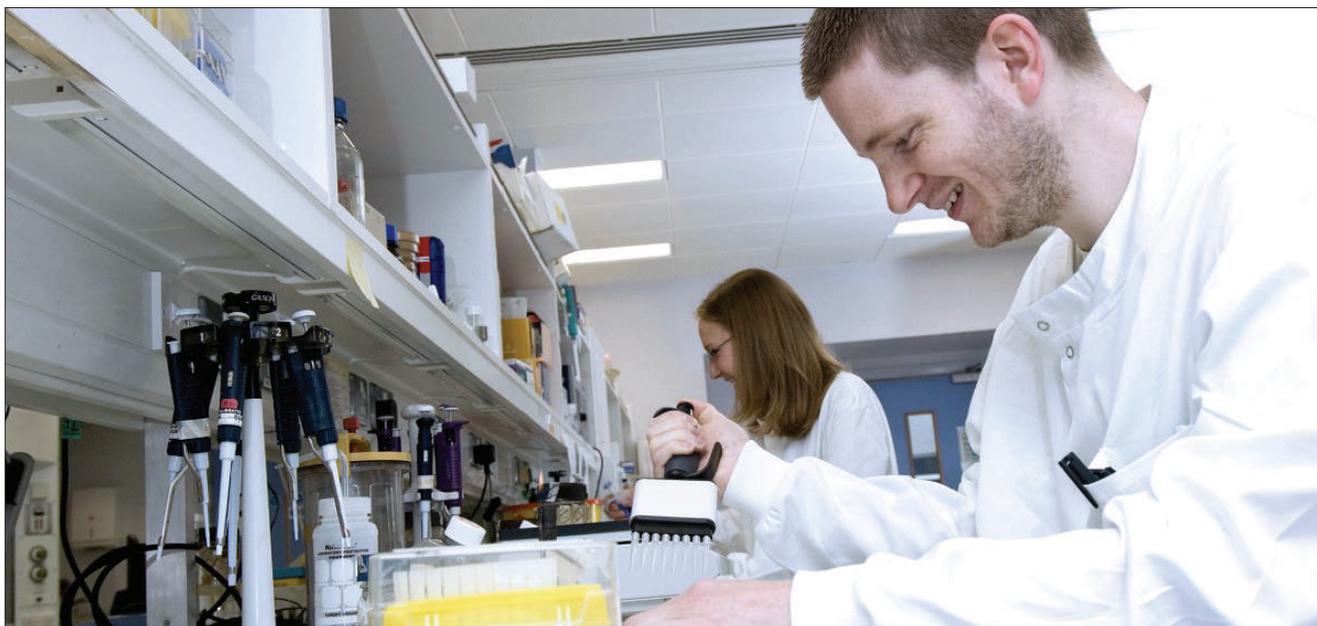
нической базы, квалифицированных медицинских специалистов и научного потенциала.

Вместе с тем развитие медицины высоких технологий должно продолжаться и обеспечивать высокое качество работы специализированных направлений, причём как для жителей Чеченской Республики, так и для граждан, приезжающих из других регионов Российской Федерации.

Надежным партнером республиканским органам власти в реализации социальных задач, поставленных перед Правительством ЧР Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Кадыровым, стала система обязательного медицинского страхования.

«В 2010 году с принятием нового закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» система здравоохранения Чеченской Республики получила мощный импульс для дальнейшего совершенствования и развития», - отметил в одном из своих выступлений Председатель Правительства ЧР А. Эдельгериев.

Немалая заслуга в этом принадлежит Территориальному фонду обяза-



тельного медицинского страхования Чеченской Республики, который призван реализовывать государственную политику в соответствующей области.

Сегодня ТФОМС Чеченской Республики защищает права граждан на своевременное получение квалифицированной медицинской помощи и является гарантом финансового обеспечения объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованному населению в рамках территориальной программы ОМС. Работа фонда направлена, прежде всего, на обеспечение граждан возможностью получить качественную медицинскую помощь, чтобы жители даже самых отдаленных населенных пунктов имели к ней доступ.

«Система ОМС призвана в полной мере финансово обеспечивать государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Это касается и общего объема средств, и их доведения до конкретной больницы или поликлиники», - отмечал в Послании Федеральному Собранию от 12 декабря 2013 года Президент России Владимир Путин.

Финансовый контроль за деятельностью государственных бюджетных учреждений в любой стране

является составной частью общей системы финансового контроля. Это одна из функций управления финансами, направленная на проверку законности и обоснованности финансово-хозяйственных операций с помощью контрольных мероприятий.

Однако современная теория финансов рассматривает финансовый контроль как форму реализации контрольной функции финансов, трактует его более широко: не только как проверку правильности ведения учетных операций, своевременности и полноты их отражения в финансовой документации, но и как ревизию соблюдения финансово-хозяйственного законодательства, законности осуществления всех хозяйственных операций, установление фактов нарушения финансовой дисциплины.

В ходе осуществления контрольных мероприятий проверяется законность всех совершаемых финансово-хозяйственных операций, устанавливаются полнота и своевременность формирования финансовых ресурсов, их целевой характер и эффективность использования, выявляются нарушения финансовой дисциплины.

Государственный контроль обязан

Система ОМС призвана в полной мере финансово обеспечивать государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

оценить эффективность использования материальных, трудовых и финансовых ресурсов на разных уровнях управления экономикой, выявить допущенные отклонения и выработать меры по устранению раскрытых нарушений и злоупотреблений и их последующему недопущению путем совершенствования нормативно-правовой базы.

Целенаправленный государственный финансовый контроль постоянно следит за движением финансовых ресурсов деятельности государственных бюджетных учреждений; благодаря этому удается правильно оценивать результаты финансово-хозяйственных операций учреждений, выявлять отклонения от действующего законодательства, принимать меры по устранению негативных последствий.

Вместе с тем содержание государ-



ственного финансового контроля не исчерпывается только его инспекционной направленностью. Финансовый контроль – это еще важный инструмент управления финансами, объективно обусловленный целями эффективного хозяйствования. Своевременно принятые меры по устранению финансовых нарушений позволяют успешнее управлять реальными финансовыми потоками, эффективнее использовать материальные и денежные ресурсы, быстрее мобилизовать их. Таким образом, государственный финансовый контроль позволяет руководителям государственных бюджетных учреждений и самим учредителям более эффективно управлять всей финансово-хозяйственной деятельностью.

Именно государственный финансовый контроль является необходимым условием и обязательной предпосылкой осуществления финансового регулирования, благодаря которому учреждения изменяют объемы и пропорции распределения и использования финансовых ресурсов в соответствии с реально складывающейся финансовой ситуацией.

В соответствии со ст. 34 Федерального Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» контроль за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими страховыми организациями и медицинскими организациями, участвующими в выполнении территориальных программ ОМС Чеченской Республики, осуществляет Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

В рамках рассмотрения вопросов взаимоотношений территориального фонда ОМС и медицинских учреждений особый интерес всегда представлял анализ сложившейся практики выявления и оспаривания фактов неэффективного и нецелевого использования средств ОМС.

Судебная практика до последнего времени по-разному истолковывала принятые Федеральным законодательством правовые нормы сферы финансового контроля и административную ответственность за нецелевое использование средств участниками бюджет-

ного процесса.

Федеральным законом от 23.07.2013 № 252-ФЗ внесены значительные изменения в Бюджетный кодекс и Кодекс об административных правонарушениях, в частности, касающиеся понятия «нецелевое использование средств» и административной ответственности за данный вид правонарушения.

В силу ст. 38 Бюджетного кодекса РФ целевой характер бюджетных средств означает, что бюджетные ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до конкретных получателей бюджетных средств с указанием цели их использования. При этом законом о бюджете устанавливается распределение бюджетных ассигнований по каждому главному распорядителю бюджетных средств в разрезе кодов разделов, подразделов, целевых статей и видов расходов классификации расходов бюджетов, отражающих направления (цели) финансирования расходов бюджета (ст. 184.1 БК РФ).

Согласно ч. 1 ст. 306.4 БК РФ нецелевым использованием бюджетных средств признаются направление средств бюджета бюджетной системы и

оплата денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом о бюджете, сводной бюджетной росписью, бюджетной росписью, бюджетной сметой, договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием для предоставления указанных средств. Напомним, что ранее данное понятие означало направление и использование бюджетных средств на цели, не соответствующие условиям их получения, определенным утвержденным бюджетом, бюджетной росписью, уведомлением о бюджетных ассигнованиях, сметой доходов и расходов либо иным правовым основанием для их получения.

Согласно новой редакции ст. 15.14 КоАП РФ, нецелевое использование бюджетных средств, выразившееся в направлении средств бюджета бюджетной системы РФ и оплате денежных обязательств в целях, не соответствующих полностью или частично целям, определенным законом (решением) о бюджете, бюджетной росписью, договором

(соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием для предоставления указанных средств, или в направлении средств, полученных из бюджета бюджетной системы РФ, на цели, не соответствующие целям, определенным договором (соглашением) либо иным документом, являющимся правовым основанием для предоставления указанных средств. если такое действие не содержит уголовно наказуемого деяния, влечет наложение на должностных лиц административного штрафа в размере от 20 000 до 50 000 руб., а на юридических лиц – от 5 до 25% суммы средств, полученных из бюджета бюджетной системы РФ, использованных не по целевому назначению.

Таким образом, ст. 15.14 КоАП РФ предусматривает ответственность за нецелевое использование средств федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов и бюджетов государственных внебюджетных фондов. Теперь при наличии фактов нецелевого использования средств и бюджетные, и автономные учреждения

здравоохранения могут быть привлечены к административной ответственности.

На фоне последних поручений Президента Российской Федерации В. Путина, данных 30 июля 2013 года на заседании Государственного Совета министру здравоохранения России Веронике Скворцовой о необходимости совершенствования системы ОМС, а также учитывая постоянную заботу Главы Чеченской Республики Р. Кадырова и его обеспокоенностью состоянием дел в медицине, руководством Территориального фонда ОМС перед контрольной службой Фонда поставлены серьезные задачи, направленные на реформирование механизма ответственности медицинских организаций, искоренение фактов нецелевого и неэффективного использования средств обязательного медицинского страхования, направляемых на выполнение Территориальных программ ОМС. Выполнением этих задач мы намерены заниматься и впредь.



Методические основы и перспективы «подушевого» способа финансирования здравоохранения

МИХАИЛ ПИРОГОВ,

д.э.н., заместитель главного редактора журнала «ОМС в Чеченской Республике»

Резюме. Экономические стимулы, заложенные в схеме «подушевого» финансирования с «фондодержанием», ориентирующие медицинские организации, оказывающие первичную медицинскую помощь, могут обеспечить приоритет данной помощи при использовании адекватной схемы формирования «подушевых» нормативов, обеспечивающих не только компенсацию затрат медицинских организаций, но и устойчивое развитие стационарозамещающих медицинских технологий. Подходы к формированию подушевых нормативов первичной медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп заболеваний, методическая основа анализа и планирования деятельности поликлинического звена рассмотрена автором в данной статье.

Ключевые слова. Методология анализа медицинской помощи. Подушевые нормативы. Клинико-статистические группы заболеваний. «Прикрепленное» население. Нозологическая структура госпитализации. Уровень стационарозамещения. Клинические и финансовые риски амбулаторной помощи.

Сведения об авторе. Пирогов Михаил Васильевич – доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере РАНХиГС при Президенте РФ.

В большинстве стран с высоким и средним уровнем доходов основную часть расходов на медицинские услуги оплачивает государство. Несмотря на то, что государственная доля в экономике уменьшается, финансирование данных услуг из государственных источников для большинства стран увеличивается, что является показателем приоритета здравоохранения для государства в части распределения финансовых ресурсов. Еще одним существенным фактором является то, что здоровье вносит непосредственный вклад в благосостояние общества, что оправдывает расходы на здоровье в той мере, в какой медицинские услуги улучшают здоровье.

Фактические данные, которые поддерживают это утверждение, можно разделить на три основные категории: прямой вклад здоровья в благосостояние общества; влияние плохого здоро-

вья на экономическую производительность; влияние здоровья на расходы, связанные с оказанием медицинских услуг¹. Кроме того, система здравоохранения оказывает еще одно дополнительное и прямое воздействие на национальную экономику, являясь крупным сектором экономики, влияя на сферу научно-исследовательских и конструкторских разработок и являясь важным источником рабочих мест, тем самым выступая в качестве двигателя экономического роста.

Результаты исследований² указы-

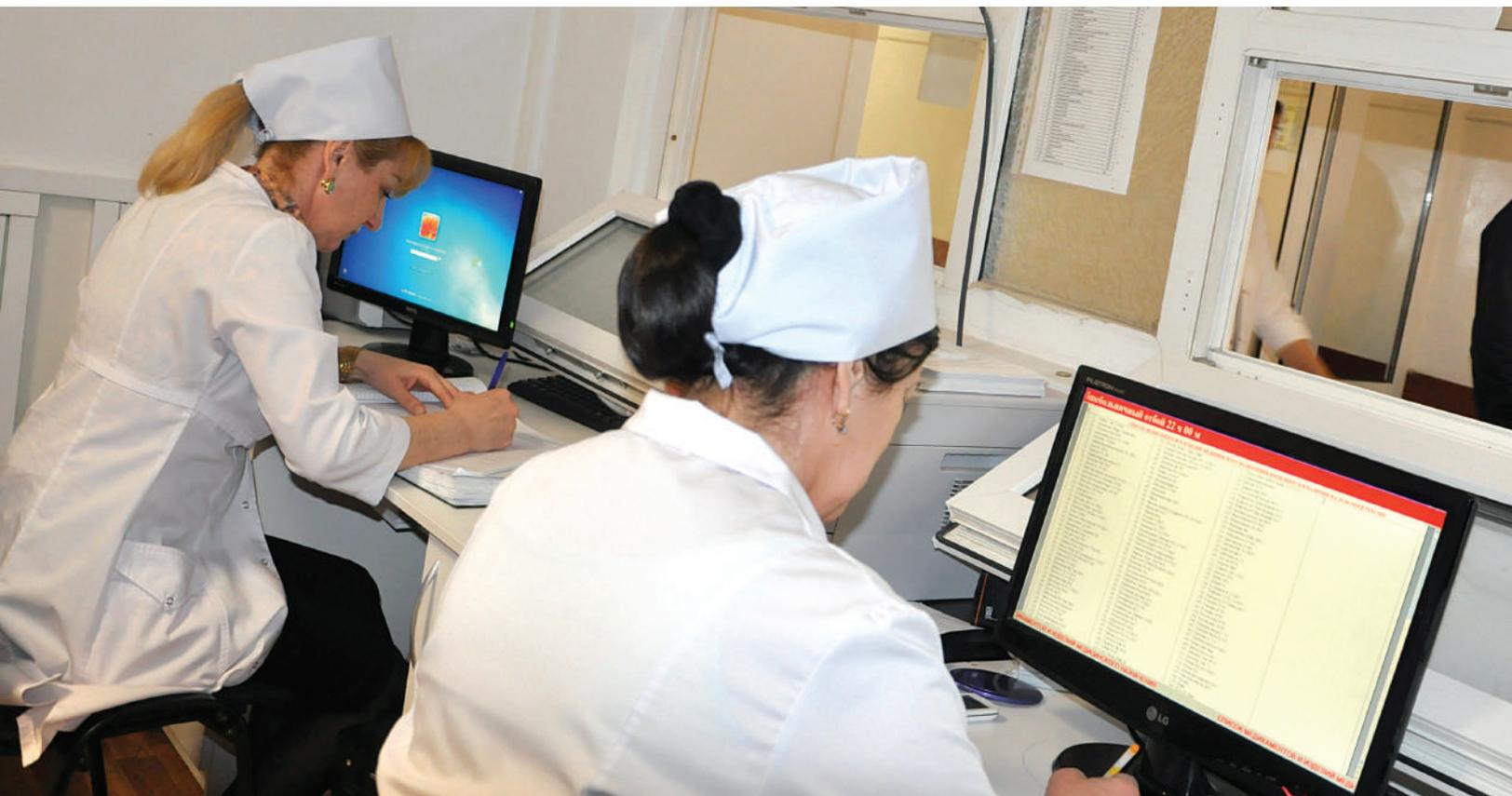
¹Suhrcke Metal. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

²Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. и Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C. Finanzielle Auswirkungen

вают на то, что выделение ресурсов на медицинские услуги может быть вполне обосновано экономически, т.е. подобные расходы могут приносить значительную прямую и косвенную выгоду для благосостояния общества, и поэтому было бы ошибочным считать, что расходы на данный вид услуг являются только лишь бременем для экономики. Поскольку большая часть затрат на медицинские услуги ложится на государство, именно на государстве лежит основная доля ответственности за проведение этой оценки, основанной на показателях работы системы организации и оказания медицинских услуг и на ценностях населения в целом.

Государству необходимо найти способы, позволяющие сделать так,

und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. In: Klusen N, Meusch A (eds). Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Baden-Baden, Nomos, 2007.



чтобы медицинские услуги создавали достаточную ценность для того, чтобы оправдать существующие и будущие инвестиции в эту сферу услуг. Аналогичным образом распределение затрат на медицинские услуги должно отражать потребности населения. Следовательно, лица, формирующие политику в данной сфере, должны обеспечивать наличие механизмов для справедливого генерирования и распределения ресурсов. Одним из способов повышения ценности, производимой расходами на медицинские услуги, является выделение ресурсов на основании потребностей.

Есть много путей улучшения и поддержания здоровья. Некоторые из них находятся за пределами сектора здравоохранения.

Условия, в которых люди растут, живут, работают и стареют оказывают сильнейшее влияние на то, как они живут и

умирают. Образование, жилье, пища и занятость – все это влияет на здоровье. Устранение неравенства в этих сферах устранил неравенство в отношении здоровья. Также очень важным является обеспечение своевременного доступа к медико-санитарным услугам, включающим в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию. Его нельзя достичь, если не иметь в виду незначительное меньшинство, без хорошо функционирующей системы финансирования здравоохранения. Этим определяется, смогут ли люди позволить себе пользоваться медико-санитарными услугами, когда возникнет необходимость. Этим определяется само наличие медико-санитарных услуг.

Общепризнано, что часто системы здравоохранения тратят ресурсы без пользы. По оценкам, представленным в докладе Всемирной организации здра-

воохранения за 2010 год, от 20 до 40% средств теряются вследствие их неэффективного использования. Поэтому в каждой национальной системе найдется место для совершенствования.

Важным фактором повышения эффективности использования ресурсного потенциала является выбор метода «закупки» медицинских услуг у медицинских организаций. В ходе реформ во многих странах Европы предпринимались попытки отойти от пассивного вознаграждения медицинских организаций и принять метод активных или стратегических закупок, который направлен на улучшение показателей работы системы организации и оказания медицинских услуг посредством «увязывания» решений и методов, касающихся распределения ресурсов, с информацией о потребностях населения и качестве работы медицинских организаций³.

³Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to

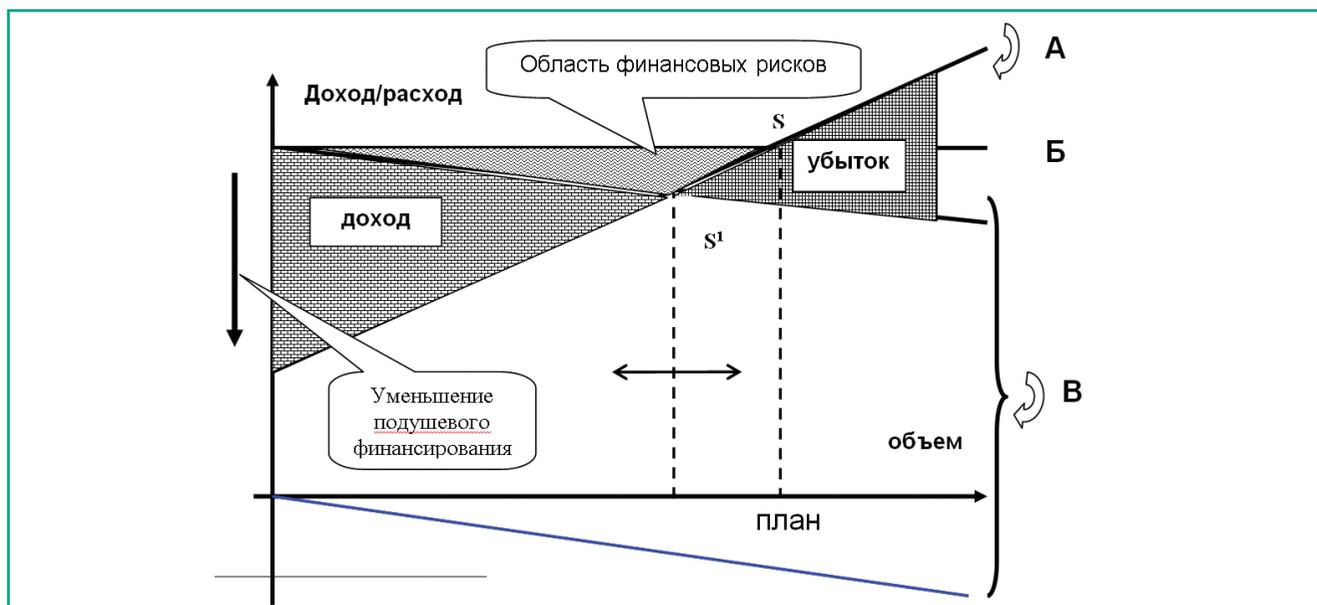


Рис.1. Экономический механизм подушевого финансирования с фондодержанием.

Препятствием на пути к удешевлению предоставления медицинской помощи может выступать исторически сложившееся разделение между первичным и вторичным звеньями оказания медицинских услуг. Большой объем медицинских услуг, который может оказываться в медицинских организациях первичного звена, предоставляется в организациях вторичного звена.

Для устранения такого положения используются различные методы:

1. Возложение на медицинских работников и организации первичного звена финансовой ответственности за весь путь прохождения пациентом по цепочке получения медицинских услуг, что приводит к усилению ответственности за необходимость и своевременность направления пациента к специалистам вторичного звена. Данный метод финансирования получил наименование «подушевой» оплаты с «фондодержанием». Организационно-экономический механизм планирования данного метода оплаты требует взвешенного и сбалансированного ре-

improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds). Purchasing to improve health systems performance. Buckingham, Open University Press, 2011:44-80.

сурсного обеспечения ввиду того, что издержки планирования и неверная оценка определения степени финансовой ответственности первичного звена – «фондодержателя» может привести к увеличению ресурсных расходов и одновременному ухудшению показателей здоровья населения.

2. Усиление роли первичного звена в рамках оказания медицинских услуг при первом обращении, включая ограничение прямого доступа к «узким» специалистам и облегчение доступа к медицинским работникам первичного звена. Особенно при неплановом обращении, благодаря чему сокращается пользование помощью в ресурсоемких условиях, таких как отделения травматологии, скорой медицинской помощи и амбулаторные отделения больницы.

3. Расширение круга тех видов медицинских услуг, которые можно предоставлять в менее дорогостоящих условиях. Если можно предоставлять больше помощи в первичном звене, меньше помощи нужно будет предоставлять в более ресурсоемких учреждениях. Это согласуется с особыми потребностями пациентов с хроническими заболеваниями, хотя и другие

пациенты тоже имеют возможность получать выгоды от этого.

Для отечественного здравоохранения нормативно-правовая база определяет следующее⁴: «При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (завершенный случай)...

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результатов деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказанную в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)...».

⁴Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 г. №932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2014 го и плановый период 2015 и 2016 годов»

Графически подушевое финансирование может характеризоваться тремя прямыми в координатах доходов (расходов) и объемов медицинской помощи.

Прямая «Б» отражает уровень финансирования медицинской организации или общеврачебной практики и не зависит от объема оказанных медицинских услуг. Уровень финансирования характеризует сумму плановых затрат медицинской организации на обслуживание «прикрепленных» к ней граждан и плановые расходы на лечение этих граждан в других медицинских организациях (как стационарных, так и поликлинических). Если фондодержание не предусмотрено, тогда прямая «Б» всегда горизонтальна.

Наличие фондодержания характеризуется прямой «В», которая отражает фактические расходы медицинской организации по оплате лечения «прикрепленных» граждан в других медицинских организациях. Размер фондодержания зависит от двух факторов:

1. Перечня запланированных обязательств по оплате лечения «прикрепленных» пациентов в других медицинских организациях. Если любое обращение данного пациента за медицинской помощью (в рамках государственных гарантий) является финансовыми обязательствами «фондодержателя», то такое «фондодержание» является полным. Если данные обязательства ограничены конкретным перечнем медицинских услуг и технологий, то речь идет о частичном «фондодержании».

2. Фактически оплаченных медицинских услуг и технологий, оказанных «прикрепленным» гражданам в других медицинских организациях. В реальной жизни данная характеристика не зависит от объемов деятельности «фондодержателя» и должна отображаться кривой более высокого порядка, учитывающей функциональную зависимость финансовых средств и объемов помощи, оплаченных другим медицинским организациям и приведенных к собственным объемам.

Собственные издержки медицинской организации – «фондодержателя» (постоянные и переменные)

отражаются прямой «А», прямо пропорциональной объемам собственной деятельности. В чистом виде данная прямая тоже является кривой высокого порядка в зависимости от соотношения постоянных и переменных издержек и объема деятельности.

«Подушевые» нормативы финансирования собственной деятельности рассчитываются таким образом, чтобы компенсировать лечение и предупреждение болезней с плановыми объемами в точке «S». Которая является точкой «безубыточности», т.е. точкой пересечения прямых «А» и «Б». По сути данная точка характеризует размер финансирования, обеспечивающий выполнение функций медицинских организации как лечебных, так и профилактических. Объем деятельности и соответственно расходы организации больше запланированных не компенсируются «покупателем» медицинской помощи (страховой медицинской организацией или государством), и деятельность организации становится убыточной. В противном случае при уменьшении общих расходов, деятельность прибыльна.

Экономическим рычагом, стимулирующим сокращение собственных издержек организации, становится разница между финансированием и собственными издержками, которые остаются в распоряжении организации и могут направляться на цели развития или материального стимулирования сотрудников.

Собственные издержки медицинской организации могут уменьшаться по двум основным направлениям:

- сокращение расходов при выполнении плановых показателей за счет более рациональной деятельности организации и экономии всех видов ресурсов;

- сокращение объемов деятельности по лечению пациентов, за счет улучшения профилактической работы и повышения общего уровня здоровья «прикрепленного» населения.

Одновременно может проявляться негативная тенденция, связанная с попыткой медицинской организации экономить на издержках за счет сокращения объема деятельности и необо-

Уровень финансирования характеризует сумму плановых затрат медицинской организации на обслуживание «прикрепленных» к ней граждан и плановые расходы на лечение этих граждан в других медицинских организациях (как стационарных, так и поликлинических).

снованного ограничения доступа населения к медицинской помощи. При отсутствии «фондодержания» данная тенденция сдерживается путем определения ряда показателей деятельности организации, получившей наименование «**модель конечного результата амбулаторного звена**». Данные показатели учитывают не объем деятельности организации, а уровень и структуру заболеваемости «прикрепленного» населения и объем затрат на оказание медицинской помощи, оказанной за пределами организации. При систематическом невыполнении данных показателей «подушевое» финансирование медицинской организации должно уменьшаться, но не ниже уровня фактических затрат текущего периода (на рис.1 стрелка, направленная вниз к оси «Х» - объемов деятельности).

«Фондодержание» является экономической альтернативой «модели конечного результата», так как уменьшает финансирование медицинской организации независимо от наличия и выполнения показателей деятельности организации. Прямая «Б» изменяет свой наклон (к оси «Х») в зависимости от объема помощи, оказанной «прикрепленным» гражданам в других медицинских организациях и финансовой ответственности «фондодержателя». Таким образом, контролируется выполнение лечебно-профилактической функции «фондодержателем» и сдерживается тенденция экономии расходов за счет сокращения деятельности самой орга-

низации.

Чем выше объем «внешних» платежей (определяется наклоном прямой «В» к оси «Х»), тем больше точка «безубыточности» сдвигается к оси «У», принимая значения S^1 . Возможность получения потенциального дохода за счет уменьшения объемов медицинской помощи (т.е. за счет пациента) для медицинской организации резко уменьшается. Возникает ситуация, при которой медицинская организация – «фондодержатель» должна регулировать не только собственную деятельность, но и влиять на деятельность финансируемых ею медицинских организаций.

На графике (см.Рис.1) данная ситуация определяется областью финансовых рисков медицинской организации. Эта область всегда существует при «фондодержании», и её площадь вычитается из общего финансирования организации тем больше, чем меньше данная организация влияет на уровень расходов других организаций и на собственные издержки.

Для медицинской организации необходимы такие клинические и организационные решения, которые позволяют уменьшить собственные издержки на большую величину, чем будут расти внешние расходы.

На графике данная ситуация будет определяться постоянной, заранее запланированной площадью «финансовых рисков», а успешный менеджмент обеспечит тенденцию к её сокращению.

Для каждой медицинской организации, выступающей «фондодержателем», существует свое соотношение доходов и расходов, организационных решений, обеспечивающих стабильность «финансовых рисков» и их минимизацию.

Общими обязательными условиями являются следующие:

1. Методическое единообразие при формировании подушевых нормативов финансирования для обеспечения собственной деятельности. При этом необходимо обязательно учитывать характер «прикрепленного» населения и уровень его здоровья, что в свою очередь позволяет оценить объективный спрос населения, сформировать задачу, оценить его и выразить в подуше-

вой форме.

2. Корректный отбор заболеваний, которые относятся к «управляемым» с позиции «фондодержателя», их количественная и стоимостная оценка.

3. Учет влияния альтернативных медицинских технологий, которые могут заменить помощь, традиционно оказываемую в других медицинских организациях, по отношению к «фондодержателю».

4. Самостоятельность решений «фондодержателя» по реализации лечебной и организационной тактики, направленной как на сокращение собственных издержек (объемов помощи), так и внешних расходов.

5. Наличие стратегических показателей, оценивающих уровень здоровья «прикрепленного» населения, в том числе по заболеваниям, входящим в «фондодержание» и постоянный независимый мониторинг данных показателей.

В отечественном здравоохранении понятие «фондодержание» впервые появилось в конце 1980-х гг. в ходе реализации нового хозяйственного механизма в трех регионах России. Оно объединяло комплекс мер по формированию экономической мотивации работников первичного звена медицинской помощи к повышению ответственности за состояние здоровья населения. Фондодержание применялось в течение нескольких лет с разными результатами – достаточно высокими в Самарской и Кемеровской областях, менее убедительными – в г. Ленинграде. В начале 1990-х гг. примерно в десяти российских регионах либо использовали эту систему оплаты медицинской помощи, либо готовились к ее реализации. С переходом на обязательное медицинское страхование эта система была упразднена, но в Самарской области использовалась в течение более 15 лет и прекратила существование лишь в 2005 г.

Историкам здравоохранения еще предстоит дать ответ, почему эта прогрессивная система оплаты медицинской помощи не получила широкого распространения в период становления российской модели ОМС. Между

тем в конце 1980-х гг. советский опыт внимательно изучался зарубежными специалистами и впоследствии был использован при формировании такой системы в Великобритании и ряде других стран.

Идея фондодержания была реализована в 2006 г. после принятия решения о проведении комплекса финансово-организационных преобразований в 19 пилотных регионах. В некоторых из них взялись за реализацию системы подушевого финансирования с элементами фондодержания.

Полученный по итогам «пилотов» опыт подушевого финансирования не стал основой для формирования методологии подушевого финансирования и не определил оптимальную стратегию внедрения данного способа финансирования для национальной системы первичной медицинской помощи. Как таковая отсутствует общая методика расчета подушевых нормативов собственно для первичной помощи и учитывающая оплату вторичной помощи по методу «фондодержания».

В зарубежной и отечественной практике реализованы две различные модели фондодержания:

- «условное», при котором финансовые риски не включаются в расчет подушевых нормативов, а риски пациентов учитываются при оценке деятельности первичного звена и достижения им определенных показателей, в том числе учитывающих изменение деятельности вторичного звена и консультационно-диагностической деятельности;

- «реальное», при котором элементом экономических расчетов нормативов финансирования становятся риски пациентов соответствующих групп в получении вторичной медицинской помощи или консультационно-диагностической и соответственно финансовых рисков первичного звена

Первая модель имеет очень серьезный недостаток – в поликлинике заинтересованы направлять в стационары тех больных, которых можно лечить амбулаторно, поскольку стационар для нее «бесплатен». Кроме того, получив средства на проведение специализированной внебольничной помо-

щи, поликлиника может необоснованно снижать объем исследований и лечения при конкретном заболевании.

Вторая модель предусматривает включение в подушевой норматив затрат не только на собственный объем деятельности, но и на специализированные обследования, консультации, стационарную помощь, лечение и реабилитацию за пределами фондодержателя.

При этом используется «полное» фондодержание, когда в состав подушевого норматива поликлиники включаются затраты на всю медицинскую помощь, гарантируемую государством, или «частичное» фондодержание, когда в состав подушевого норматива финансирования входит часть расходов на стационарную помощь.

Практика показывает методическую сложность нормирования и организации «полного» фондодержания, а также обеспечение его эффективности силами отдельных медицинских организаций первичного звена, выступающих в роли фондодержателей. Необходимость объединения врачей первичной помощи в Великобритании в «трасты» врачей общей практики наглядно подтверждает данный тезис.

Для «частичного» фондодержания часть расходов определяется с учетом возможностей медицинских организаций первичного звена реально влиять на объемы стационарной помощи.

В этом варианте необходимо учитывать два главных фактора:

- планируемый объем профилактической работы, способной снизить потребность в стационарной помощи;
- планируемое расширение функций поликлиники, позволяющих переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап, в том числе развертывание дневных стационаров, увеличение объема деятельности участковой службы, создание общих врачебных практик, расширение собственной диагностической базы, повышение квалификации узких специалистов и т.п.

По мнению Шевского В.И.¹, руко-

¹В.И. Шевский, И.М. Шейман «Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации», **Здравоохранение 4-2008.**

водство поликлиники, в которой оказывается первичная медицинская помощь и которое одновременно является фактическим заказчиком услуг, оказываемых за пределами поликлиники, экономически заинтересовано в активной медицинской профилактике, раннем выявлении и своевременном лечении своих пациентов, недопущении осложнений и обострений хронических заболеваний, в наиболее рациональном использовании возможностей консультативной, стационарной и реабилитационной помощи, а также в максимально возможном контроле качества медицинских услуг, оказываемых в других медицинских учреждениях.

Очевидны и недостатки этого метода. Врачи могут необоснованно задерживать направление пациентов в стационар. Иногда это связано не только с желанием сэкономить на больном, но и с переоценкой собственных возможностей, усиливаемой экономической мотивацией. Вот почему при использовании метода реального фондодержания должны включаться механизмы, исключающие желание сэкономить на больном.

Эти механизмы таковы:

- применение штрафных санкций в случае направления больного в стационар в запущенном состоянии, при сокращении объема необходимых исследований и проч.;
- использование моделей конечных результатов для оценки деятельности и установление связи этой оценки с размерами вознаграждения;
- оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов, финансовые санкции за их нарушение;
- свободный выбор пациентами врачами первичного звена.

Эффективное внедрение «реального» фондодержания не может ограничиваться первичным звеном, оно затрагивает отношения всех субъектов здравоохранения.

Можно выделить следующие условия реализации этой модели:

1. Максимально возможная сбалансированность государственных га-

Практика показывает методическую сложность нормирования и организации «полного» фондодержания, а также обеспечение его эффективности силами отдельных медицинских организаций первичного звена, выступающих в роли фондодержателей.

рантий медицинской помощи и их финансового обеспечения. При большом дефиците средств реальное фондодержание может побудить врачей первичного звена экономить средства за счет ухудшения оказываемой помощи и ограничения её доступности.

2. Одноканальная система финансового обеспечения медицинской помощи. Наибольший эффект фондодержание может дать при включении основной части видов и объемов медицинской помощи в систему ОМС и использовании полного тарифа, включающего все статьи затрат.

3. Наделение врачей первичного звена медицинской помощи функцией диспетчера. Основная часть плановой специализированной помощи (в амбулаторных и стационарных условиях) должна оказываться по направлениям участковых врачей и врачей общей практики.

4. Формирование многоуровневой информационной системы, основанной на современных компьютерных технологиях сбора, обработки и хранения медико-экономической информации, позволяющей оперативно отслеживать текущую деятельность медицинских организаций, эффективно планировать развитие здравоохранения, осуществлять мониторинг внедрения фондодержания, ход реструктуризации системы медицинской помощи и ее влияние на доступность и качество медицинской помощи.

5. Подготовка работников амбулаторно-поликлинических учреждений и страховых компаний к внедрению

фондодержания. Все участники новой системы должны осознать свои экономические интересы и быть готовыми к серьезным преобразованиям в медицинских учреждениях. Необходимо проведение массового обучения врачей.

6. Проведение комплекса мероприятий по разъяснению населению целей и содержания системы фондодержания.

Наряду с организационными и плановыми аспектами обеспечения фондодержания в реальных условиях существенным является разработка нормативов финансирования медицинских организаций. Отечественная практика формирования подушевых нормативов основана на стоимостной оценке комплексной медицинской услуги (КМУ)

для жителя того или иного региона. Для этих целей проводится анализ всей оказанной населению медицинской помощи, входящей в КМУ, первичная и вторичная медицинская помощь, скорая и неотложная. Анализ осуществляется по данным медицинской статистики (реестрам медицинской помощи, оказанной и оплаченной в системе ОМС) и финансовых расходов медицинских организаций в системе бухгалтерского учета. Отнесение затрат на КМУ в подушевом выражении определяет нормативы финансирования для полного фондодержания. Для сближения нормативного финансирования и фактических затрат медицинской организации используются различные поправочные коэффициенты, отражающие обоснованные

затраты медицинской организации, например: фонд оплаты труда, объем диагностических и параклинических подразделений и «глубину» интеграции первичной и вторичной медицинской помощи. Данные поправочные коэффициенты воздействуют на подушевые нормативы финансирования сформированные для 8 – 30 половозрастных групп. По сути, с помощью данных коэффициентов каждая медицинская организация (фондодержатель) «настраивается» на минимальное отклонение полученных финансовых средств и собственных издержек.

Основным достоинством данного подхода является простота определения подушевых нормативов финансирования и возможность корректиро-



Рис.2. Схема формирования подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной помощи с фондодержанием.

вать нормативы по мере необходимости.

Недостатком является то, что заложенная в подушевые нормативы прошлая неэффективная деятельность медицинской организации фиксируется на будущие периоды, сводя на нет все позитивные свойства подушевого финансирования с фондодержанием.

С этой проблемой сталкиваются все регионы, применяющие данный подход, при этом отсутствие ожидае-

мых изменений проявляется не сразу, а в отдаленной перспективе и приводит к сворачиванию «подушевых» программ в регионах.

Для преодоления данного системного противоречия в данной статье предлагается новый методический подход к расчету подушевых нормативов финансирования.

В его основу положена оценка потребности населения в различных медицинских технологиях, выражаемых через наборы медицинских услуг (и

иных расходов) по «среднему» пациенту для различных заболеваний и объективная оценка стоимости данных технологий с помощью клиничко-статистических групп заболеваний (КСГ).

На Рис.2 представлена блок-схема реализации данного методического подхода.

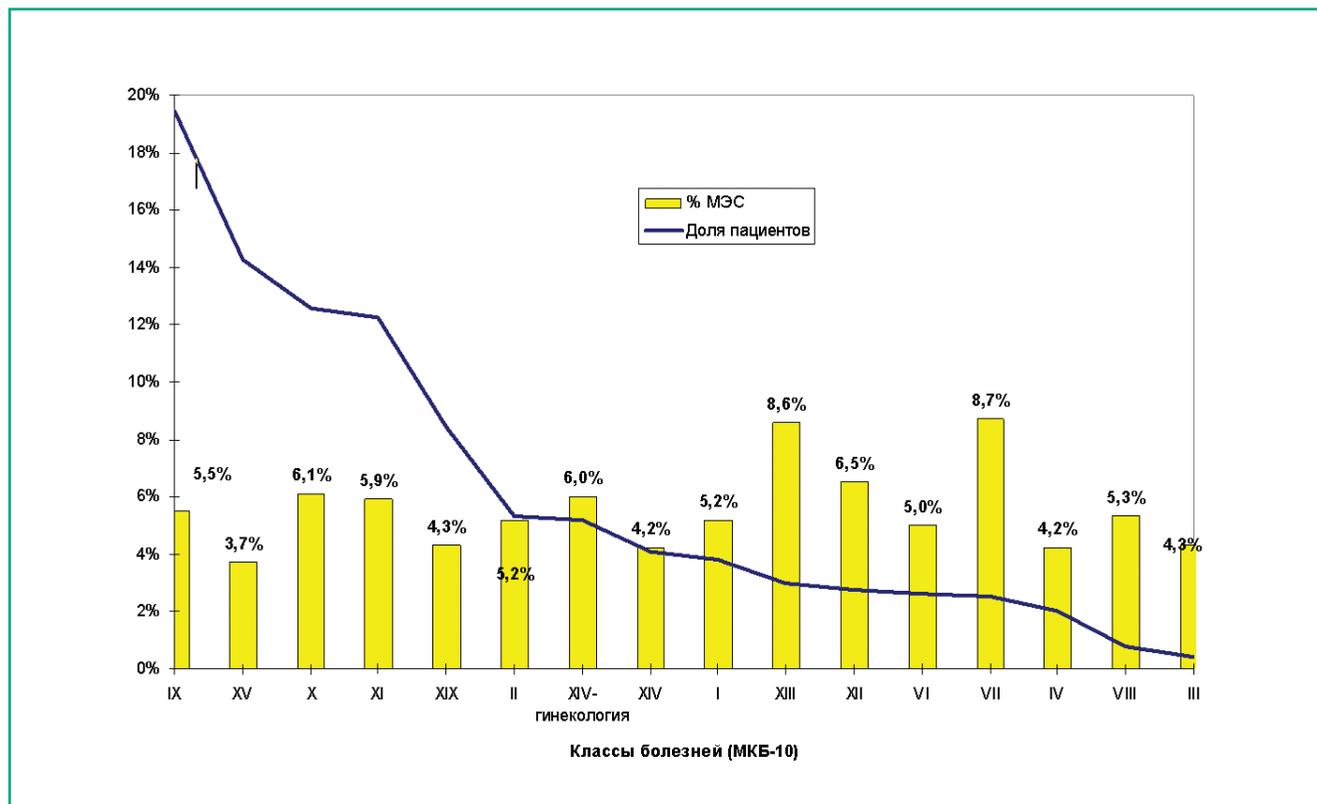


Рис.3. Соотношение общего числа пациентов и частоты «основных» диагнозов для различных классов болезней.

Потребность населения в первичной медицинской помощи, гарантируемой государством, т.н. «социальный» спрос на медицинские услуги, определяется по данным реестров медицинской помощи, содержащих необходимые наборы признаков, такие как: пол и возраст пациентов, место проживания, вид медицинской помощи и условия её оказания, уровень медицинских технологий и основной окончательный диагноз заболевания.

Величина и структура спроса определяется с учетом частоты тех или иных заболеваний (см.Рис.3), при этом отдельно анализируется первичная и вторичная медицинская помощь, а также альтернативные медицинские (стационарозамещающие технологии). В первую очередь рассматриваются те заболевания, частота которых максимальна для соответствующего класса болезней и охватывает не менее 90% всей оказан-

ной медицинской помощи (см. показатель «%МЭС»).

Для проведения стоимостной оценки использовались клинико-статистические группы однородных заболеваний, расчет стоимости которых осуществлялся с учетом стандартов медицинской помощи и нормативной (рыночной) стоимости ресурсов необходимых для выполнения данных стандартов.

Спрос на медицинскую помощь по «основным» диагнозам в денежном выражении сопоставляется для половозрастных групп пациентов и демографической структуры населения, что позволяет определить объективные, не зависящие от деятельности медицинской организации, нормативы подушевого финансирования для *i*-ой группы населения по *j*-ой клинико-затратной группы.

Эти нормативы (P^{ij}) отражают спрос населения на различные меди-

цинские технологии первичной помощи для различных групп заболеваний и могут использоваться как подушевые нормативы финансирования без фондодержания.

Данный подход по формированию и применению подушевых нормативов финансирования позволяет, используя единые группы нормативов, формировать индивидуальное задание для первичной медицинской организации по следующей формуле:

$$F^n = \sum (P^{ij} * N^{ij}) \quad 1$$

где: F^n – финансовый план *n*-ой медицинской организации;

P^{ij} – подушевой норматив;

N^{ij} – численность «прикрепленного» (обслуживаемого) населения.

Кроме суммы средств, объективно отражающей потребности населения в

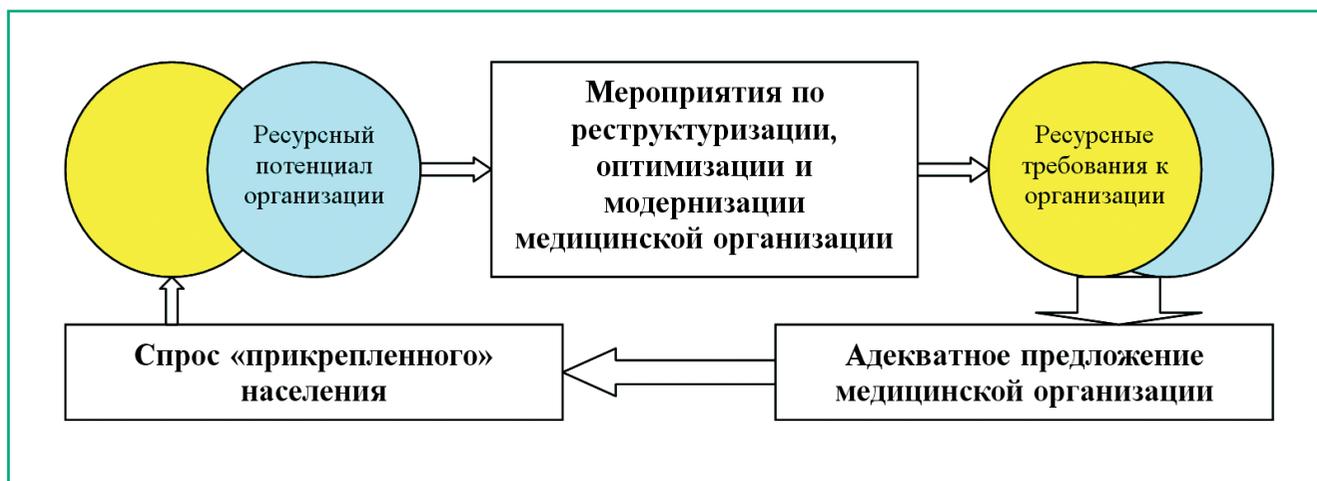


Рис.4. Технологический баланс спроса и предложения на медицинские услуги.

первичной медицинской помощи, для каждой медицинской организации необходимо моделировать оптимальную организационную структуру и, сравнивая её с существующими реалиями определять направления реструктуризации и модернизации, а также уровень технологической интеграции с другими медицинскими организациями, в том числе, оказывающими вторичную медицинскую помощь (см.рис.4). Наличие в плане таких показателей, как стандартизированное число диагностических, лечебных и консультационных услуг, позволяет контролировать адекватность и качество первичной помощи при отсутствии фондодержания.

Определение «глубины» фондодержания представляет собой процесс оценки клинических и финансовых рисков организации-фондодержателя на основе экспертного отбора диагнозов, для которых допустимо использование альтернативных технологий лечения по первичной и вторичной медицинской помощи.

Для этого оценивается спрос на стационарную и стационарозамещающую помощь по различным заболеваниям для всех классов болезней. Частотная характеристика, характеризующая данную помощь, накладывается на аналогичную частотную характеристику первичной медицинской помощи. Оценивается степень совпадения диагнозов

по структуре и величине.

Данные анализа позволяют определить те заболевания, которые находятся в технологической связи и могут лечиться с использованием альтернативных медицинских технологий. По данным заболеваниям проводится экспертная оценка клинических рисков и определяются критерии контроля качества при использовании альтернативных технологий. Высокие клинические риски предполагают исключение групп диагнозов из пакета фондодержания даже при высоком совпадении частот по первичной и вторичной медицинской помощи.

После оценки клинических рисков для отобранных заболеваний проводится расчет стоимости с использованием клинико-затратных групп и отношение данных затрат в половозрастную структуру обслуживаемого населения. Таким образом, подушевой норматив имеет две составляющие: по первичной и вторичной медицинской помощи. Так как оба показателя имеют одинаковую структуру, но отличаются по величине для i -х половозрастных групп и j -х групп заболеваний, то появляется возможность гибкой «настройки» подушевого норматива по комплексной медицинской услуге с учетом ресурсного потенциала медицинской организацией с разной «глубиной» фондодержания. Что, в свою очередь, позволяет адекват-

но оценивать финансовые риски конкретной организации, в том числе при изменении структуры «прикрепленного» населения и освоении организацией новых для неё медицинских технологий (по первичной и альтернативной медицинской помощи).

Для проведения практических расчетов необходимо обрабатывать большие массивы статистической и экономической информации, такие как демографическая структура, структура прикрепленного населения, структура оказанной медицинской помощи в разрезе заболеваний и половозрастных групп, а также структура самой медицинской технологии, представленной в виде «среднего» набора медицинских услуг как по амбулаторной, так и по стационарной (стационарозамещающей) медицинской помощи.

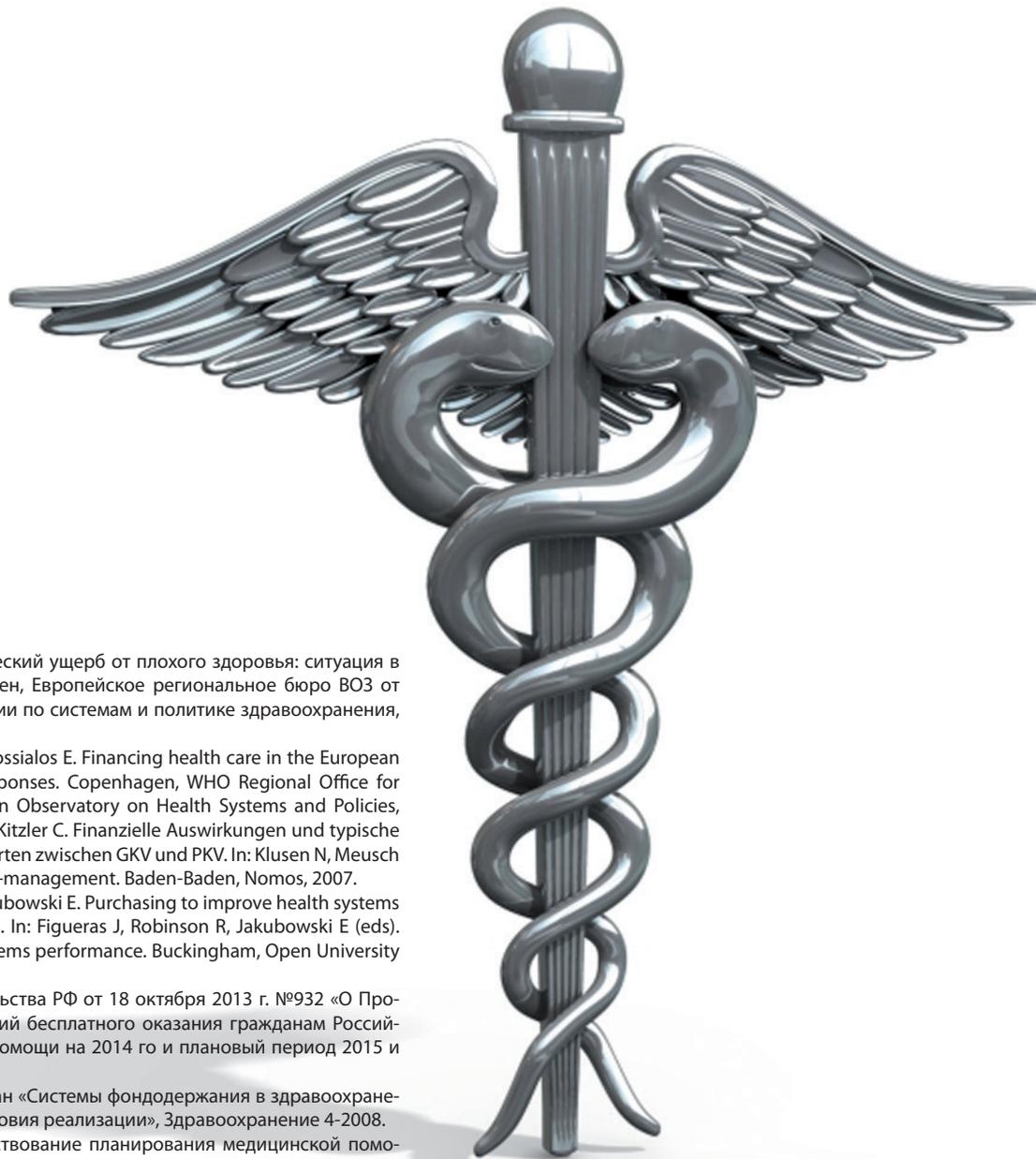
Для этих целей автором статьи предложена схема расчета, основанная на использовании операций с матрицами (или с информационными массивами) разной размерности. Более подробно данная схема расчета подушевых нормативов с регулируемой глубиной фондодержания, получившая наименование STEP –метода, будет рассмотрена в следующих публикациях.

Рассмотренный методический подход к определению подушевых нормативов финансирования пер-

вичной медико-санитарной помощи позволяет получать задания для медицинских организаций на основе объективных данных заболеваемости населения, гибко учитывает тех-

нологические возможности конкретной медицинской организации и обеспечивает минимизацию клинических рисков с одновременной экономической мотивацией организации

по оптимизации своей деятельности и снижению финансовых рисков фондодержания.



Литература:

1. Suhrcke Metal. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

2. Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. и Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C. Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. In: Klusen N, Meusch A (eds). Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Baden-Baden, Nomos, 2007.

3. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (eds). Purchasing to improve health systems performance. Buckingham, Open University Press, 2011:44-80.

4. Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 г. №932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2014 го и плановый период 2015 и 2016 годов».

5. В.И. Шевский, И.М. Шейман «Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации», Здравоохранение 4-2008.

6. Пирогов М.В. «Совершенствование планирования медицинской помощи с использованием клинико-связанных групп в условиях реформирования отечественного здравоохранения», Монография/ приложение к журналу Главврач № 1, 2012 г. – 102 с.

7. Пирогов М.В., Манухина Е.В. «Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика», Монография/ приложение к журналу Главврач № 7, 2012 г. – 108с..

Медицинские организации должны уделять больше внимания качественным показателям



СВЕТЛАНА БИШАЕВА,

начальник управления защиты прав застрахованных граждан и организации межтерриториальных взаиморасчетов ТФОМС Чеченской Республики



Обеспечение доступности и качества медицинской помощи – одна из основных задач нашего времени. Система обязательного медицинского страхования вносит свой вклад в решение этой задачи, обеспечивая защиту конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи и осуществляя контроль ее качества.

В соответствии с Законом «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в медицинских организациях, работающих в системе ОМС Чеченской Республики, осуществляется контроль качества медицинской помощи и защита прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования. Две эти функции тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга.

Контроль качества медицинской помощи и защита прав застрахованных граждан в системе ОМС является приори-

тетным направлением в работе Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики. Для выполнения этих функций в фонде создан отдел защиты прав застрахованных и контроля качества медицинской помощи, который проводит следующую работу:

- обеспечение прав застрахованных лиц на получение бесплатной медицинской помощи в соответствии с объемами, качеством и условиями, установленными территориальной программой ОМС и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в медицинских организациях Чеченской Республики, участвующих в реализации программ ОМС;

- осуществление вневедомственного контроля объемов, сроков, качества, условий предоставления медицинской помощи посредством проведения

медико-экономического контроля реестров пролеченных больных, плановых, тематических и целевых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества оказания медицинской помощи;

- работу с жалобами, обращениями граждан и защиту прав застрахованных лиц в досудебном и судебном порядке;

- информирование застрахованных граждан об их правах и обязанностях при получении медицинской помощи в системе ОМС;

- проведение социологических опросов населения на предмет удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в системе ОМС и уровнем организации работы медицинского учреждения;

- совершенствование механизмов защиты и реализации прав застрахованных граждан в системе ОМС;

Работу по контролю качества меди-



цинской помощи и защите прав застрахованных ведут опытные врачи-эксперты, консультанты, специалисты по защите прав застрахованных. Также для проведения плановых и целевых экспертиз качества медицинской помощи ТФОМС Чеченской Республики привлекает внештатных врачей-экспертов.

Для повышения эффективности экспертной деятельности фондом сформирован регистр внештатных экспертов качества медицинской помощи, куда включены специалисты, имеющие стаж работы более 10 лет, имеющие высшую квалификационную категорию или ученую степень, прошедшие специальную подготовку по экспертизе и получившие документ на право осуществления экспертной деятельности в системе ОМС.

Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлен механизм осуществления контроля

объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам медицинскими организациями в объеме и на условиях, соответствующих территориальной программе ОМС и договору на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Главной целью осуществления ведомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального исполнения кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения и применения совершенных медицинских технологий.

Одним из важнейших каналов информации о качестве медицинского обслуживания являются обращения граждан, включающие жалобы и предложения по совершенствованию деятельности системы здравоохра-

нения. Наличие обоснованных жалоб является общим показателем низкой удовлетворенности пациентов, однако их отсутствие не обязательно предполагает высокую удовлетворенность больных. Часто застрахованные граждане не жалуются, они просто уходят недовольными.

В 2013 году в ТФОМС Чеченской Республики и страховую медицинскую организацию поступило- 279649 обращений, из них по телефону горячей линии -1 214, в том числе:

- заявлений – 279535

-жалоб – 114, из них обоснованных – 107.

Структура обоснованных жалоб выглядит следующим образом.

На 1 месте – жалобы на взимание денежных средств – 31 (28,9%);

На 2 месте – отказ в медицинской помощи по программе ОМС - 24 (22,4%);

На 3 месте - организация работы



Мы уделяем огромное внимание сбору и обработке информации по обращениям и жалобам граждан.

МО - 21 (19,6%)

Дефекты оказания медицинской помощи, выявленные при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи врачами-экспертами Территориального фонда обязательного медицинского страхования и филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в 2013 году распределились по частоте выявления следующим образом:

на 1 месте стоят дефекты, связанные с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;

на 2 месте – дефекты, связанные с включением в счет на оплату медицинской помощи посещений, не под-

твержденных первичной медицинской документацией;

на 3 месте – дефекты, связанные с непредоставлением первичной документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации без объективных причин;

на 4 месте – дефекты, связанные с отсутствием в первичной медицинской документации: информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства, письменного согласия на лечение в установленных законодательством случаях.

Нужно отметить, что за отчетный период нами проведено 10 472 реэкспертиз. Из них по медико-экономической экспертизе - 10 390 случаев, в том числе стационарных-3552, амбулаторных- 6731, дневной стационар - 107 случаев. По качеству медицинской помощи – 82 случая.

Мы уделяем огромное внимание

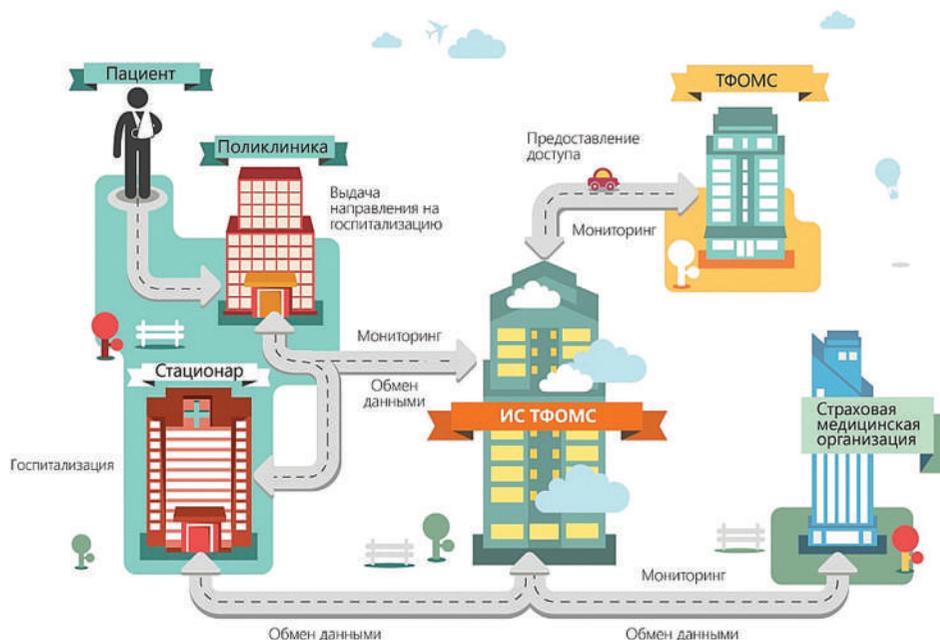
сбору и обработке информации по обращениям и жалобам граждан. Это обеспечивает гибкое реагирование на снижение показателей качества, безопасности, доступности медицинской помощи, позволяет оценивать состояние защиты прав граждан при получении медицинской помощи в сравнении с показателями по стране и сопоставлять уровень организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях системы ОМС Чеченской Республики. А медицинские организации должны уделять больше внимания качественным показателям. Они должны понимать, что работать эффективнее намного выгоднее, а при правильно организованной деятельности лечебно-профилактического учреждения, качество оказываемой медицинской помощи улучшится, откуда и количество проверок и финансовых санкций будет меньше. Все взаимосвязано.

Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями



ДЖАМБУЛАТ ЗАЙРХАНОВ,

начальник отдела
информационного обеспечения
ТФОМС Чеченской Республики



В целях реализации раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 N 158н (в редакции приказа Минздрава России от 20.11.2013 N 859ан), Федеральным фондом обязательного медицинского страхования приказом №263 от 20.12.2013 принят Порядок информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

Согласно данному приказу, медицинские организации должны предоставлять оперативную информацию

о состоянии коечного фонда в ЛПУ, о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, о госпитализированных пациентах, а ТФОМС и СМО осуществлять их мониторинг.

Участниками информационного взаимодействия являются:

- страховые медицинские организации;
- медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях;
- медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях;
- территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Исходя из необходимости скорейшего внедрения в регионе современных информационных технологий в сфере обязательного медицинского

страхования и руководствуясь приказами ФФОМС №263, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики принял решение о приобретении и развертывании Единого информационного ресурса Чеченской Республики, который объединит задачи субъектов ОМС республики по реализации требований приказов Федерального фонда ОМС и Министерства здравоохранения Российской Федерации в части ведения персонифицированного учета по оказанной медицинской помощи и в частности информационного сопровождения процесса госпитализации в лечебных учреждениях.

Все участники информационного взаимодействия осуществляют обмен данными в рамках организованного территориальным фондом обязатель-

ного медицинского страхования единого информационного ресурса субъекта Российской Федерации, реализованный в режиме онлайн. Доступ участников к единому информационному ресурсу будет предоставляться Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации к защите информации.

Единый информационный ресурс представляет собой единое защищенное хранилище информации, интегрированное с информационными системами Территориального фонда обязательного медицинского страхования по персонифицированному учёту сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и по персонифицированному учёту сведений о застрахованных лицах. При этом организация доступа участникам информационного взаимодействия будет обеспечена в круглосуточном бесперебойном режиме.

ТФОМС Чеченской Республики организует и обеспечивает функционирование единого информационного ресурса в режиме онлайн, круглосуточно (далее – ЕИР); предоставляет доступ к

Единый информационный ресурс представляет собой единое защищенное хранилище информации, интегрированное с информационными системами Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

ЕИР для СМО и МО; представляет в ЕИР сведения о плановых объемах в разрезе профилей и СМО и обеспечивает получение отчетов об информационном сопровождении застрахованных лиц.

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, ежедневно не позднее 9-00 местного вре-

мени передают в ЕИР сведения:

- о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой МО с учетом периода ожидания:

- на текущий день;
- прогноз на последующие дни;
- о выполненных объемах МП в разрезе профилей МП

- о ЗЛ, госпитализированных по направлениям и экстренно;
- об отказах в госпитализации с указанием причины отказа;
- о количестве выбывших пациентов, в том числе переведенных в другие стационары;

- о сроках ожидания плановой МП.

Медицинские организации, оказывающие амбулаторную помощь.

1. Ежедневно не позднее 9-00 местного времени передают в ЕИР сведения:

- о ЗЛ, получивших направление на госпитализацию и выбравших МО (стационар);

- сведения о выписанных направлениях на госпитализацию по состоянию на 20-00 часов предшествующего дня;

- о ЗЛ, отказавшихся от госпитализации;

2. Ежедневно не позднее 10-00 местного времени получает из ЕИР информацию:

- о наличии свободных мест и объемов для госпитализации с учетом периода ожидания;

- о ЗЛ, госпитализированных по направлениям (таблица 2);

- об аннулировании направлений, выданных данной медицинской организацией;

- о прикрепленных ЗЛ, госпитализированных по экстренным показаниям.

К обязанностям страховой медицинской организации относятся:

1. Ежедневно не позднее 9-00 местного времени получение из ЕИР сведений (по стационарной помощи), в том числе:

- о выполнении объемов МП по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи;

- о лицах, получивших направление на госпитализацию и выбравших медицинскую организацию;



- о лицах, госпитализированных по направлениям и экстренно (по типам медицинских организаций);

- о количестве лиц, выбывших из МО;

- о лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация (не позднее 1 дня с даты плановой госпитализации);

- о количестве свободных мест (коек) на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации (с учетом периода ожидания);

- оперативные отчеты и справки по гражданам, получившим направление на госпитализацию;

- об отказах в госпитализации.

2. Контроль своевременности гос-



питализации.

3. Внесение в ЕИР сведений об аннулировании направления на госпитализацию (до даты планируемой госпитализации) при обращении ЗЛ или его официального представителя в СМО.

Как предполагается технически, программное решение будет представлять собой единый информационный онлайн-ресурс с web-кабинетами для каждого участника информационного взаимодействия.

Медицинские организации будут иметь возможность через личный web-кабинет предоставлять оперативную информацию о состоянии коечного фонда в ЛПУ, о застрахованных лицах, направленных на госпитализацию, о госпитализированных пациентах, а

ТФОМС и СМО осуществлять их мониторинг.

Личный кабинет для ЛПУ позволит оперативно управлять информацией о госпитализации пациентов, направленных в стационар, о сроках ожидания и состоянии направления.

Страховые медицинские организации в собственном web-кабинете смогут получать сведения о выполнении объёмов медицинской помощи по случаям госпитализации в разрезе профилей медицинской помощи: статус госпитализации застрахованных лиц, количество свободных коек в ЛПУ и т.д. Система оповестит об истекающем сроке допустимой длительности ожидания. Кроме того, предусмотрена возможность получения оперативных отчётов

и справок по застрахованным лицам.

Программный модуль «Мониторинг госпитализации» будет реализован как в составе системы «Здравоохранение-ТФОМС». При возможности будет организована интеграция с региональным сегментом Единого реестра застрахованных и с медицинскими информационными системами.

Безусловно, задача перед ТФОМС Чеченской Республики поставлена амбициозная и нелегкая. Решение этой задачи призвано существенно улучшить качество обслуживания населения республики, и руководство фонда не сомневается в успешном окончании начатой многосложной работы.

Счастье врача - помогать людям



Сразу хочу сказать, что встретить хороших людей в жизни – это огромное благословение и мне часто везет в этом смысле. Не было исключением и мое знакомство с начальником отдела мониторинга медицинской профилактики и диспансеризации ТФОМС Чеченской Республики Дагмарой Магомадовой. В системе ОМС она работает с 2002 года. Окончила ЧГУ по специальности «Лечебное дело», прошла интернатуру и первичную специализацию по оториноларингологии, с 1997 года работала врачом лор-отделения городской клинической больницы № 9. В 2002 году ей предложили работу в отделе ОМС специалистом первой категории, а уже в 2007 году Дагмара назначена начальником отдела медицинской профилактики и диспансеризации. В отделе работают

три специалиста. Это ведущие специалисты Лайла Узуева и Малика Магомадова, а также главный специалист Мадина Ахмадова. Их работой Дагмара довольна, они хорошо справляются со своими обязанностями, грамотные и дисциплинированные. Незаменимым помощником является и главный специалист отдела информационного обеспечения Шамиль Идрисов.

Свою деятельность отдел, возглавляемый Дагмарой, осуществляет во взаимодействии со структурными подразделениями территориального фонда обязательного медицинского страхования, соответствующими структурными подразделениями Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Чеченской Республики, страховщиками,

медицинскими организациями.

- Мне очень нравится моя работа и коллектив, состоящий из компетентных специалистов, знающих свое дело. Мы проводим анализ деятельности лечебных учреждений, степени заболеваемости и структуры заболеваний населения нашей республики по сравнению с другими субъектами. При необходимости совместно с органом управления здравоохранением направляем свои усилия на рациональное использование ресурсов в медицинских организациях, развития их деятельности в нужном направлении, - рассказывает Дагмара Магомадова.

Если в годы становления системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики были проблемы даже с вовлечением лечебных



учреждений в систему ОМС, то на сегодняшний день в ней работают 77 медицинских организаций нашей республики, и ТФОМС Чеченской Республики осуществляет финансовое обеспечение этих учреждений в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В рамках национального проекта «Здоровье» с 2006 года в республике проводится диспансеризация работающего населения, основной целью которой является выявление скрытых заболеваний и риска их развития. В ходе реализации этого проекта Фонд ОМС с первых дней участвовал в отборе лечебных учреждений для организации проведения диспансеризации. По рекомендации Федерального фонда

обязательного медицинского страхования совместно с Министерством здравоохранения уточняли численность работающих граждан, подлежащих диспансеризации. Ежегодно утверждали месячные планы проведения диспансеризации, которые наша республика успешно выполняет с 2009 года.

Диспансеризация того или иного контингента населения предполагает определенный объем исследований и осмотры различными специалистами в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. ТФОМС Чеченской Республики контролирует, чтобы эти исследования в учреждениях проводились в полном объеме и в установленные сроки.

В период с 2006 по 2012 годы стоимость законченного случая диспансе-

ризации возросла примерно в три раза. Если в 2006 году она составляла 500 рублей за законченный случай, то в 2012 году она составляла 1418 рублей.

Фонд проводит огромную работу с целью проведения диспансеризации на должном уровне, в частности, производит оплату по каждому законченному случаю диспансеризации, оказывает организационно-методическую помощь лечебным учреждениям, привлекаемым к проведению диспансеризации, проводит медико-экономическую экспертизу счетов-реестров, предъявляемых лечебными учреждениями, и экспертизу качества диспансеризации.

Более того, ежегодно проводится диспансеризация детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.



В 2011-2012 годах мы занимали 1 и 2 места в Российской Федерации по уровню охвата диспансеризацией населения.

С 2013 года проводятся диспансеризация и профилактические осмотры взрослого населения, медицинские осмотры несовершеннолетних, диспансеризация детей-сирот и детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а с 2014 года и диспансеризация детей-сирот, подлежащих усыновлению (удочерению) или определению в патронатную семью. Нашим отделом проводится мониторинг объемов этой медицинской помощи в разрезе работающего и неработающего населения, учащихся, мужчин, женщин и по возрастным группам.

- На сегодняшний день эта работа налажена, оплату диспансеризации и

профилактических осмотров производят вместе с оплатой всей медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в системе ОМС. Рассматривается возможность автоматизированной дифференциации законченных случаев диспансеризации по группам здоровья, что значительно упростит работу медицинским организациям и позволит нашему отделу очень точно определить количество лиц здоровых, больных, с риском развития заболевания, подлежащих диспансерному наблюдению и нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи из числа прошедших диспансеризацию, - отмечает Дагмара.

- Хочется отметить, что во всей этой кропотливой работе нас направляет и поддерживает руководство Фонда, с которым связаны все позитивные изме-

нения, происходящие в работе нашего ведомства за последние годы, - рассказывает Дагмара.

Большую роль в достигнутых успехах Дагмара отводит своим родителям, которые трудились, старались, чтобы дочь получила достойное образование, чтобы стала порядочным человеком. Отец для нее был примером честности и справедливости. Мама не устает ей повторять, что она должна быть доброжелательной и милосердной. Дагмара считает, что у каждого человека на первом месте должна быть семья. Семья даёт опору в самое трудное время. Любые невзгоды и неприятности можно преодолеть, когда чувствуешь опору в своих близких. Именно такой опорой и является семья для Дагмары Магомадовой.

Равзан Юнусова



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 6 марта 2013 г. № 186

МОСКВА

**Об утверждении Правил оказания медицинской помощи
иностранным гражданам на территории Российской Федерации**

В соответствии со статьей 19 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Правительство Российской Федерации **п о с т а н о в л я е т**:

1. Утвердить прилагаемые Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

2. Признать утратившим силу постановление Правительства Российской Федерации от 1 сентября 2005 г. № 546 "Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, № 36, ст. 3708).

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д.Медведев

УТВЕРЖДЕНЫ
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 6 марта 2013 г. № 186

П РА В И Л А
**оказания медицинской помощи иностранным гражданам
на территории Российской Федерации**

1. Настоящие Правила определяют порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

2. Медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается медицинскими и иными осуществляющими медицинскую деятельность организациями независимо от их организационно-правовой формы, а также индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность (далее - медицинские организации).

3. Медицинская помощь в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, оказывается иностранным гражданам медицинскими организациями бесплатно.

4. Иностранцы, являющиеся застрахованными лицами в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", имеют право на бесплатное оказание медицинской помощи.

щи в рамках обязательного медицинского страхования.

5. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается иностранным гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения указанная медицинская помощь оказывается иностранным гражданам бесплатно.

6. Медицинская помощь в неотложной форме (за исключением скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи) и плановой форме оказывается иностранным гражданам в соответствии с договорами о предоставлении платных медицинских услуг либо договорами добровольного медицинского страхования и (или) заключенными в пользу иностранных граждан, указанных в пункте 4 настоящих Правил, договорами в сфере обязательного медицинского страхования.

7. Медицинская помощь в плановой форме оказывается при условии представления иностранным гражданином письменных гарантий исполнения обязательства по оплате фактической стоимости медицинских услуг или предоплаты медицинских услуг исходя из предполагаемого объема предоставления этих услуг (за исключением случаев оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 4 настоящих Правил), а также необходимой медицинской документации (выписка из истории болезни, данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований) при ее наличии.

8. После завершения лечения иностранного гражданина в его адрес или адрес юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, по согласованию с указанным гражданином направляется выписка из медицинской документации с указанием срока оказания медицинской помощи в медицинской организации, а также проведенных мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и медицинской реабилитации.

Медицинская документация, направляемая из Российской Федерации в другое государство, заполняется на русском языке.

9. Счета-фактуры за фактически оказанную медицинскую помощь в течение 10 дней после окончания лечения направляются медицинской организацией в адрес иностранного гражданина или юридического либо физического лица, представляющего интересы иностранного гражданина, если иное не предусмотрено договором, в соответствии с которым она была оказана (за исключением случаев оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 4 настоящих Правил).

10. Споры, связанные с оказанием медицинской помощи или несвоевременной оплатой счетов-фактур за фактически оказанную медицинскую помощь, разрешаются в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

11. В случае если международным договором Российской Федерации установлен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применяются правила международного договора.

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(ТФОМС Чеченской Республики)**

П Р И К А З

01.04.2014 г.

№ 081

Грозный

О порядке оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13 декабря 2011 года № 230 «Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемый порядок оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее - Порядок).

2. Осуществлять расчет стоимости работ привлекаемых на договорных условиях экспертов качества медицинской помощи в соответствии с утвержденным Порядком.

3. Отделу по организации обязательного медицинского страхования (Ашаганова Э.А.) обеспечить направление настоящего приказа в страховые медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

4. Отделу по взаимодействию с участниками и субъектами обязательного медицинского страхования (Эниев С. М.) обеспечить размещение настоящего приказа на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

5. Отделу защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи (Бишаева С.С.) обеспечить:

1) заключение договоров возмездного оказания услуг в соответствии с примерной формой, утвержденной подпунктом 3.1. пункта 3 настоящего приказа с лицами из числа экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики;

2) приемку оказанных услуг с оформлением акта сдачи-приемки услуг по форме, утвержденной подпунктом 3.2. пункта 3 настоящего приказа.

6. Отделу организационного и кадрового обеспечения (Мусиханова П.П.) ознакомить исполнителей настоящего приказа под роспись.

7. Приказ ТФОМС Чеченской Республики от 12.10.2012 №125 «О порядке оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики» признать утратившим силу

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики Баудинову З.Ш.

Директор



Д.Ш. Абдулазизов

Приложение

к приказу Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики
«О порядке оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики»

Порядок оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

1. Общие положения

1.1. Настоящий порядок разработан на основании методических рекомендаций, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 17.02.2011 (далее - Методическими рекомендациями), с целью урегулирования порядка и условий определения стоимости работ экспертов качества медицинской помощи (далее - Эксперт) в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Чеченской Республики, не состоящих в штате Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Чеченской Республики (далее - ТФОМС) и страховых медицинских организаций (далее - СМО), и привлекаемых для выполнения экспертизы качества медицинской помощи (далее - КМП) на условиях договора возмездного оказания услуг.

1.2. Эксперты привлекаются ТФОМС и СМО для выполнения экспертизы КМП по жалобам и обращениям застрахованных граждан, в процессе приема сдачи работ по оказанию медицинской помощи и тематических экспертиз КМП в соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - Приказ ФОМС).

1.3. Требования к Экспертам, их права, обязанности и ответственность определяются Приказом ФОМС.

1.4. В соответствии с Методическими рекомендациями, определение (расчет) стоимости работ экспертов КМП осуществляется в зависимости от минимального размера оплаты труда, установленного законодательством Российской Федерации на момент проведения экспертизы КМП (далее - МРОТ), вида медицинской документации, вида и сложности экспертизы КМП, квалификации Эксперта.

1.5. Окончательная стоимость работ по экспертизе КМП определяется ТФОМС, СМО по согласованию с Экспертом на основе заключенного с ним договора.

1.6 Эксперты, не состоящие в штате ТФОМС, СМО, привлекаются для выполнения экспертиз на договорных условиях, при этом с ним заключается договор оказания услуг по проведению экспертизы КМП (далее - Договор) (Приложение 1 к Порядку). Данный договор не применяется для оплаты труда врачей, состоящих в штате ТФОМС и СМО и привлекаемых к проведению экспертиз КМП.

1.7. После оказания услуг по Договору оформляется акт сдачи-приемки услуг (Приложение 2 к Порядку), согласно которому производится оплата за оказанные услуги.

1.8. Проведение экспертизы экспертом качества осуществляется на основании поручения (Приложение 3 к Порядку), оформляемого специалистом-экспертом ТФОМС, СМО при организации экспертизы.

2. Расчет стоимости работ экспертов КМП

2.1. При расчете стоимости работ Эксперта по жалобам и обращениям застрахованных граждан, а также в процессе приема сдачи услуг по экспертизе качества медицинской помощи, учитываются следующие условия:

- вид экспертизы КМП;
- вид анализируемой медицинской документации;
- сложность экспертизы КМП;
- квалификация Эксперта.

Расчет стоимости осуществляется по формуле:

$$P_{от} = MPOТ \times K_{ср} \times (K_{доку} + K_{квал} \times K_{вз}), \text{ где}$$

$P_{от}$ - стоимость работ Эксперта за одну экспертизу, выраженная в рублях;

МРОТ - минимальный размер оплаты труда, установленный законодательством РФ на момент проведения экспертизы КМП;

$K_{сз}$ - коэффициент сложности экспертизы;

$K_{док}$ - коэффициент, устанавливаемый в соответствии с видом медицинской документации;

$K_{квал}$ - коэффициент, устанавливаемый в соответствии с квалификацией Эксперта;

$K_{вз}$ - коэффициент, устанавливаемый в соответствии с видом экспертизы.

2.3. Значения коэффициентов, используемых для учета вида медицинской документации ($K_{док}$), квалификации Эксперта ($K_{квал}$), вида экспертизы КМП ($K_{вз}$) и ее сложности ($K_{сз}$) при расчете стоимости экспертизы КМП, представлены в таблицах 1-4.

Таблица 1

Коэффициенты, определяющие вид медицинской документации при проведении экспертизы КМП ($K_{док}$)

Вид медицинской документации	Значение коэффициента
Основная медицинская документация: медицинская карта амбулаторного больного, карта вызова скорой медицинской помощи и т.п.	1
Основная медицинская документация: медицинская карта стационарного больного, история развития ребенка, карта ведения родов и т.п.	1.3
Наряду с основной рассматривалась дополнительная медицинская и учетно-отчетная документация	1.5

Таблица 2

Коэффициенты, определяющие квалификацию Эксперта ($K_{квал}$)

Квалификация Эксперта	Значение коэффициента
I квалификационная категория	1
Высшая квалификационная категория	2
Кандидат медицинских наук	3
Доктор медицинских наук	4

Примечание: При отсутствии у эксперта квалификационной категории или ученой степени, расчет стоимости 1 случая экспертизы выполняется без учета квалификационных характеристик эксперта. При наличии нескольких признаков значение равно максимальному. Если для выполнения тематической экспертизы качества медицинской помощи формируется группа экспертов, возможен расчет стоимости 1 случая экспертизы без учета квалификационных характеристик экспертов.

Таблица 3

Коэффициенты, определяющие вид экспертизы КМП ($K_{вз}$)

Вид экспертизы	Значение коэффициента
Плановая методом случайной выборки	0.5
Плановая тематическая	0.8
Целевая	1
Очная, по жалобам и обращениям	1.1

Таблица 4

Коэффициенты, определяющие категорию сложности экспертизы КМП ($K_{с}$)

Категория сложности экспертизы	Значение коэффициента
Минимальная:	
I квалификационная категория	0.05
Высшая квалификационная категория	0.06
Кандидат медицинских наук	0.07
Доктор медицинских наук	0.08
Средняя	
I квалификационная категория	0.06
Высшая квалификационная категория	0.07
Кандидат медицинских наук	0.08
Доктор медицинских наук	0.09
Максимальная	

I квалификационная категория	0.1
Высшая квалификационная категория	0.1
Кандидат медицинских наук	0.1
Доктор медицинских наук	0.1

Примечание: Коэффициент устанавливается в соответствии с квалификацией эксперта. При отсутствии у эксперта квалификационной категории или ученой степени, расчет стоимости 1 случая экспертизы выполняется без учета коэффициента.

Категория сложности экспертного случая ($K_{\text{с}}$) определяется ТФОМС (СМО), заказавшим проведение экспертизы качества медицинской помощи с учетом мнения эксперта качества медицинской помощи и вида медицинской помощи (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, в дневном стационаре).

Минимальная сложность экспертного случая – когда решение вопроса является очевидным, не требует существенных затрат времени эксперта, например:

- необходимость подтверждения надлежащего объема и качества медицинской помощи в случае сомнений, возникших при первичном экспертном контроле;
- госпитализация пациента без медицинских показаний и (или) госпитализация пациента, когда медицинская помощь могла быть оказана в полном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях.

Средняя сложность экспертного случая характеризуется событиями и причинно-следственными связями, требующими тщательного изучения записей в первичных медицинских и других документах, возможного обращения к законодательным и нормативным актам, например:

- случаи повторного обоснованного обращения пациента за медицинской помощью по поводу одного и того же заболевания в течение 10 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре;
- в следствие недостижения результата предыдущего случая лечения;
- случаи с удлинённым или укороченным сроком лечения, более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи;
- ненадлежащее оказание медицинской помощи;
- случаи первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста.

Максимальная сложность экспертного случая - когда имеется неоднозначное толкование при оценке экспертного события и анализе причинно-следственных связей и требуются детальное изучение большого количества медицинских и экспертных документов, в том числе в двух и более медицинских организациях, использование нормативных правовых актов, в том числе и действовавших ранее, например:

- при наличии письменной жалобы пациента, его родственников или страхователя на качество медицинской помощи, оказанной медицинской организацией;
- случаи летальных исходов пациентов;
- случаи действий медицинского персонала, обусловившие развитие нового патологического состояния у пациента (ятрогенные заболевания, эпидемиологически доказанные внутрибольничные инфекции, осложнения, возникшие в связи с лечебно-диагностическими процедурами вследствие их некачественного выполнения);
- случаи с расхождением заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов;
- обращение страхователя, СМО или ТФОМС в связи с предъявлением им требования застрахованного лица о возмещении ему материального и (или) морального вреда, причиненного при оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

Приложение 1
к порядку оплаты труда экспертов качества
медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС
Чеченской Республики и страховых медицинских
организаций, участвующих в реализации
Территориальной программы обязательного
медицинского страхования Чеченской Республики

ДОГОВОР
возмездного оказания услуг

г. Грозный _____ 201 г.

Эксперт качества медицинской помощи _____,
идентификационный код по территориальному реестру экспертов качества медицинской
помощи _____, паспорт сер. _____ № _____, дата выдачи _____, кем
выдан _____
именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Территориальный фонд
обязательного медицинского страхования по Чеченской Республики (далее – ТФОМС
Чеченской Республики) в лице директора _____,
действующего на основании Положения, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с
другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется по заданию
Заказчика оказать услуги, указанные в п. 1.2 настоящего договора, а Заказчик обязуется
оплатить эти услуги.

1.2. Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие услуги:
Провести в следующих медицинских организациях

экспертизу качества медицинской помощи (амбулаторных карт) (историй болезни)
следующих пациентов:

1.3. Срок оказания услуг по с _____ 201 по _____ 201
настоящему договору:

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.1. Исполнитель обязуется оформить результаты экспертизы Актом экспертного контроля по каждому случаю экспертизы, содержащим ответы на поставленные в поручении вопросы.

2.2. Предоставить акты экспертного контроля заказчику в срок до «_____» _____ 20__ г.

2.3. Исполнитель гарантирует полноту и достоверность информации, предоставляемой Заказчику в рамках настоящего договора.

3. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА

3.1. Заказчик обязуется:

- выдать Исполнителю поручение на проведение экспертизы в соответствующей медицинской организации;
- определить для Исполнителя конкретные задачи проведения экспертизы, четко сформулировать вопросы, на которые должен ответить эксперт;
- принять услуги по акту сдачи-приемки услуг
- оплатить услуги Исполнителя в соответствии с настоящим договором.

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость услуг Исполнителя по настоящему договору составляет:

$$P_{\text{ит}} = M \text{РОТ} \times K_{\text{сз}} \times (K_{\text{док}} + K_{\text{квал}} \times K_{\text{вз}}) = \frac{M \text{РОТ} * * + *}{\text{_____}} =$$

(Сумма прописью)

Специалист-эксперт

Ф.И.О.

(Подпись)

4.2. Заказчик оплачивает услуги Исполнителя согласно «Порядка оплаты труда экспертов качества медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС Чеченской Республики и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики», утвержденному приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

4.3. Оплата услуг Исполнителя производится после подписания акта сдачи-приемки услуг в течение 15 дней с момента подписания акта.

5. ПОРЯДОК ПРИЕМКИ УСЛУГ

5.1. Заказчик обязан принять оказанные услуги при отсутствии замечаний.

5.2. Принятие оказанных услуг осуществляется начальником отдела защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи ТФОМС Чеченской Республики, специалистом-экспертом этого же отдела с оформлением акта сдачи-приемки услуг.

5.3. При наличии замечаний Заказчик обязан определить Исполнителю срок для их устранения с отражением в акте сдачи-приемки услуг, подписанным сторонами.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

В случае несвоевременного представления «Акта экспертного контроля» согласно п. 2.2 сумма оплаты по договору снижается на 1% от цены договора за каждый день просрочки.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Споры, возникающие при исполнении и расторжении настоящего договора, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий договор может быть расторгнут по требованию любой из Сторон при условии уведомления другой стороны не менее за 30 календарных дней до предполагаемой даты расторжения. При этом Стороны обязаны выполнить обязательства, которые остались не исполненными в рамках настоящего договора.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

8.2. Настоящий договор заключен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон.

9. МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

9.1. Заказчик: Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

364014. Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Ипподромная, 5; тел. - (8712)22-42-52; факс - (8712)22-42-52; e-mail - tfoms.chr@mail.ru; ИНН - 2020000330; КПП - 201401001; ОГРН – 1022002546279.

Подпись заказчика

Расшифровка подписи

9.2. Исполнитель: Эксперт качества медицинской помощи _____

Идентификационный код по территориальному реестру экспертов качества медицинской помощи _____

паспорт:	серия	№	дата выдачи
Кем выдан _____			
Зарегистрирован _____			
Место работы _____			
Должность _____			
Ученая степень		категория	

Подпись исполнителя

Расшифровка подписи

Приложение 2

к порядку оплаты труда экспертов качества
медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС
Чеченской Республики и страховых медицинских
организаций, участвующих в реализации
Территориальной программы обязательного
медицинского страхования Чеченской Республики

АКТ
сдачи-приемки услуг к договору № _____ от _____

г. Грозный

_____ 201

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее – ТФОМС Чеченской Республики) в лице директора _____, действующего на основании Положения, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и эксперт качества медицинской помощи _____, идентификационный код по территориальному реестру экспертов качества медицинской помощи _____, паспорт сер. _____ № _____, дата выдачи _____, кем выдан _____ именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал Заказчику услуги по экспертизе качества медицинской помощи в рамках Договора от _____ № _____.

При этом:

1. Исполнитель оказал услуги своевременно и в полном объеме. Заказчик по объему и качеству оказанных Исполнителем услуг имеет следующие замечания:

 2. Заказчик полностью выполнит свои обязательства по оплате услуг Исполнителя после устранения замечаний в течение 15 дней с момента подписания акта в размере _____
 3. Исполнитель обязан устранить замечания и представить заказчику новый акт экспертизы до «___» _____ 20___ г.
3. Подписание Акта обеими Сторонами подтверждает надлежащее выполнение условий Договора об оказании услуг по экспертизе амбулаторных карт (историй болезни).

Работу сдал эксперт КМП

_____ (Ф.И.О)

_____ (Подпись)

Работу принял специалист-
эксперт ЗПЗГ и ККМП
ТФОМС Чеченской Республики

_____ (Ф.И.О)

_____ (Подпись)

Начальник ЗПЗГ и ККМП
ТФОМС Чеченской Республики

_____ (Ф.И.О)

_____ (Подпись)

Приложение 3
к порядку оплаты труда экспертов качества
медицинской помощи, не состоящих в штате ТФОМС
Чеченской Республики и страховых медицинских
организаций, участвующих в реализации
Территориальной программы обязательного
медицинского страхования Чеченской Республики

ПОРУЧЕНИЕ
на проведение экспертизы качества медицинской помощи

Специалист-эксперт _____
(наименование инициатора проведения экспертизы)

_____ 201 г.
(Ф.И.О. специалиста-эксперта) (Дата)

На основании _____
(краткое изложение обстоятельств, явившихся основанием для назначения экспертизы)

поручает Эксперту _____
(Ф.И.О. Эксперта)

по специальности _____
(специальность Эксперта)

провести экспертизу качества медицинской помощи, оказанной в

(наименование медицинской организации, подразделения, отделения)

следующим пациентам:

При проведении экспертизы Эксперту дать ответ на следующие вопросы:

1. Полнота и качество заполнения медицинской документации
2. Полнота, своевременность и обосновать диагностических и лечебных мероприятий, их соответствие утверждённым МЭС;
3. Сроки ожидания госпитализации и сроки поступления в стационар с момента начала заболевания;
4. Причина повторной госпитализации в течение 90 дней по соответствующим нозологическим формам
5. Обоснованность показаний к госпитализации,
6. Причина отказа в госпитализации
7. Объем и полнота догоспитального обследования;
8. Обоснованность направления на госпитализацию
9. Преимущество догоспитального и госпитального этапов (необходимость повторных анализов при плановой госпитализации);
10. Имели ли место дефекты при оказании медицинской помощи;

11. Обоснованность частоты посещений при амбулаторном лечении, сроков стационарного лечения, в том числе длительности до- и послеоперационного периода
12. Формулировка диагноза
13. Достижение результатов лечения

2. Определить место проведения экспертизы (Медицинская организация)

3. Экспертизу провести в срок: с _____ 201 _____ по _____ 201 _____

Специалист-эксперт

Ф.И.О.

Подпись

Начальник отдела

Ф.И.О.

Подпись

Эксперт качества
медицинской помощи

Ф.И.О.

Подпись

ПРАВИТЕЛЬСТВО ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 10.04.2014

г. Грозный

№ 93-р

О подготовке изменений в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи Чеченской Республики

В целях повышения эффективности оказания медицинской помощи населению Чеченской Республики и разработки мер по оптимизации и реструктуризации сети учреждений здравоохранения Чеченской Республики:

1. Создать рабочую группу по подготовке изменений в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи Чеченской Республики Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Чеченской Республике» (далее - рабочая группа) в составе согласно приложению.

2. Руководителю рабочей группы:

а) на основе проведенного анализа структуры системы здравоохранения Чеченской Республики, коечного фонда, с учетом территориального планирования (расположение медицинских организаций) в срок до 10 апреля 2014 года подготовить предложения по внесению изменений в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи Чеченской Республики Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Чеченской Республике», утвержденного распоряжением Главы Чеченской Республики от 25 февраля 2013 года № 26-рг;

б) обеспечить широкомасштабное информационное освещение планируемых структурных преобразований, с привлечением депутатского корпуса, представителей духовенства, глав местных администраций, представителей профессиональных союзов работников здравоохранения;

в) в срок до 15 апреля 2014 года представить предложения по внесению изменений в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи Чеченской Республики на согласование в Министерство здравоохранения Российской Федерации, с последующим утверждением в Правительстве Чеченской Республики.

3. Контроль за выполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики А.А. Магомадова.

4. Настоящее распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

Председатель Правительства
Чеченской Республики



Р.С-Х. Эдельгериев

ПРИЛОЖЕНИЕ

к распоряжению Правительства
Чеченской Республики

от 10.04.2014 № 93-р

СОСТАВ

рабочей группы по подготовке изменений в показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи Чеченской Республики Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Чеченской Республике»

Магомадов А.А.	заместитель Председателя Правительства Чеченской Республики, руководитель рабочей группы
Ахмадов Ш.С.	министр здравоохранения Чеченской Республики, заместитель руководителя рабочей группы
Термулаева Р.М.	руководитель Территориального управления Росздравнадзора по Чеченской Республике, заместитель руководителя рабочей группы (по согласованию)
Абдулазизов Д.Ш.	директор ТФОМС Чеченской Республики, заместитель руководителя рабочей группы (по согласованию)
Члены рабочей группы:	
Магомадов А.А.	первый заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики
Исакова П.В.	заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики
Загалаев У.Б.	заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики
Кочекаев Ш.С.	главный специалист-эксперт секретариата Председателя Правительства Чеченской Республики
Сагилаев М.А.	первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики (по согласованию)
Джунаидов Л.А.	директор департамента организации лечебно-профилактической помощи населению Министерства здравоохранения Чеченской Республики
Барзукаева М.А.	директор департамента отраслевого финансирования, экономики, планирования, прогнозирования, внешних связей и АСУ Министерства здравоохранения Чеченской Республики
Харкимова З.С.	главный врач ГБУ «Поликлиника № 2 г. Грозного»
Дурсиев Х.С.	заместитель главного врача ГБУ «Гудермесская ЦРБ»





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:

Д.Ш. Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:

С.М. Эниев, начальник отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

Главный редактор:

М.А. Сагилаев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Заместитель главного редактора:

М.В. Пирогов, доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и организации в социальной сфере РАНХ и ГС при Президенте РФ

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный

А.Х. Хасуева, начальник финансово-экономического управления ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, начальник управления организации ОМС ТФОМС Чеченской Республики

А.А. Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТФОМС Чеченской Республики

С. А. Метаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эпендиева

К.С. Межидов, главный врач ГБУ «Республиканская детская клиническая больница»

О.А.Воронцова, заведующая редакцией журнала «ОМС в РФ»

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Журнал издается ООО «Рубикон-М». Номер подписан в печать 28.04.2014 года. Тираж 5000 экз.

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхования в Чеченской Республике» обязательна.

© «Обязательное медицинское страхования в Чеченской Республике», 2014.

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики