



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №3 (9)

Подписано соглашение о сотрудничестве
и взаимодействии между
Федеральным фондом обязательного
медицинского страхования и
Национальной Медицинской Палатой

Денилбек Абдулазизов: «Несмотря на
сложности текущего года, ТФОМС
Чеченской Республики будет
реализовывать все намеченные задачи»



ОДНАЖДЫ ДАВШИЙ КЛЯТВУ ГИППОКРАТА



«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



ПОДПИСАНО СОГЛАШЕНИЕ О СОТРУДНИЧЕСТВЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИИ МЕЖДУ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И НАЦИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПАЛАТОЙ

Для того, чтобы влить на наиболее важные решения и совместными усилиями добиваться совершенствования системы обязательного медицинского страхования заключили соглашение о сотрудничестве, которое, по мнению подписавших его сторон, послужит совершенствованию механизмов работы в системе ОМС.

«Для нас очень важно знать мнение врачей, которые по-прежнему работают в рамках законодательства, принимаемого на уровне Российской Федерации. Мы хотим не просто подписать документ, который предусматривает, что нормативно-правовые акты по обеспечению и контролю качества оказания медицинской помощи будут согласовываться с медицинскими сообществами в лице Национальной медицинской палаты. Это не просто обмен документами, это, прежде всего, живое человеческое общение для того, чтобы повысить качество оказания медицинской помощи для всех застрахованных граждан нашей страны, а также для того, чтобы улучшить условия работы медицинских работников», - подчеркнула Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



Среди основных направлений сотрудничества в соглашении указаны: совершенствование базовой программы обязательного медицинского страхования, развитие профилактической направленности базовой программы ОМС, совершенствование модели клинико-статистических групп по программам ОМС и правил ОМС.

Важным для медицинского сообщества в рамках соглашения станет работа по совершенствованию системы оценки качества медицинской помощи, более тесная интеграция экспертного медицинского сообщества в процесс проведения медицинских экспертиз. Так, эксперты, предложенные медицинским сообществом, войдут в состав экспертов качества медицинской помощи. Также они будут принимать участие и в решении спорных вопросов, возникающих при оценке качества медицинской помощи, на этапе проведения территориальными фондами ОМС реэкспертиз. «Мы хотим, чтобы на разборных комиссиях обязательно принимали участие эксперты Национальной медицинской палаты», - отметила Наталья Стадченко.

В свою очередь, Леонид Рощаль отметил, что «квалификация таких экспертов должна быть, несомненно, высокой. Нужно, чтобы им доверяли врачи. Ведь нередко бывают ситуации, когда качество медицинской помощи оценивают непрофильные специалисты». Первым и важным этапом совместной работы Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Национальной медицинской палаты стала подготовка изменений в приказ Минздрава России №

158 н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

Среди них, например, изменения системы штрафов медицинских организаций.

«Иногда врачей штрафуют несправедливо, например, за почерк. Сейчас наша политика заключается в том, чтобы штрафные санкции накладывались в первую очередь за некачественное оказание медицинской помощи и за «приписки». Если эксперт качества не может прочесть медицинскую документацию - это не повод для штрафа. Мы уже об этом неоднократно говорили. Приоритет – качество оказания медицинской помощи. Главным должен быть вопрос – почему медицинская помощь оказана некачественно. Почему медицинская организация не выполнила порядок оказания медицинской помощи: нет возможности или есть оборудование, но врач не назначил нужную диагностику? Или же это неவிдавительность и халатность врача? Вопрос «приписок» также важен. Это серьезное нарушение, значит и санкции также должны быть серьезными», - отметила Наталья Стадченко.

Среди других изменений в приказе - возможность для территориальных фондов накладывать штрафы на страховые медицинские организации за неправильное проведение медицинских экспертиз, например, в случае, если экспертиза проводилась непрофильным экспертом.

Одним из наиболее важных вопросов для граждан являются гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

«Медицинская организация обязана информировать па-



циента о бесплатной медицинской помощи. Эта информация должна быть доступна в регистратурах, в приемных отделениях, на сайте организации. Придя в поликлинику, гражданин должен четко понимать, на что он имеет право в рамках базовой программы государственных гарантий. Для этого нам нужно определиться, что должно оказываться бесплатно. Конечно, если вывесить всю программу, простой человек не сможет в ней разбираться. Мы должны прописать в доступной форме обязанности медицинской организации, а гражданин должен четко знать, что ему гарантировано бесплатно. Не должно быть таких ситуаций, когда заключается договор между пациентом и медицинской организацией на оказание платных услуг, а в нем мелким почерком написано, что пациент ознакомлен и согласен с тем, что эта помощь ему может быть оказана бесплатно», - сказала Наталья Стадценко.

В рамках соглашения предусматривается создание координационного совета по взаимодействию ФОМС и НМП. «Система оплаты медицинской помощи – основной инструмент финансового управления отраслью со стороны

государства. Возможность медицинского сообщества высказать свое мнение при разработке правил, единиц измерения, стоимости оплаты медицинской помощи позволит повысить эффективность использования ограниченных ресурсов, ответственность медицинских организаций за их использование в разрыв», – убежден Рошаль. Соглашение, в том числе, позволит медицинскому сообществу на ранних стадиях участвовать в процессе внесения изменений в систему финансирования и контроля медицинской помощи. Региональные медицинские объединения также смогут принимать активное участие в работе территориальных фондов ОМС, заключающая договоры на уровне субъектов Российской Федерации.

Соглашение заключено на три года с возможностью дальнейшей пролонгации.

ОФИЦИАЛЬНО

РЕГИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: ЧЕЧЕНСКИЙ ОПЫТ

История становления и развития чеченской медицины связана со сложнейшими этапами, которые местные врачи, многие из которых уже десятки лет работают на ниве здравоохранения региона, прошли с достоинством.



ШАХИД АХМЕДОВ,
министр здравоохранения Чеченской Республики

Сейчас можно с уверенностью говорить о том, что данная сфера вышла на совершенно новый уровень, связанный с накопленным опытом освоения и внедрения высокотехнологичных методов лечения и оказанием населению фактически всех видов качественной специализированной медицинской помощи. Наряду с этим совершенствуется материально-техническая база медицинских организаций, а доктора и средний медицинский персонал совершенствуют свои знания в лучших клиниках России и зарубежья.

Вместе с тем медицинская сфера всё ещё имеет достаточно проблем, на решении которых сосредоточено внимание Правительства региона и, в частности, Министерства здравоохранения Чеченской Республики. В числе основных вопросов, которые сегодня стоят перед республиканским здравоохранением, необходимо назвать отсутствие квалифицированных кадров. К сожалению, мы ещё не вернулись

к довоенному уровню по количеству специалистов, которые были заняты в данной области. По нашим данным, дефицит врачебных кадров в среднем по Чеченской Республике составляет около 40–45%. В числе принимаемых профильными ведомствами мер – реализация программ «Кадровое обеспечение системы здравоохранения Чеченской Республики на 2013–2017 годы» и «Земский доктор».

Говоря конкретно о механизме оказания населения медицинской помощи, следует отметить, что в этой сфере задействовано 79 учреждений. А в целях улучшения доступности населения медицинской помощи проводятся мероприятия по информатизации здравоохранения, в частности, посредством системы «Электронная регистратура». Также реализуются мероприятия по увеличению общей мощности амбулаторно-поликлинических учреждений и сокращению стационарных учреждений. Во всех амбулаторно-поликлини-



ческих учреждениях функционируют кабинеты доврачебной помощи.

Наряду с этим, во исполнение Указа Президента России от 7 мая 2012 года №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» наши усилия направлены на снижение смертности от предотвратимых причин. И необходимо отметить, что на сегодняшний день показатели смертности по Чеченской Республике ниже, чем в среднем по стране.

Министерством здравоохранения Чеченской Республики в 2014 году был объявлен Годом женских консультаций. Так, акушерско-гинекологическая служба сделала упор на раннюю постановку на учет беременной женщины, качество обслуживания и наблюдения ее на этапе женской консультации, что, в свою очередь, позволяет выявить патологии у женщины, провести необходимое лечение, чтобы на свет появился здоровый доношенный ребёнок. Добавлю, что в рамках этого направления в республику неоднократно приезжали специалисты из Санкт-Петербурга, которые провели возмывший большой эффект огромный объем практической и консультативной работы с нашими докторами и другим медперсоналом. Здесь же отмечу, что в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения Чеченской Республики на 2014-2020 годы» реализуются мероприятия подпрограммы «Охрана здоровья матери и ребёнка».



учают обстоятельства младенческой смертности. Наглядным примером служит тот факт, что на базе ГБУ «Республиканская детская клиническая больница» начала функционировать выездная неонатальная реанимационная бригада, которая наряду с выездами на места проводит консультативную помощь по телефону по вопросам оказания экстренной реанимационной медицинской помощи новорожденным детям.

А на базе Республиканского клинического центра охраны здоровья матери и ребёнка имени А.Н. Кадировой действует дистанционный консультативный центр с выездными акушерско-реанимационными бригадами. Также на базе ГБУ «Родильный дом» функционирует Республиканский медико-генетический центр.

Среди приоритетных направлений и подпрограмм разработаны в 2013 году государственной программы «Развитие здравоохранения Чеченской Республики на 2014-2020 годы», необходимо назвать следующие: профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни, развитие первичной медико-санитарной помощи; совершенствование оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской и скорой помощи, медицинской эвакуации; развитие государственно-частного партнерства; охрана здоровья матери и ребёнка; развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; оказание паллиативной помощи; кадровое обеспечение системы здравоохранения; со-

вершенствование механизмов лекарственного обеспечения; развитие информатизации в здравоохранении; обеспечение реализации государственной программы в сфере здравоохранения Чеченской Республики; реализация мероприятий в области развития здравоохранения в рамках Федеральной целевой программы «Ог-Россия» (2014-2020 годы) и др.

Отдельно хочется отметить, что для увеличения объёмов оказания высокотехнологичной помощи жителям Чеченской Республики в 2014 году на базе ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи» и ГБУ «Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн» было организовано оказание этого вида помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования в соответствии с Уставомками Министерства здравоохранения Российской Федерации.

В целом, мы можем констатировать, что динамично развивающаяся сфера здравоохранения Чеченской Республики сегодня является неотъемлемой и полноценной частью всей российской медицины. И с учётом уже проделанного огромного объема работы по воссозданию данной сферы, поддержке федерального центра, Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадировова, у нас есть все основания верить, что в самое ближайшее время будут решены и имеющиеся на сегодняшний день проблемы.

ОФИЦИАЛЬНО



Дencilбек Абдулазизов,
директор ТФОМС Чеченской Республики

«НЕСМОТРЯ НА СЛОЖНОСТИ ТЕКУЩЕГО ГОДА, ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ БУДЕТ РЕАЛИЗОВЫВАТЬ ВСЕ НАМЕЧЕННЫЕ ЗАДАЧИ»

Одно из ключевых преобразований, проводимых в сфере здравоохранения страны в последние годы, является совершенствование системы обязательного медицинского страхования.

В Чеченской Республике этому вопросу уделяется особое внимание, так как охрана здоровья населения является одним из приоритетных направлений в осуществлении государственной социальной политики в Чеченской Республике. В этом, безусловно, заслуга Главы республики, Героя России Р.А. Кадырова.

В течение последних лет в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики произошли колоссальные изменения, которые позволили вывести работу

медицинских учреждений республики на более качественный уровень. Проводимая работа способствовала повышению финансового обеспечения медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, что в свою очередь привело к повышению качества и эффективности оказываемой медицинской помощи населению. Наша медицина стала доступной и вобрала в себя достижения зарубежного и российского здравоохранения.

Сейчас можно уверенно говорить о том, что меры, пред-



принятые руководством республики во главе с Р.А. Кадыровым в сфере охраны здоровья граждан, дали положительные и ощутимые результаты.

Обязательное медицинское страхование обеспечивает возможность в получении медицинской помощи, в рамках территориальной программы ОМС. Система ОМС призвана реализовать право всех застрахованных граждан на бесплатное оказание медицинской помощи на равных условиях. Гарантией бесплатного медицинского обслуживания является полис обязательного медицинского страхования единого образца действующий на всей территории Российской Федерации. Так, в 2014 году в Чеченской Республике страховыми медицинскими организациями было выдано 372 142 полисов ОМС единого образца. Численность застрахованного населения по состоянию на 31 декабря 2014 года составила 1 320 859 человек, охват населения обязательным медицинским страхованием составил более 95% населения. В 2014 году в системе ОМС медицинскую помощь населению оказывали 83 медицинских организации, в том числе 10 федеральных государственных бюджетных учреждений.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики вносит весомый вклад в развитие социальной сферы республики. Свидетельством тому является и то, что с января 2014 года обязательное ме-

дицинское страхование включило в себя финансирование некоторых видов ВМП оказывают в лечебно-профилактических учреждениях нашей республики, что является отрядным фактом – большому нет необходимости выезжать за пределы республики.

Также в 2014 году нами была продолжена работа по реализации Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 в части повышения зарплатных плат медицинским работникам. Так, в прошедшем году в медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, были направлены финансовые средства, которые предусматривали, в том числе, средства для достижения целевых индикаторов уровня заработной платы по каждой категории медицинских работников, включая дополняемые стимулирующие выплаты, что позволило исполнить в 2014 году требования Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мерах по реализации государственной социальной политики».

Кроме того, среди основных задач, стоящих перед ТФОМС Чеченской Республики в 2014 году, были такие направления, как развитие профилактической направленности амбулаторно-поликлинической помощи, развитие способов оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп, совершенствование персонализированного учета оказанной медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС Чеченской Республики, и многое другое. По всем

этим направлениям были достигнуты значимые результаты.

Хочется добавить и то, что в период деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики проходило и проходит постоянное совершенствование нормативно-методической базы организации деятельности системы ОМС региона, налаживаются взаимоотношения сторон – участников системы ОМС, совершенствуются способы развития экономических методов управления отраслью и ведение юридической защиты прав застрахованных граждан. И, преодолев естественные трудности роста, обязательное медицинское страхование Чеченской Республики с каждым годом выходит на более высокий уровень.

Что касается текущего года, то мы определили себе задачи и поставили цели. Этот год обещает быть непростым. Но,

несмотря на сложности, работники Фонда будут выполнять намеченные планы, оперативно решать все вопросы, связанные с реализацией государственной политики в области обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики, решать задачи по сохранению и укреплению здоровья населения, организации и финансирования бесплатной медицинской помощи, развитию частной медицины, обеспечению доступности медицинских услуг в отдаленных районах, по кадровой подготовке, а также реализации прав граждан в сфере ОМС на территории Чеченской Республики.



ДЕЛЕГАЦИЯ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРИНЯЛА УЧАСТИЕ В РАСШИРЕННОМ СОВЕЩАНИИ СОВЕТА ДИРЕКТОРОВ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



В городе Краснодаре состоялось расширенное совещание Совета директоров фондов обязательного медицинского страхования и Межрегионального координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

главные врачи учреждений.

Открывая заседание, его участников поприветствовала председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко. Она отметила, что данное мероприятие, это профессиональный форум, где эксперты, ученые, представители страховых медицинских организаций обсуждают новые задачи по созданию действенного механизма медицинского страхования.

— Нам предстоит многое обсудить, предстоит большая

Мероприятие прошло под руководством Председателя Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко. В совещании приняли участие представители Министерства здравоохранения РФ, директора фондов обязательного медицинского страхования, руководители страховых медицинских организаций,



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП ЗАБОЛЕВАНИЙ В 2015 ГОДУ

В конце 2014 года вышли в свет методические рекомендации по использованию клинико-статистических групп заболеваний при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных и стационарозамещающих условиях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.



САГИЛАВ М.А.,
первый заместитель
директора ТБОУМС
Чеченской Республики



ПИРГОВ М.В.,
д.э.н., профессор

работа, направленная на совершенствование системы обязательного медицинского страхования. Реализация закона об обязательном медицинском страховании в новой его редакции началась в 2011 году. В 2015 году завершился переходный этап. Таким образом, в текущем году реализация Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» должна проходить в полном объеме, без каких-либо оговорок. При этом вопросы по-прежнему очень много, и, я надеюсь, наша встреча будет плодотворной, и нам удастся совместно найти решения задач, которые стоят перед нами, – подчеркнула Наталья Студченко.

В ходе мероприятия собравшиеся обсудили такие вопросы как информатизация системы обязательного медицинского страхования, вопросы проведения дистанцировки населения, прикрепления населения к поликлинике, вопросы финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, обсудили механизмы проведения экспертизы качества медицинской помощи.

Также участники совещания отметили, что задача каждого присутствующего – улучшить качество медицинских услуг, идти навстречу человеку, чтобы люди знали, что такое полис ОМС и как страховая компания может защитить их права, проводить больше экспертиз, чаще выходить в лечебные учреждения, дежурить в регистратурах, общаться с пациентами.

От имени врио губернатора Краснодарского края В. Кондратьева к участникам совещания обратилась вице-губернатор Кубани Анна Минькова. Она поблагодарила коллег за работу и отметила, что данное заседание и обмен мнениями очень важны для дальнейшего развития системы ОМС.

– Медицина – это не только «космические» технологии и уникальные операции, – подчеркнула Анна Минькова. – Для большинства людей это все-таки районная поликлиника, участковый врач, фельдшер скорой помощи. Это то, с чем наши граждане сталкиваются каждый день. Об этом я говорю

сегодня, потому что именно с системных требований ОМС начинаются стандарты работы здравоохранения в любом регионе страны. По сути – это краеугольный камень медицины.

В свою очередь, директор ТБОУМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов отметил, что мероприятия такого рода приносят огромную пользу, помогают найти ответы на

Это дальнейшее развитие отечественного метода формирования и использования **диагностически-родственных** групп заболеваний, получившее признание во всех экономически-развитых странах. КСГ версии 2015 года (третья версия) включает **258** ценовых позиций и предназначен для использования в условиях стационара и дневного стационара как для взрослого, так и для детского населения. Основная экономическая характеристика КСГ остаются различные относительные коэффициенты, главным и неизменным на региональном уровне является коэффициент затратоемкости (КЗ). Этот относительный коэффициент показывает диапазон отклонений в стоимости в совокупности различных ресурсов, используемых при оказании медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями и состояниями. Минимальное значение данного коэффициента в 2015 году – КСГ №11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)» – 0,18 по профилю «Акушерство и гинекология». Максимальное значение – у КСГ №91 «Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость» – 12,09 по профилю «Неонатология». Разница в стоимости среднего пациента по вышеуказанным КСГ составляет 67,2 раза. Необходимо отметить что по сравнению с прошлым 2014 годом диапазон отклонения относительной стоимости между самым «дорогим» и «дешевым» КСГ увеличился в большую сторону (ранее он составлял 45,3 раза). Отметим, что третья версия КСГ обеспечивает более точную зависимость между медицинской технологией и необходимыми ресурсными обеспечением. В странах, применяющих аналогичные КСГ – финансовые инструменты, наблюдается еще большее дифференцирование в относительных коэффициентах, чем в России. Например, в США, в одной

из наиболее «древних» систем КСГ (DRG – международное наименование), используемых при финансировании программы Медикер используется 999 наименований КСГ (т.н. MS-DRG v.22). И диапазон весовых коэффициентов более значителен от 0,1 «Аборт» до 178 «Имплантация сердца», т.е. отличается в 1 780 раз. Необходимо также учитывать исключение многих дорогостоящих методов лечения из отечественной модели КСГ. Так, эндоскопическое лечение врожденных ревматических и неврологических пороков клапанов сердца методом транскатетерного протезирования отнесено в программе государственных гарантий к высокотехнологичной медицинской помощи со стоимостью случая в 1 310 тыс.руб. Коэффициент затратоемкости для данной патологии мог составить 58,9, что в 589 раз превышает





минимальную затратоёмкость по КСГ №11 «Искусственное прерывание беременности (аборт)».

При формировании и применении КСГ 2015 года, по сравнению с годом 2014, предложен ряд новаций, направленных на совершенствование данного способа оплаты стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи.

Положения по использованию метода КСГ в 2015 году приведены в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденных 15 декабря 2015 года Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС. Данные рекомендации подготовлены **взаимно** рекомендациями «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)», направленных письмом МЗ РФ от 20.12.2012 года №14-6/10/2-5305, а также Рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ), за счет средств системы ОМС, направленных письмом МЗ РФ от 11.11.2013 года №66-0/10/2-8405 и утвержденных приказом Федерального фонда

ОМС от 14.11.2013 года №229.

Основным отличием новой модели КСГ от предыдущей версии (2014 года) является более широкое выделение групп детских болезней, а также отдельно сформированных групп злокачественных новообразований в соответствии с видами хирургических операций. Третья версия отечественных КСГ использует расширенный перечень диагностических исследований и методов лечения (например: тромболитика), влияющих на отнесение случая лечения к конкретной КСГ.

В региональной практике оплаты стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи все шире используются федеральные КСГ различных версий, в том числе расширяемые за счет подгрупп КСГ. Тем не менее еще рано говорить об их обязательном использовании, и это обстоятельство требует исключения средств из региональных программ ОМС, предназначенных для межтерриториальных расчетов (МТР) по случаям лечения жителей субъекта за его пределами. В ряде программ ОМС: на социальное значимые виды медицинской помощи по психиатрии, наркологии, фтизиатрии, венерологии, СПИД и ВИЧ, а также по паллиативной помощи и высокотехнологичной (по перечню включенные в II раздел ПТГ).

Все эти обстоятельства требуют корректировки планирования объемов медицинской помощи и определения размера её финансирования в рамках утвержденной территориальной программы государственных гарантий и территориальной программы ОМС.

На 2015 год выбор способа оплаты по КСГ или КПГ, а также сочетание этих методов определяется решением субъекта РФ и фиксируется в территориальной программе ОМС и тарифном соглашении в системе ОМС.

В отечественной системе КСГ, в отличие от международной практики, применяется традиционная группировка КСГ по КПГ, хотя часть диагнозов, хирургических операций и других медицинских технологий является

универсальной для их применения в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПГ не учитывается. Например, оплата лечения по диагнозу J46 «Астма», включенная в КСГ № 153 «Астма», в терапевтическом отделении ЦРБ должна оплачиваться по тарифу КСГ, несмотря на то, что данное КСГ относится к профилю «Пульмонология».

При формировании тарифов на основе КСГ применяется прошедшая двухлетнюю апробацию расчетная формула, в которой фиксируется «базовая ставка», выраженная в рублях и определяющая среднезвешенной значение стоимости по числу случаев по различным КСГ, соответствующим с плановым размером средств на цели оплаты стационарной медицинской помощи, за вычетом тех финансовых средств, на которые действие КСГ не распространяется. Для дневных стационаров «базовая ставка» считается отдельно от стационарной. Тариф ОМС формируется как произведение «базовой» ставки, коэффициента затратоёмкости (КЗ) и ряда эмпирических коэффициентов «настройки» тарифа на особенности организации медицинской помощи в регионе и особенности хозяйственной деятельности медицинских организаций.

Необходимо отметить, что для международной практики использования КСГ (DRG) применение «базовой» ставки (в национальной валюте) и коэффициента затратоёмкости (который именуется – «весовой коэффициент») является наиболее типичной практикой. Остальные коэффициенты как правило отсутствуют, заменяемые либо плавающей «базовой» ставкой, либо большим числом КСГ (и соответственно «весовых коэффициентов», в среднем до 1200-1500 позиций).

Отечественная теория, методология и практика КСГ, да и существующие отличия в организации и оказании медицинской помощи в субъектах Российской Федерации требуют пока еще «ручной настройки» тарифной системы ОМС формируемой на основе КСГ.

Необходимо, также учитывать, что отечественная практика оплаты медицинской помощи в системе ОМС очень разнообразна по способам группировки заболеваний (операций) в тарифы ОМС в различных регионах страны и находится в широком диапазоне от нескольких тысяч позиций



до двух-трех десятков. Процесс фрагментации тарифной системы ОМС по способам и единицам оплаты начался еще в 90-х годах прошлого века и был инициирован методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС, дающими очень широкие полномочия на местах.

В этой связи понятны требования методических рекомендаций, достаточно жестко ограничивающие возможность на местах манипулировать коэффициентом затратоёмкости: **«Коэффициент относительной затратоёмкости определяется для каждой КСГ и КПГ на федеральном уровне (Приложение 1 к настоящим рекомендациям), и не может быть изменен при установлении тарифов в субъектах Российской Федерации».**

Очевидно, что методика расчета тарифов в системе ОМС, изложенная в правилах ОМС, не может обеспечить нормативное калькулирование всех видов ресурсов, задействованных при оказании стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, ввиду отсутствия актуальных научно-обоснованных нормативов на большую часть ресурсного обеспечения (за исключением натуральных нормативов по питанию). Тогда остается структурный метод расчетов на основе данных по фактическим расходам ресурсов (и их стоимости) в различных медицинских организациях при лечении группировочных заболеваний и проведении группировочных операций, который



может уточняться с помощью экспертного метода.

Понятно, что подобные подходы к ценообразованию в здравоохранении, являются следствием целой группы причин как объективного, так и субъективного характера и что допустимо на первых этапах формирования системы КСГ. Но в дальнейшем структурно-экспертный метод должен заменяться нормативным расчетом, так как неизбежен рост ошибок и допущений при отсутствии нормативов для расчета технологических компонентов, входящих в лечебно-диагностический процесс по любой группе заболеваний.

Выделим еще несколько факторов, подтверждающих тезис о приоритете нормативного метода:

1. В методических рекомендациях по КСГ на 2014 год порядок формирования коэффициентов затратоёмкости сформулирован следующим образом: «Расчет величин коэффициента относительной затратоёмкости КСГ и КПГ проведен с учетом стоимости стандартов медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также стоимости набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, на которые стандарты не установлены».

Учитывая, что за 2012-2013 годы Министерством здравоохранения разработаны и утверждены стандарты медицинской помощи по большинству основных (часто встречающихся) заболеваний, обеспечивающих охват числа случаев лечения от 70 до 80% для большинства профильных

отделений (хотя общее число стандартов гораздо меньше, чем нозологий по МКБ-10), можно проводить расчеты нормативной стоимости этих случаев.

2. Необходимость использовать стандарты медицинской помощи при формировании тарифов ОМС сформулирована в письме МЗ РФ по формированию и экономическому обоснованию территориальной программы государственных гарантий на 2015 год: «Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами (ОМС), на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются единичными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования».

В КСГ 2015 года применяются два основных классификационных критерия группировки: 1) по диагнозам МКБ-10; 2) по кодам номенклатуры медицинских услуг МЗ РФ (на 2014 и 2015 для реализации групповой методики КСГ добавлены более 570 медицинских услуг, пока не включенных в номенклатуру приказом МЗ РФ, например: А16.30.059 «Дренирование забрюшинного пространства»,

составе стандартных (т.е. «федеральных») КСГ в тарифной соглашении могут быть выделены подгруппы, в том числе с учетом дополнительных критериев, установленных в субъекте Российской Федерации».

Эта норма отличается от прежних рекомендаций (2013 года), которые регламентировали возможность разработки субъектом РФ новых КСГ в рамках клинико-профильных групп или использование стандартов медицинской помощи по заболеваниям, включенным в клинико-статистические группы. Данное решение могло привести к созданию региональных моделей КСГ, несопоставимых с федеральной методологией, что не позволяет сопоставлять клинико-экономические параметры регионов и сравнивать их между собой и на соответствие с федеральными подходами.

В этой части новая норма по формированию подгрупп КСГ более совершенна, так как не только требует учета критерия выделения новой подгруппы КСГ в системе документооборота, но и требует финансовой эквивалентности федеральной КСГ и совокупности региональных подгрупп, входящих в данную КСГ: «При этом средневзвешенный весовой коэффициент затратоёмкости (КСЗ) подгрупп должен равняться коэффициенту относительной затратоёмкости, установленному в рекомендациях (с возможностью его корректировки путем применения управленческого коэффициента)».

КСЗ рассчитывается по формуле 1:

$$КСЗ = \frac{\sum (Kz_i \times KC_i)}{\sum KСГ}, \text{ где}$$

Kz_i – весовой коэффициент затратоёмкости i -ой подгруппы КСГ;

$KСГ$ – число случаев, пролеченных по i -ой подгруппе КСГ;

$KС$ – число случаев в целом по КСГ.

Например: КСГ имеет коэффициент затратоёмкости – 1,0. В регионе необходимо выделить группу диагнозов (или операций), имеющих высокий медико-социальный приоритет, предположим, влияющий на снижение показателей смертности или инвалидизации населения.

Нормативная стоимость лечения данной группы заболеваний составляет сумму эквивалентную коэффициенту затратоёмкости, равному 2,0. Достоверное число случаев по КСГ – 100, при этом приоритетная подгруппа КСГ составляет 20 случаев.

КСЗ составит $(1 \times 80) + (2 \times 20) / 100 = 1,4$, т.е. управленческий коэффициент по данной КСГ должен составить 1,4 для сохранения неизменности федерального КЗ на уровне – 1,0.

Обеспечить финансовую эквивалентность подгрупп можно и другим методом, посчитав значение коэффициента затратоёмкости для не включенных в «приоритетную» подгруппу КСГ. Для этого в исходном примере (в формуле)

²Примечание автора

необходимо $K3 = 1$ заменить на «х», СКЗ принять равным «1» и провести соответствующие расчеты.

$$80x + 40 = 100$$

$$(80 * 80) + (2 * 20) / 100 = 1$$

этом случае будет понижаться для приоритетной группы диагнозов, входящих в соответствующую подгруппу КСГ.

Подгруппа ХХ.1 имеет К3, равный «дву», а подгруппа ХХ.2 будет иметь К3, равный «единице», и применятся с управленческим коэффициентом, равным «0,75».

Такое использование коэффициента уровня вписывается в общую концепцию применения КСГ в 2015 году, и его назначение - регулировать уровень госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в группу КСГ (или КПП), а также стимулировать медицинские организации к внедрению конкретных методов хирургического решения. Для стимулирования медицинских организаций значение управленческого коэффициента должно быть больше «единицы». Соответственно, для снижения уровня госпитализации значение управленческого коэффициента должно быть ниже «единицы» для конкретной КСГ или подгруппы. Данный коэффициент устанавливается одинаковый для всех уровней оказания медицинской помощи.

Кроме того, управленческий коэффициент может применяться для стимулирования медицинских организаций (медицинских работников через выплаты стимулирующего характера) и внедрению ресурсосберегающих («экономичных») медицинских и организационных технологий, в том числе направленных на развитие дневных стационаров. Значение управленческого коэффициента не может превышать - 1,5. Граница снижения данного коэффициента (меньше «единицы») методическими рекомендациями МЗ РФ и ФОМС не определена.

Стимулирующее название управленческого коэффициента не должно нарушать принцип «баланса» системы КСГ. Если по ряду позиций вводится данный коэффициент с повышающим значением, то для других позиций КСГ должны быть определены «тонизирующие» коэффициенты управления. Значение этих коэффициентов зависит от статистически достоверного числа случаев лечения, относимых к данному КСГ. Чем больше отношение «снижаемых» случаев к «повышаемым», тем меньше отклоняется от «единицы» управленческий коэффициент. Данные расчеты производятся по формуле 1 для групп КСГ, используемых для стимулирования и обеспечения бюджетного равновесия. При этом средневзвешенный весовой коэффициент затратоемкости (СКЗ) приравнивается к «единице».

В 2015 году определенными новациями были подвергнуты подходы к формированию **коэффициента уровня** (КУ).

Если в 2014 году коэффициент уровня формировался с учетом стоившихся затрат медицинских организаций, то в 2015 году предложен уровеньный, технологический подход.



Минздрава РФ понимается следующим образом: «Первый уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских, районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

Второй уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

Третий уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях».

Коэффициент уровня оказания стационарной помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований. Т.е. данный коэффициент должен дать экономическую интерпретацию более емкого лечебно-диагностического процесса, связанного с особенностями пациента, получающего помощь на данном уровне. Такая трактовка имеет явно выраженный технологический подход к медицинской помощи, которая может быть выражена перечнями и объемами специфических медицинских услуг и лекарственных препаратов, а также длительностью лечения, календаризована по затратам и сопоставлена с лечением аналогичных диагнозов (проведением операций) на разных уровнях. Коэффициент уровня **должен** иметь не эмпирическую или экспертную оценку, а объективную **нормативно** рассчитанную

оценку. В методических рекомендациях по КСГ 2015 года предлагается в рамках третьего уровня (регионального) выделять подуровень (3+) для федеральных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь жителям нескольких субъектов Российской Федерации.

Методические рекомендации предлагают границы

для 1-го уровня – до «единицы»

для 2-го уровня – от 0,9 до 1,2;

для 3-го уровня – от 1,1 до 1,5;

для 3+ уровня – от 1,3 до 1,5.

При этом недопустимо устанавливать индивидуальные коэффициенты уровня для конкретных медицинских организаций, и максимальное значение данного коэффициента не может превышать значение – 1,5.

Очевидно, что рекомендуемые коэффициенты – это результат аналитической работы и экспертных решений, основанных на данных «пилотных» регионов, осуществляющих оплату медицинской помощи в 2014 году.

Особенности организации лечебного процесса в отдельных медицинских организациях и структура пациентов

организаций недопустимо. Коэффициент уровня стационара не может превышать уровень 1,5».

В 2015 году. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи устанавливается тарифным соглашением субъекта РФ в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинской организации и (или) структурных подразделений медицинских организаций. Комментарий: предложенное в рекомендациях уровневое деление, необходимо отметить некоторое различие в формулировках по сравнению с определением уровней данных в информационном письме Минздрава РФ по формированию и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий⁴.

Под уровнями медицинской помощи в названном письме

⁴ Информационное письмо Минздрава РФ от 12.12.2014 года №11-Ф/10/2-ФЗ888



могут привести к повышению уровню «технологичности», связанному с большим объемом оказываемых услуг, их относительной сложностью и, как следствие, большей затратоемкостью. Если это подтверждено расчетами, в соответствии с методикой расчета тарифа ОМС (см. Правила ОМС), то допускается для уровня вводить подуровни оказания медицинской помощи. При этом число медицинских организаций в подуровне должно быть не меньше двух, и для каждого подуровня устанавливается свой коэффициент уровня.

В отдельных случаях этот коэффициент подуровня может быть больше 1,5, но только при условии сохранения средневзвешенного коэффициента подуровня не более 1,5. «Взвешивание» коэффициентов осуществляется по числу случаев по формуле, аналогичной формуле 1.

В методике КСТ 2015 года более детальной «проработке» подвергся коэффициент сложности курации пациентов (КСКП), который устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Данный коэффициент устанавливается на основе объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и включается в реестр счетов.

В методических указаниях даны восемь возможных причин введения данного коэффициента (например: наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, в том числе сахарного диабета I типа и др.), при этом его максимальное значение **не может превышать 1,8**.

В 2015 году к «традиционным» коэффициентам («уровня», «курации» и «управления»), позволяющим регулировать тарифную систему в субъекте РФ, добавляется новый коэффициент дифференциации (КД), рассчитанный в

соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «Об порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Данный коэффициент используется в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации (например: Красноярский, Приморский и Хабаровский край). Если данный коэффициент для субъекта один, то он учитывается в базовой ставке для КСТ.

Коэффициент дифференциации для и-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура (К_г) рассчитывается по формуле:

$$K_i = 0,6 \times \max(K_i^p; K_i^m) + 0,4 \times \text{ИБР}_i,$$

где: $\max(K_i^p; K_i^m)$ - функция выбора максимального значения из коэффициентов K_i^p и K_i^m ;

K_i^p - сумма средневзвешенного районного коэффициента к заработной плате и средневзвешенной процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории и-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР;

K_i^m - коэффициент уровня среднемесячной заработной платы и-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура (пределное значение коэффициента 1,7, значение коэффициента для г. Байконура - 1);

ИБР_i - расчетный уровень **индекса бюджетных расходов** и-го субъекта Российской Федерации или г. Байконура на год, в котором рассчитывается субвенция, определяемая в соответствии с методикой распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670 (значение показателя не ниже 1 и не выше 3, значение показателя для г. Байконура - 1).

Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с КСТ и КПГ (по общему перечню, с использованием федеральных коэффициентов затратоемкости). В случае отсутствия в субъекте РФ возможности лечения заболеваний, включенных в конкретные КСТ, эти группы могут быть исключены из

перечня. Базовая ставка определяется исходя из суммы средств запланированных для дневных стационаров и планового значения числа случаев. Регулирующие (поправочные) коэффициенты определяются по аналогии со стационарной медицинской помощью, при этом необходимо учитывать, что управляющий коэффициент должен стимулировать оказание медицинской помощи по ряду групп в условиях «хирургии одного дня» и других эффективных стационарозамещающих форм лечения.

Адекватное планирование объемов медицинской помощи для медицинских организаций, обеспечивающее большую точность сопоставления плановых и фактических сумм, получаемых организацией при реализации территориальной программы ОМС, возможно при переходе от «сетевой» планирования, при котором, в основном, учитывается «мощность» стационара, к «нозологическому», при котором учитывается возможность оказания медицинской помощи для заболеваний, объединяемых в группы.

В соответствии с методическими рекомендациями на 2015 год по КСТ, распределение объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой стационарно и в условиях дневного стационара, между медицинскими организациями может осуществляться с **конкретизацией** либо без конкретизации в разрезе КСТ или КПГ.

Планирование с конкретизацией по КСТ является сложной методической и практической задачей, требующей

не только анализа медицинской статистики по оказанной помощи, но и правильного учета ресурсных возможностей медицинских организаций (кадров, оборудования, лечебных палат и кабинетов), а также маршрутизации пациентов по уровням оказания помощи.

Реализация такого «нозологического» планирования позволяет «настроить» каждую медицинскую организацию на наиболее рациональное выполнение территориальной программы ОМС, осуществлять объективный мониторинг и своевременно исправлять и компенсировать любые текущие отклонения, обеспечивая не только адекватную медицинскую помощь населению региона, но и баланс финансовых ресурсов в системе ОМС.

Использование третьей версии КСТ большим числом регионов позволит продолжить вектор позитивной развития организационно-экономических отношений в отечественном здравоохранении, заложенный в 2013 году, и в обозримом будущем обеспечить адекватность и сопоставимость территориальных программ ОМС, направленных на обеспечение сохранения и улучшения индивидуального и общественного здоровья в Российской Федерации.



ЛИЧНОСТЬ

ОДНАЖДЫ ДАВШИЙ КЛЯТВУ ГИППОКРАТА

Наверное, из всех земных самой гуманной и самой благородной является профессия медицинского работника, ибо врач приходит первым на помощь оказавшемуся во власти недуга человеку и зачастую возвращает больного к здоровому образу жизни. Хотя иногда среди работников медицинских учреждений и попадаются черствые к людской беде эскулапы, но гораздо чаще – это милосердные, внимательные, отзывчивые врачи и медицинские сестры. В этом ряду особое место занимаютрачи-педиатры. У врачей этой категории свое, особое отношение с пациентами, как сказал герой моего повествования: «Если не любишь детей, никогда не станешь хорошим детским врачом».



Лема Викусуров, ныне детский хирург, заведующий 2-м хирургическим отделением Республиканской детской клинической больницы, главный специалист Министерства здравоохранения по детской хирургии, с малых лет определил свою будущую профессию. Учился и вырос он в старинном чеченском селе Мескеты Ножай-Юртовского района, откуда родом и известный чеченский писатель Абузар Айдмиров. Он был директором школы, в которой Л. Викусуров окончил 8 классов. Если мысленно пройти путь становления Л. Викусурова, становится ясно, что в медицине он не случайный человек. Ему нравились люди в белых халатах, и с детства он мечтал стать врачом. Окончив 8 классов, он не предупредил своих родителей, что он успешно сдает вступительные экзамены и поступает учиться на основательное отделение Проленского медицинского училища (ныне колледж), в котором велась фундаментальная подготовка специалистов среднего медицинского персонала. И сейчас, вспоминая годы учебы в данном учебном заведении, Лема с огромной благодарностью говорит о своих бывших преподавателях, которые требовательно относились к студентам, строго следили за

дисциплиной, успеваемостью и давали не только теоретические знания, но помогали во всем и учили овладевать практическими навыками.

– В первые годы моей трудовой деятельности эти знания помогли мне быть на уровне, не пасовать перед трудностями, а признание во мне людьми необходимого медицинского работника удивило желание трудиться, – говорит Лема.

Училище он окончил на красный диплом, но приступить сразу к работе ему не пришлось, так как призывали на военную службу. С честью выполнив воинский долг, свою трудовую деятельность Лема начал в качестве фельдшера Ножай-Юртовской районной больницы.

С улыбки и с кажим-то упоением мысленно возвращается он к тем годам. Работа ему сразу пришлась по душе, а главнее было то, что он ощущал свою необходимость людям. В любое время суток могли его разбудить, вызвать к больному. С удовольствием брал ночные дежурства.

– Особое удовольствие доставляло то, что ты можешь помочь облегчить страдания больного, вылечить его, – говорит Лема.



– По расположению населенных пунктов Ножай-Юртовский район считается одним из самых сложных в республике. Дороги в то время были совсем непригодны для проезда транспорта, особенно в зимних условиях. Часто, чтобы добраться до больного, приходилось пешком преодолевать большое расстояние. Но это нисколько не смущало меня. Я с удовольствием выполнял обязанности фельдшера. Чувствовал уважение к себе со стороны населения, и это обязывало меня еще тщательнее относиться к своей работе. – вспоминает он.

После двух лет работы Лема решает, что его знания маловато для настоящего врача и в 1982 году поступает на педиатрический факультет Северо-Осетинского государственного медицинского института, который окончил как и медицинское училище, с отличием. В том же году он, как успешный выпускник, при данном же институте был зачислен в клиническую ординатуру по детской хирургии. Обучаясь в ординатуре, желая глубже и обильнее овладеть будущей специальностью, он начал заниматься научной деятельностью, став соавтором двух опубликованных трудов по иссле-

дованию медицинских проблем.

В 1990 году Л. Викусуров возвращается в родную республику и приступает к врачебной практике в качестве детского хирурга детской клинической больницы № 2, затем его назначают заведующим отделением, где он проработал до первого января 2014 года. И с этого времени трудится в должности заведующего 2-м хирургическим отделением Республиканской детской клинической больницы.

На мой вопрос, как получилось, что он из сложившегося коллектива, где он трудился долгие годы и был признанным детским врачом, перешел в данное лечебное учреждение, Лема отвечает:

– Я, видимо, по характеру мягкий человек. Когда в должности главного врача данной больницы утвердили Кабека Междидова и он начал укомплектовывать отделения врачами, попросил меня перейти, да и в министерстве его поддержали насчет моей кандидатуры. Вот так я оказался здесь. Конечно, то, что пришлось мне принять, отделением назвать было трудно. В палатах не было освещения, воды, местами отсутствовал напольный кафель, не было в достаточном количе-



стве мебели, не работала сантехника. И поначалу коллективу отделения пришлось параллельно с лечением пациентов заниматься и хозяйственными вопросами. Благодаря помощи и поддержке главного врача нам удалось решить все вопросы по созданию в отделении надлежащих условий.

В настоящее время отделение располагает 35 койко-местами одновременного приема и лечения маленьких пациентов. Палаты рассчитаны на 2-3 и 5 больных. Есть проточная вода, освещение, и созданы все необходимые условия для приема, размещения и лечения пациентов.

Считаю, что слаженность в работе в основном зависит от единства действий членов коллектива, от их профессиональных и исполнительных качеств, я пригласил с собой перейти в данное отделение и нескольких из своих бывших коллег по второй детской больнице, врачей и медсестер, проверенных и испытанных временем и трудом.

Рассказывая о врачебной деятельности своей и всего медперсонала отделения, Лема поведал, что в детском отделении работают самые выдержанные, чуткие и сердобольные люди. Такowymi являются находящиеся рядом с ним и под стать своему заведующему отделением отдающие себя избранной профессии врачи – Али Фирзаули, Магомед Якуев, Мароет Джабаева, Мавка Дакиева, старшая медицинская сестра Хеда Цоева, перевязочная медсестра Марет Гацаева, палаточная медсестра Зарема Атаева и др.

– В этой жизни с радостью ребенка ничто несравнимо –

когда оперировать приходилось новорожденных с врожденной патологией. Их слюсти не удалось, и здесь он чувствует в какой-то степени свою вину.

А когда я попросила Лему вспомнить из своей практики детей, поправившихся, вернувшихся после его хирургического вмешательства к нормальной жизни, он сказал, что не помнит ясно тех, кто вылечился, а всегда с большим огорчением и сожалением вспоминает тех, кого не удалось спасти, кто остался калекой. Но об одном удачном лечении он все же поведал.

Привели к нему на прием мальчика, которому было лет 12, а выглядел он всего на 7-8. Заметно отставал по росту, и был очень худым. Родители ранее показывали его нескольким врачам, но те не могли определить причину такого заметного торможения в росте и в весе. Долго пришлось и Леме наблюдать за ним. Проведенные анализы ничего не выявили, пока УЗИ не показало, что желудок заполнен чем-то инородным. Мальчику была проведена операция, в результате чего из желудка был изъят пучок спутанных волос. Пучок почти полностью заполнил желудок, из-за чего мальчик не мог полноценно питаться. Это и оказалось причиной отставания его в росте. После успешной операции мальчик смог нормально есть и за короткий срок догнал своих сверстников и в весе, и в росте.

Лема Висуров – один из тех врачей, которые полностью разделили со своим народом все тяготы военного времени. За периоды двух военных кампаний он только на два месяца покидал больницу, выезжал в родное село. Но и в это время лечил и детей, и взрослых. Прием больных вел прямо на дому, где двери не закрывались ни днем, ни ночью. Не только принимал, лечил, а без приглашения посещал на дому больных больных и инвалидов, за что и сыскал к себе глубокое уважение и благодарность сельчан.

О том, что хирург востребованный и к нему обращаются постоянно, можно было судить по тому, как во время моей беседы с ним (а длилось это всего-то минут 30), наш разговор несколько раз прерывался телефонными звонками – к нему обращались родители за консультацией по поводу болезни и госпитализации детей.

Помимо того, что Л. Висуров заведует отделением и оперирующим хирург, с 2005 года является главным специалистом Министерства здравоохранения республики по детской хирургии. За хорошие показатели в работе многократно поощрялся грамотами МЗ ЧР, городского и районной администрации. Его трудовые и врачебные успехи отмечены наградами знаком МЗ ЧР «Отличник здравоохранения». Почетной грамотой и знаком Парламента ЧР, присвоением высшей врачебной категории. По итогам сесс. голосования среди врачей республики он признан «Врачом народного признания». Но своей высшей наградой Лема Висуров считает вылечившегося ребенка и счастье улыбающегося его родителя.

Как врач Л. Висуров постоянно интересуется достижениями медицины в области детской хирургии как российской, так и всемирной практики. В целях повышения своих знаний проходил курсы повышения квалификации в РМАПО г. Мо-



ски, неоднократно принимал участие в конгрессах детских хирургов, проходивших в Москве, Ростове, Ставрополе.

Вот так, отдавая себя полностью любимой, однажды по душе избранной профессии, работает давний однажды клиенту Гиппократу детский хирург Лема Висуров.

При нашей беседе Лема подчеркнул, что вся его жизнь проходит в отделении и, когда он случайно оказывается среди свободно отдыхающих, он удивляется, что есть иная жизнь, и люди могут свободно говорить о чем-то ином, неже-ли, как он, – только о своих маленьких пациентах.

По стопам своего отца пошли и две дочери Лемы – Седа и Хеда, которые в настоящее время являются студентками медицинского колледжа, с чего начал свое восхождение к будущей профессии их отец. Надеемся, что и они в будущем станут такими же профессионалами врачебного дела, как Лема Висуров.

Малика Абаляева,

специально для Журнала «ОМС в Чеченской Республике»

МНЕНИЕ

А.Х.Хасуева

начальник финансово-экономического управления ТООМС Чеченской Республики

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗМЕЩЕНИЕМ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УСЛУГ

Диагностика заболеваний, будучи самостоятельной медицинской услугой, включается в комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление здоровья как составная часть единого процесса оказания медицинской помощи (статья 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).



Решение о проведении конкретного способа и метода диагностического исследования принимает лечащий врач. При этом диагностика может проводиться как в параклинических подразделениях (лечебно-диагностических службах) медицинской организации, в которой больной проходит лечение, так и в иной медицинской организации при отсутствии в первой лаборатории необходимого диагностического оборудования. Оплата стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских учреждениях включается в структуру тарифа на оплату медицинской помощи (статья 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

В медицинской организации, согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-са-

нитарной помощи взрослому населению» могут быть развернуты следующие параклинические подразделения:

- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- флюорографический кабинет;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- клиническая лаборатория;
- биохимическая лаборатория;
- микробиологическая лаборатория.

Затраты параклинических подразделений в среднем размере должны быть разнесены медицинской организацией по основным клиническим подразделениям с помощью вспомогательных методов распределения косвенных расходов за вычетом затрат, связанных с оказанием услуг сторонним медицинским организациям в рамках межучрежденческих расчетов. При этом стоимость лечебно-диагностических услуг входит в стоимость услуг клинических отделений (госпитализация, пациенто-день, обращение и так далее), оказывающих непосредственно конечные медицинские услуги.

В случае, если медицинская организация хочет получать отдельную оплату медицинских услуг, оказываемых параклиническими подразделениями, ей необходимо отнести затраты указанных подразделений к прямым расходам, выделив их внутри общего объема предоставления медицинской помощи, распределенным решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. Затем затраты параклинических подразделений необходимо распределить по отдельным услугам.

В любом случае, независимо от того, к каким видам расходов (прямым или косвенным) будут отнесены затраты параклинических подразделений, это никак не отразится на объеме финансового обеспечения медицинской организации.

Несколько иначе обстоит дело с возмещением затрат медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги. Как следует из письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2014 № 11-



9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», основанном для распределения объема медицинской помощи медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги, является отсутствие у других медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, данных диагностических услуг или их недостаточности. Исходя из требований по выполнению стандартов медицинской помощи и порядка ее оказания.

Таким образом, решение вопроса о распределении объемов предоставления диагностических услуг в пользу одной или нескольких медицинских организаций зависит от единого мнения всех медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики или органа управления здравоохранением на территории Чеченской Республики, обоснованного требованиями по выполнению стандартов медицинской помощи и порядка ее оказания.

ОПИСАНИЕ МОДЕЛИ ГРУППИРОВКИ СЛУЧАЕВ В КСГ В 2015 Г.

Критерии группировки

В качестве основных критериев группировки в разработанной модели КСГ используются **код терапевтического диагноза в соответствии со справочником МКБ-10 и код услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг**, утвержденной приказом МЗ РД N 794н от 28 октября 2013г. «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г.п.1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских

услуг»». В качестве дополнительных критериев при формировании КСГ используются следующие признаки:
 — код терапевтического диагноза (при основном критерии группировки – код операции);
 — код услуги (при основном критерии группировки – код диагноза);
 — пол;
 — возраст;
 — длительность пребывания в стационаре (1 КСГ)

Основные справочники

Для формирования КСГ используются два основных клинических справочника: «**Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10 пересмотр**» (Далее – **МКБ-10**) и «**Номенклатура медицинских услуг**» (раздел А16 в полном

объеме, с некоторыми исключениями, а также отдельные коды из других разделов).

В обоих справочниках коды, которые используются для системы КСГ, имеют признак «True» в поле «Используется в КСГ».

Справочник МКБ10

В прилагаемом файле MS Excel на листе КСГ МКБ содержится справочник МКБ10, в котором каждому диагнозу присвоен номер КСГ, в которые может быть классифицирован случай госпитализации с данным диагнозом.

Структура справочника МКБ

Поле	Описание	Примечание
МКБ10	Код диагноза в соответствии с МКБ10	
Диагноз	Наименование диагноза	
1	Номер КСГ1, в которую может быть отнесен диагноз	
2	Номер КСГ2, в которую может быть отнесен диагноз	
3	Номер КСГ3, в которую может быть отнесен диагноз	
4	Номер КСГ4, в которую может быть отнесен диагноз	
5	Номер КСГ5, в которую может быть отнесен диагноз	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки	True - используется в КСГ

Внимание! В ряде случаев, когда коды МКБ 10, одинаковые по трем первым знакам, могут попадать в разные КСГ в зависимости от знака после точки, ввод трехзначных кодов не допускается. Необходимо принять меры к полному кодированию диагнозов, включая знак после точки (там, где это возможно)

Справочник Номенклатуры

Как уже указывалось ранее, в основе справочника хирургических кодов лежит «Номенклатура медицинских услуг». В то же время, в целях более точного и корректного формирования КСГ, в справочник хирургических КСГ внесены дополнительные коды, которые в настоящее время не входят в утвержденную версию Номенклатуры и используются в интересах системы финансирования. Эти коды содержатся в листе «КСГ Номенклатура» в составе всех кодов. В столбце

«Новый код» таким кодам проставлен соответствующий признак: 1 – код, введенный в систему КСГ в 2014 г., 2 – код, введенный в систему КСГ в 2015 г. Эти услуги для удобства проиндексированы на отдельном листе.

В группировку не вошел ряд кодов раздела А16 Номенклатуры по двум основным критериям: услуга не определена как критерий группировки и на запретность услуга не влияет либо услуга включена в перечень ВМП.

Структура справочника Номенклатуры

Наименование поля	Описание	Примечание
Код Услуги	Код услуги в соответствии с Номенклатурой	
Название услуги	Наименование услуги/Операции	
New_pot	Признак услуги, включенной в номенклатуру дополнительно	1 – услуга включена в 2014г., 2- услуга включена в 2015г.
1	Номер КСГ 1, в которую может быть отнесена услуга	
2	Номер КСГ 2, в которую может быть отнесена услуга	
3	Номер КСГ 3, в которую может быть отнесена услуга	
4	Номер КСГ 4, в которую может быть отнесена услуга	
Использовано в КСГ	Признак использования кода в качестве критерия группировки	True - используется в КСГ

Справочник КСГ

Справочник КСГ приведен на листе «КСГ» и содержит перечень групп с указанием К3 и профиля группы.

Структура справочника КСГ

Наименование поля	Описание
КСГ	Номер КСГ
Наименование КСГ	Наименование КСГ
К3	Коэффициент затратоемкости
Код профиля	Код профиля
Профиль	Наименование профиля

Описание логической схемы группировщика

Формат таблицы «Логическая схема КСГ»

Технологический процесс отнесения случая к КСГ регламентируется таблицей «**Логическая схема КСГ**». «Логическая схема» позволяет каждому случай в реестре пролеченных больных отнести к определенной КСГ на основании классификационных критериев, которые соответствуют этому случаю. С помощью данной таблицы, осуществляются отнесение случаев ко всем КСГ, кроме КСГ №158 «Тяжелая множественная и сочетанная травма

(политравма)», процедура формирования которой описана в разделе «Особенности формирования отдельных КСТ». Таблица «Логическая схема КСТ» состоит из столбцов, каждый из которых содержит значение, соответствующее одному классификационному критерию.

Таблица «Логическая схема КСТ»:

Структура таблицы «Логическая схема КСТ»

Наименование поля	Описание	Источник данных и связь с другими справочниками
ICD10	Код диагноза	Поле «МКБ10» справочника МКБ10
Sur	Код услуги	Поле «Код Услуги» справочника Номенклатуры
Age	Возрастная категория	1 - до 28 дней, 2 - до 90 дней, 3 - до 18 лет
Sex	Пол	M - мужской, Ж - женский
RU_DRG	Номер КСТ	Поле «КСТ» справочника КСТ
LOS	Дней пребывания	1 - пребывание 3 дня и более

Фрагмент таблицы приведен ниже. Если в таблице не содержится значение в соответствующем поле, то данный классификационный критерий не влияет на группировку.

Пример таблицы «Логическая схема КСТ»

ICD10	Sur	Age	Sex	LOS	RU_DRG
S30.2			Ж		8
S30.2			M		170
E10		2			42
E10		3			226
	A16.09.026	1			41
	A16.09.026				152
I36.1					59

Описание алгоритма группировки и принципа использования таблицы «Логическая схема КСТ»

По каждому случаю в реестре пролеченных больных классификационные критерии КСТ и их комбинации анализируются с помощью данной таблицы по следующему алгоритму:

Шаг 1 (обязательный) – Определение КСТ по коду терапевтического диагноза.

Пункт 1. По коду терапевтического диагноза определяется список КСТ, к которой может быть отнесен данный случай.

Пункт 2. Если в списке 1 КСТ, то группировка окончена и случай классифицирован по коду диагноза, далее - переход к Шагу 2 (при наличии кода услуги, влияющей на группировку).

Пункт 3. Если в списке больше одной КСТ, то

соответствии с количеством классификационных критериев. В описываемой стандартной версии их 4 (пол, возраст, код услуги, реанимация). При выделении подгрупп (критерий выделения подгруппы обозначен как Код критерия N), количество блоков может быть увеличено с использованием аналогичной схемы.

Когда код диагноза и код услуги рамках одного пролеченного случая находятся в одной линии таблицы «Логическая схема КСТ» (см. пример), код услуги рассматривается как дополнительный классификационный критерий, и соответственно Шаг 2 не выполняется (классификация случая в КСТ ограничивается Шагом 1). Иными словами, отнесение случая к КСТ осуществляется с учетом кода диагноза по МКБ 10 и кода услуги по Номенклатуре.

Графически данный процесс изображен на рисунке 1 в разрезе описанных выше пунктов. Количество стандартных блоков проверки классификационных критериев по пунктам П3-П5 (выделено пунктиром) может варьироваться в

Пункт 6. Если больше одной КСТ, то проверяются другие критерии.

Пункт 7. После проверки других критериев, окончательно определяется КСТ по коду диагноза.

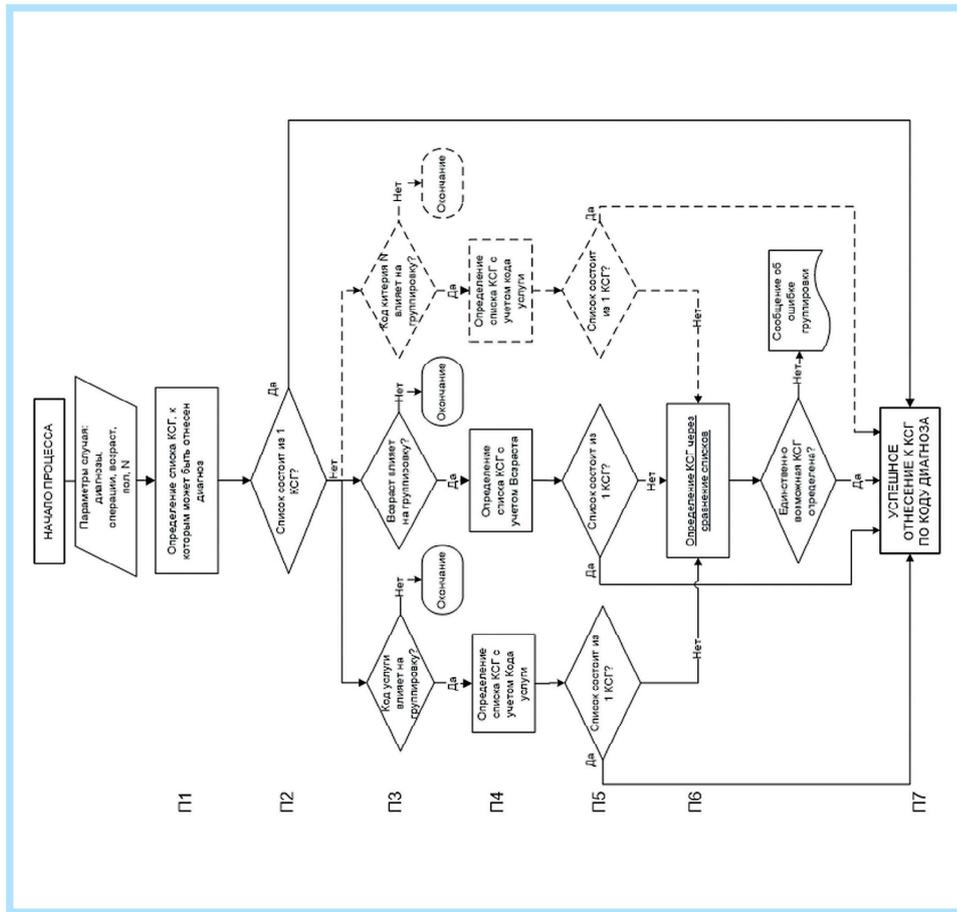
Графически данный процесс изображен на рисунке 1 в разрезе описанных выше пунктов. Количество стандартных блоков проверки классификационных критериев по пунктам П3-П5 (выделено пунктиром) может варьироваться в

Фрагмент таблицы «Логическая схема КСТ», иллюстрирующий в каких случаях код услуги используется как дополнительный классификационный критерий

Rec_ID	ICD10	Sur	Age	Sex	LOS	RU_DRG
3414	C16.9	A16.16.026				122
3415	C16.9	A16.16.026.001				122
3416	C16.9	A16.16.027				122
3417	C16.9	A16.16.028				122
3418	C16.9	A16.16.028.002				122
3419	C16.9	A16.16.034				122
3420	C16.9	A16.16.034.001				122
3421	C16.9	A16.16.036				122
3422	C16.9	A16.16.037				122
3423	C16.9	A16.16.040				122
3424		A11.20.008				13
3425		A11.20.015				13
3426		A11.30.017				13
3427		A14.20.002				13
3428		A16.20.021				13
3429		A16.20.025				13
3430		A16.20.025.001				13

Код услуги как дополнительный классификационный критерий

Рисунок 1. Блок-схема группировки по коду диагноза



Шаг 2 (при наличии услуги, влияющей на группировку) – Определение КСГ по коду услуги.

Пункт 1. По коду услуги определяется список КСГ, к которой может быть отнесен данный случай.

Пункт 2. Если в списке 1 КСГ, то группировка окончена и случай классифицирован по коду услуги.

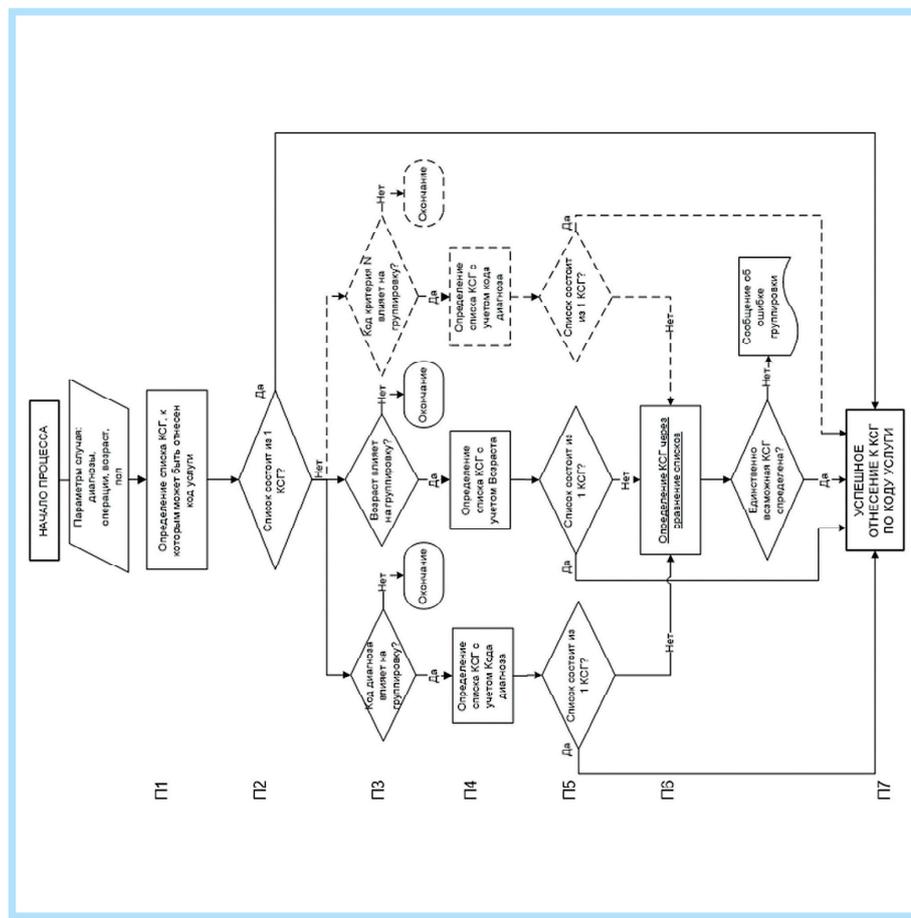
Пункт 3. Если в списке больше одной КСГ, то проверяются другие классификационные критерии.

Если критерий не влияет, то он не рассматривается, Пункт 6. Если больше одной КСГ, то проверяются другие критерии.

Пункт 4. Если критерий влияет, то из списка КСГ (п.1) выбираются группы, соответствующие данному критерию.

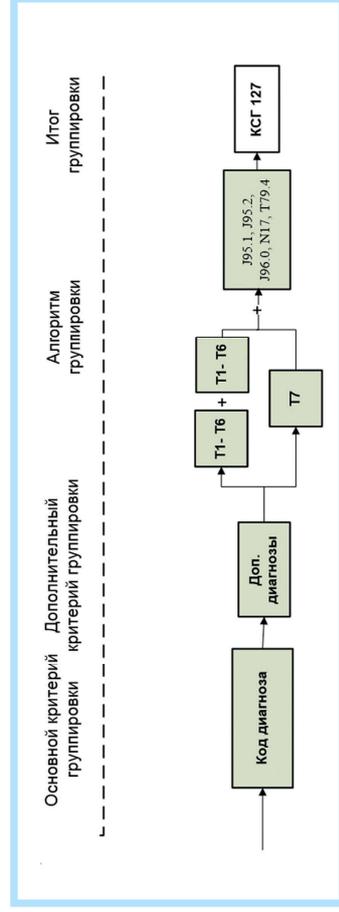
Пункт 5. Если выбрана одна КСГ, то группировка графически данный процесс изображен на рисунке 2.

Рисунок 2. Блок-схема группировки по коду услуги



Код анатомич. области	Анатомич-ческая область	Коды МКБ 10
T1	Голова, шея	S02.0, S02.1, S04.0, S05.7, S06.1, S06.2, S06.3, S06.4, S06.5, S06.6, S06.7, S07.0, S07.1, S07.8, S09.0, S11.0, S11.1, S11.2, S11.7, S15.0, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S15.8, S15.9, S17.0, S17.8, S18
T2	Позвоночник	S12.0, S12.9, S13.0, S13.1, S13.3, S14.0, S14.3, S22.0, S 22.1, S23.0, S23.1, S24.0, S32.0, S32.1, S33.0, S33.1, S33.2, S33.4, S34.0, S34.3, S34.4
T3	Грудная клетка	S22.2, S22.4, S22.5, S25.0, S25.1, S25.2, S25.3, S25.4, S25.5, S25.7, S25.8, S25.9, S26.0, S27.0, S27.1, S27.2, S27.4, S27.5, S27.6, S27.8, S28.0, S28.1
T4	Живот	S35.0, S35.1, S35.2, S35.3, S35.4, S35.5, S35.7, S35.8, S35.9, S36.0, S36.1, S36.2, S36.3, S36.4, S36.5, S36.8, S36.9, S37.0, S38.1, S38.3
T5	Таз	S32.3, S32.4, S32.5, S36.6, S37.1, S37.2, S37.4, S37.5, S37.6, S37.8, S38.0, S38.1, S38.2
T6	Конечности	S42.2, S42.3, S42.4, S42.8, S45.0, S45.1, S45.2, S45.7, S45.8, S47, S48.0, S48.1, S48.9, S52.7, S55.0, S55.1, S55.7, S55.8, S57.0, S57.8, S57.9, S58.0, S58.1, S58.9, S68.4, S71.7, S72.0, S72.1, S72.2, S72.3, S72.4, S72.7, S75.0, S75.1, S75.2, S75.8, S75.9, S77.0, S77.1, S77.2, S78.0, S78.1, S78.9, S79.7, S82.1, S82.2, S82.3, S82.7, S85.0, S85.1, S85.5, S85.7, S87.0, S87.8, S88.0, S88.1, S88.9, S95.7, S95.8, S95.9, S97.0, S97.8, S98.0
T7	Множественная травма	S02.7, S12.7, S32.7, S22.1, S27.7, S29.7, S31.7, S32.7, S36.7, S39.6, S39.7, S37.7, S42.7, S49.7, T01.1, T01.8, T01.9, T02.0, T02.1, T02.2, T02.3, T02.4, T02.5, T02.6, T02.7, T02.8, T02.9, T04.0, T04.1, T04.2, T04.3, T04.4, T04.8, T04.9, T05.0, T05.1, T05.2, T05.3, T05.4, T05.5, T05.6, T05.8, T05.9, T06.0, T06.1, T06.2, T06.3, T06.4, T06.5, T06.8, T07

Алгоритм формирования группы:



В этом алгоритме T1-T7 коды анатомической области. Комбинация кодов, определяющих полигравму (T1-T6), должна быть из разных анатомических областей.

В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ

В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОШЛО ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Мустапа Сагалаев провел заседание Координационного совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования.

На заседании была заслушана информация о контроле объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС и организации защиты прав застрахованных граждан. Кроме того были представлены результаты экспертизы качества медицинской помощи, социологического опроса и информирования населения. В состав Координационного Совета по организации защиты прав застрахованных граждан входят представители секретариата Правительства Чеченской Республики, Министерства здравоохранения, ТФОМС Чеченской Республики, сотрудники страховых медицинских организаций, руководители лечебно-профилактических учреждений, члены профсоюза работников здравоохранения республики и другие.

Источник: Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики



ВЫПОЛНЯЯ ОТВЕТСТВЕННУЮ И БЛАГОРОДНУЮ МИССИЮ

Тому, что при заботе Главы Чеченской Республики Рамазана Ахматовича Кадырова успешно решаются вопросы охраны здоровья населения республики, мы являемся очевидцами.

Постоянно и вводятся в действие новые больницы и амбулатории, лечебно-профилактические учреждения. Вместе с тем ведется интеллектуальное оснащение их современным оборудованием, а также создаются условия для расширения диагностики и лабораторных исследований. Все больше и больше в медицинскую практику внедряются мировые врачебные достижения, что позволяет на месте пройти обследование и получить необходимый курс лечения. А ежедневным лечением больных заняты высококвалифицированные врачи и средний медицинский персонал.



Среди лечебных учреждений республики, пожалуй, одним из обладающих широким спектром возможностей на сегодня является созданное несколько лет назад «Республиканское лечебно-диагностическое реабилитационное объединение», которое располагается в поселке «Черно-речье» города Грозного. В объединение, кроме лечебно-ди-



агностического учреждения, входит также и курорт «Серноводск-Кавказский», где пациент после полученного на стационаре курса лечения может закрепить здоровье санаторными процедурами.

Центр имеет широкие диагностические возможности. Это лабораторные и клинические исследования в собственной лаборатории, ультразвуковая диагностика любой сложности, все виды эндоскопических исследований, функциональная диагностика, полный спектр рентгенологических исследований, магнитно-резонансная томография, рентген, маммография и другое.

С 2013 года коллективом объединения руководит генеральный директор - главный врач Арсанова Роза Майровна, имеющая хороший опыт работы руководителем, организатором и соответственно практикой врачебной деятельности.

Она врач высшей категории, имеет звание «Отличник здравоохранения ЧР», награждена почетными грамотами Главы и Правительства Чеченской Республики. Ее трудовые заслуги также отмечены грамотами Парламента ЧР и Министерства здравоохранения ЧР.

Роза на «золотую» медаль окончила Ачхой-Мартановскую среднюю школу № 1 и сразу же поступила в Дагестанский медицинский институт (ныне академия). Училась с увлечением, мечтая стать хорошим специалистом в избранной профессии. В 1996 году, успешно окончив институт, вернулась в республику. На базе родильного дома №1 г. Грозного

прошла ординатуру и в данном коллективе начала свою самостоятельную трудовую деятельность. Конечно, молодому, начинающему медицинскую практику доктору достались не лучшие времена. Две военные кампании, разрушенные и разграбленные лечебные учреждения. Оказание помощи больным без соответствующих условий, отсутствие медикаментов, перевязочного материала, не говоря уже о материально-технической базе - все пришлось пережить и преодолеть ей, как и всем медицинским работникам республики того периода. Но это, видимо, только закалило, выработало в ней определенные качества, когда человек, избравший профессию врача, знает, что он не имеет морального права отступать, малодушничать, не отвечать на зов попавшего в беду. И Роза, верная однажды данной клятве Гиппократа, шла, работала, лечила, помогала...

- Все пришлось испытать, - говорит Роза, вспоминая тот период. - Работала на одном энтузиазме. Врачебная этика - оставалась верным своей профессии при любой ситуации, - заставляла нас не отсиживаться, спасая себя, а идти к людям, которые ждали помощи. В настоящее время прошлое пришло в сознание, но вспоминаю те дни без внутреннего сожаления невозможно. И как хорошо, что Глава Республики уделяет большое внимание медицинскому обслуживанию населения, - подчеркнул Роза. Благодаря ему в республике не осталось ни единого села и райцентра, где отсутствовало бы лечебное учреждение. Ежедневно идет их наращивание



и оснащение. На базе наших больниц проводятся уникальные операции. Также создана целая сеть учреждений, где больной может пройти профилактический курс лечения.

– Я с детства мечтала стать врачом. Не знаю, почему и как это было, но больница какой-то силой притягивала к себе. Очень нравилась люди в белых халатах, и манящий запах лекарств не давал сделать иного выбора. Я всегда представляла себя у постели больного, ставшей капельницей или осматривающей пациента. Я считаю, что истинное счастье человека – быть полезным другому – делится она.

Если проследить путь становления Р.М. Арсановой и как врача, и как руководителя, становится очевидным, что к своей нынешней должности она шла постепенно, преодолевая

степень за степенью.

Как было сказано выше, в 1996 году она начинает трудиться в качестве врача акушера-гинеколога в роддоме №1. Ее врачебные способности, грамотность в профессии, чуткость и внимательность к больным, ответственность, требовательность к себе и окружающим, не остались незамеченными руководством данного медицинского учреждения. И в 2008 году ее назначают заместителем главного врача «Республиканского Центра охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадировой».

В этой должности проявились у Розы Майоровны прекрасные организаторские способности: руководить коллективом, оценивать труд каждого врача и медицинской сестры,



наставлять молодых и показывать личный пример, как надо исполнять свои обязанности. Одно дело – быть самой исполнительницей и совсем другое – руководить и добиваться результативности. С этими функциями Роза справлялась прекрасно.

В 2012 году Р.М. Арсанову назначают заместителем генерального директора – главного врача Республиканского лечебно-диагностического реабилитационного объединения, а в 2013 году она возглавила данное объединение.

Рассказывая о работе вверенного ей коллектива, Роза Майорова делится:

– На нас возложена ответственная миссия: оказание медицинской помощи людям по повышению качества их жизни. В своей повседневной деятельности медицинский персонал объединения стремится способствовать улучшению здоровья пациентов, обращающихся за медицинской помощью, предоставляя широкий спектр медицинских услуг и неизменно высокого качества.

– Мы призваны соблюдать баланс целей и интересов в достижении социальной, медицинской и экономической эффективности. Сочетание высокотехнологичных приборов последнего поколения с профессионализмом и интеллектуальным потенциалом наших сотрудников обеспечивает выполнение стоящих перед нами задач, – говорит она.

– РПДРО – это мобильная, динамично развивающаяся медицинская организация, гарантирующая пациентам точность и надежность результатов исследований, ответственность врачей – консультация, диагностика, лечение и реабилитация. Наше объединение – по-настоящему многопрофильная клиника с огромным спектром услуг, в которой и взрослые, и дети могут получить помощь от более чем 50 врачей.

В составе объединения работают консультативно-диагностическое отделение (интопрофильная поликлиника), кабинет стоматологии, отделение лучевой диагностики, клинико-биохимическая лаборатория, стационар на 80 коек.

А также в объединение входит курорт «Сервоводско-Кавказский» – одно из самых популярных лечебно-профилактических учреждений, где пациент, после полученного курса лечения в стационаре, может получить санаторное лечение на самом высоком уровне. Курорт «Сервоводско-Кавказский» – многопрофильное лечебное заведение, оснащенное современными оборудованием и использующее новейшие достижения медицины. На его базе отдыхающие получают уникальную возможность применить опыт лучших врачей для эффективного лечения таких заболеваний как заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой, эндокринной и нервной систем, опорно-двигательного аппарата, органов пищеварения

– В своей работе мы применяем инновационные методы диагностики, лечения и оздоровления, что позволяет добиваться исключительно высоких результатов. – подчеркивала Р. Арсанова.

С теплотой отзывалась Роза Майорова о коллективе – врачах, которые прилагают все свои знания, силы и опыт, стараются провести качественное и всестороннее лечение, добросовестно относятся к своим обязанностям и пользуются заслуженным уважением. Это Руслан Магомедов, первый заместитель генерального директора – главного врача; Маликан Эжиева, заместитель по лечебной работе; заместители Джемил Дарбишева, Эльза Изрипова, Макка Юсупова; ведущие отделения Малика Джамбокова, Зубейда Бугуева, Мадина Хакимова; Мурад Алихужаев, зав. отделением МРТ; Лиля Арсанова, заведующая УЗИ-отделением.

По словам Розы, добросовестно трудятся на своих участках средний и младший медицинский персонал, от слаженной и четкой работы которых во многом зависит весь успех лечения и реабилитации.

В стиле руководства коллективу Розы Майоровны свои методы, и самое главное при этом, как говорит она, что в сознании каждого медицинского работника присутствовало, что он находится на ответственной и очень полезной работе, что от каждого из них в отдельности зависит общий успех и своевременное оказание помощи больному, создание доброжелательной атмосферы, милосердного и теплое отношение к пациенту.

– Здоровый человек никогда не обратится в лечебное учреждение, а, если пришел за помощью, мы обязаны принять, поддержать и вселить надежду, что все изменится к лучшему, – так говорит Роза Майорова, которая на свои хрупкие женские плечи взяла ответственную, тяжелую, но благородную миссию – руководить людьми и добиваться качества результата.

Малика Абалаева



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
(Минздрав ЧР)

ПРИКАЗ

«10» 03 2015г. г. Грозный № 50

Г «О внесении изменений в приказ
Министерства здравоохранения
Чеченской Республики от 22.12.2014г. № 281-Г

В целях повышения эффективности использования коечной сети,

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Внести изменения в Приказ согласно приложению к настоящему приказу. Изменения учитывать с 01.04.2015г;
2. Руководителям медицинских организациях, обозначенных в приложении к данному приказу привести штатные расписания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи;
3. Общему отделу довести настоящий приказ до заинтересованных руководителей медицинских организаций Чеченской Республики, ТФОМС Чеченской Республики, страховой компании «МАКС-М», «МИАЦ МЗ ЧР».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя министра А.А. Магомедова, заместителя министра З.В. Исакову.

Министр

Ш.С. Ахмадов

**Изменения, которые вносятся в приложение к приказу
Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 22.12.2014 года
№281 «Об оптимизации коечного фонда медицинских организаций
Чеченской Республики».**

I. Изложить в следующей редакции пункты:

Пункт 4:

4	ГБУ «Республиканский клинический центр охраны здоровья матери и ребенка им. А. Кадыровой»			
	Акушерство	125		
	Патология беременных (больших сроков)	50		
	Патология беременных (малых сроков)	25		
	Гинекология	25		
	Отд. патологии новорожденных	40		
	В т.ч.реанимация новорожденных	18		
	Итого:	265	0	0

Пункт 47:

47	ГБУ «Шалинская центральная районная больница»			
	Терапия	90		
	Кардиология	10		
	Неврология	10		
	Педиатрия	60		
	Хирургия	40		
	Акушерство	45		
	Патология беременных	30		
	Гинекология	40		
	Итого:	325	30	25

II. Строку «всего по республике» изложить в следующей редакции:

		Круглосуточные койки	При стационаре	Дневные койки	При поликлинике
	Всего по Республике	8745	1015	616	616

Страховой медицинской организации
ЗАО «МАКС-М»

Руководителям медицинских организаций
в сфере обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики

**Совместное информационное письмо Министерства здравоохранения Чеченской Республики и Территориального фонда ОМС Чеченской Республики
«О реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2015 год»**

На основании Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения», в целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» направляется настоящее информационное письмо. При формировании информационного письма учтены рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12. 2014 г. №1-9/10/2-9454 «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», а также письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.12.2014 г. №1-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Чеченской Республике за счет средств ОМС, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются в рамках Территориальной программы ОМС, утвержденной в составе Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

Оплата медицинской помощи (первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, в том числе скорой (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС (в составе территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике) осуществляется в пределах, поступивших на счета Территориального фонда ОМС финансовых средств, предназначенных на финансирование объемов медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС, с учетом уровня, объема и качества оказанной медицинской помощи, на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Объемы медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС на 2015 год с учетом их финансового обеспечения (включая объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемые в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, раздел I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащий, в том числе виды и методы лечения и размер финансового обеспечения) включают в себя объемы предоставления медицинской помощи в других субъектах жителю, застрахованным в Чеченской Республике.

Объемы медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения распределяются медицинским организациям и страховым медицинским организациям. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике (далее - Комиссия) на год с поправочной разбивкой с последующей корректировкой при необходимости, исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи, права выбора медицинской организации и врача с учетом:

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, оказывающей амбулаторную и скорую медицинскую помощь, и показателей объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС, а также показателей потребности медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и с учетом врачебных специальностей в медицинских организациях, не имеющих прикрепленных застрахованных лиц;
- показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных Территориальной программой ОМС по медицинскому страхованию, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Распределение объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, между медицинскими организациями выполняется по числу случаев госпитализаций с учетом их финансового обеспечения без корректировки КСГ ЛКП.

В соответствии с Положением, утвержденным Правилами ОМС (приказ Минздрава России от 28.02.2011 г. № 158н) решением Комиссии от 26.12.2014 г. (протокол № 13) Страховой медицинской организации и медицинским организациям распределены объемы медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения в рамках территориальной программы ОМС 2015 года.

В системе ОМС на территории Чеченской Республики одна страховая медицинская организация в лице филиала СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный, которому распределены следующие объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение в рамках территориальной программы ОМС 2015 года:

- по стационарной помощи 206657 случаев госпитализаций на сумму 4 627 998,9 тыс. руб.,
 - по амбулаторно-поликлиническим и в неотложной форме, а также обращений в переводе в посещения) 7 484 747 на сумму 3 533 062,3 тыс. руб.,
 - по дневным стационарам, всего 641748 пач./дней на сумму 838 700,0 тыс. руб.,
 - по скорой медицинской помощи 395573 вызовов на сумму 498 700,0 тыс. руб.
- Решением Комиссии, указанные выше объемы и их финансовое обеспечение распределены медицинским организациям, включенным в реестр страховых организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Чеченской Республики на 2015 году.

В соответствии с распределенными объемами услуг их финансовое обеспечение страховая медицинская организация заключает договор с Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики, а медицинские организации заключают договорные соглашения со страховой медицинской организацией на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Территориальным фондом ОМС (в части финансирования объемов медицинской помощи, оказываемых медицинскими организациями Чеченской Республики гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации).

Распределение объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения Комиссией выполнено на основе объемов медицинской помощи, утвержденных территориальной программой ОМС на 2015 год, по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, с учетом числа случаев госпитализаций в круглосуточных и дневных стационарах, врачебных специальностей в амбулаторно-поликлинических условиях, с учетом потребности медицинской помощи по данным персонализированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, фактических аналитических показателей деятельности медицинских организаций.

В рамках объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, распределенных Комиссией медицинским организациям с поквартирной разбивкой, установленные месячные объемы и их финансовое обеспечение по видам и условиям оказания медицинской помощи и суммы их финансового обеспечения медицинской организации за основу принимают утвержденные квартальные показатели с учетом проведенных экспертиз.

Следует отметить, что по итогам 2014 года в большинстве медицинских организаций наблюдаются низкие показатели по объемам амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной в профилактических целях (в том числе профосмотры, диспансеризация и диспансерное наблюдение хронических больных), а также неотложной медицинской помощи. В результате слабой организации первичного учета объемов медицинской помощи, оказываемых застрахованному населению в дневных стационарах и амбулаторно-поликлинических условиях, отдельные медицинские организации не запрашивают средства, необходимые для обеспечения потребности заработной платы медицинскими работниками этих организаций.

Объемы медицинской помощи, распределенные медицинским организациям на 2015 год в первую очередь обеспечивают потребности каждой медицинской организации в средствах на оплату труда, в том числе, для достижения целевых индикаторов в рамках требований Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также в средствах на обеспечение медикаментами и перевязочными средствами.

В составе тарифа в финансовых средствах, предназначенных на оплату труда в медицинских организациях предусматриваются денежные выплаты стимулирующего характера:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);
- медицинским сестрам участковым врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и медицинским сестрам общей практики (семейным врачам);

- врачам скорой медицинской помощи;
- врачам скорой медицинской помощи (отделений, подстанций) скорой медицинской помощи (включая старших), фельдшерско-акушерских пунктов (включая заведующих ФАПами);
- медицинским сестрам станций (отделений, подстанций) скорой медицинской помощи (включая старших), фельдшерско-акушерских пунктов, а также патронажным медсестрам.

Денежные выплаты указанным медицинским работникам производится в медицинских организациях с учетом показателей и критериев эффективности деятельности учреждений здравоохранения Чеченской Республики согласно Методическим рекомендациям, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 19.09.2013 № 220 в порядке, предусмотренном Положением об отпуске в системе оплаты труда работников государственных органов, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики, утвержденным постановлением Правительства Чеченской Республики от 03.09.2013 № 222 и начисляются дифференцированно с учетом фактически отработанного времени в отчетном месяце.

Финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, выполненных медицинскими организациями и приняты к оплате страховой медицинской организацией, осуществляется в пределах средств финансирования обеспечения (и не более), установленных для каждой медицинской организации в соответствии с объемами медицинской помощи (по видам и условиям оказания), распределенными на 2015 год решением Комиссии, с учетом корректировок, вносимых в течение года.

Объемы медицинской помощи, оказанные медицинской организацией, исходя из имеющихся мощностей с проведением мероприятий базовой программы ОМС, не являются обязательством Территориального фонда ОМС для финансирования за счет средств ОМС. Не подлежит оплате за счет средств ОМС медицинская помощь гражданам, не подлежащим страхованию в системе ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации. Указанные объемы подлежат финансированию за счет иных источников финансирования.

Оплата специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по законченному случаю лечения производится с применением утвержденных тарифов (стоимости) законченного случая лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний определенных в КСГ/КЛП в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (информационное письмо Министерства здравоохранения РФ от 15.12.2014 г. №1-9/10/2-9454 и письмо Федерального фонда ОМС от 18.12.2014 г. № 6538/21-3/И).

Оплата переванного случая лечения пациента в стационаре и в условиях дневного стационара при нахождении на лечении менее установленной длительности по соответствующей клинико-статистической группе КСГ/КЛП (прежвременная выписка, перевод в другую медицинскую организацию, летальный исход) осуществляется за фактическое количество проведенных пациентом койко-дней. Расчет стоимости переванного случая лечения осуществляется путем деления тарифа законченного случая лечения заболевания на установленную

длительность лечения по соответствующей КСГ/КПГ и произведением полученного результата на количество, фактически проведенных пациентом койко-дней в стационаре или дневном стационаре.

Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях производится в посещениях, осуществляемых с профилактической целью и неотложной форме, а также в обращениях по поводу заболеваний. При этом одно обращение включает не менее 2-х посещений (в отдельных случаях при оказании стоматологической помощи обращение может включать менее 2-х посещений, когда цель обращения достигнута).

Учет и оплата стоматологической помощи осуществляется в УЕТ. Для перевода объемов стоматологической помощи в посещения применяется коэффициент перевода 0,25 (например: 100 УЕТ равно 25 посещениям).

Учет объемов скорой медицинской помощи осуществляется по вызовам. Оплата объемов скорой медицинской помощи осуществляется по подушевому нормативу на 1 застрахованное лицо в сочетании с оплатой за вызов.

По мероприятиям амбулаторно-поликлинической помощи

Объемы медицинской помощи, выполняемые медицинскими организациями в рамках мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профосмотров несовершеннолетних детей, а также посещения в неотложной форме и обращения по поводу заболевания, учитываются в общем объеме посещения амбулаторно-поликлинической помощи.

Мероприятия по диспансеризации определенных групп взрослого населения медицинскими организациями выполняются в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», а также приказа Министерства здравоохранения Чеченской Республики от 12.03.2014 г. № 53 «О проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В соответствии с указанными приказами № 1006н и № 53 мероприятия по диспансеризации определенных групп взрослого населения выполняются в два этапа. Первый этап включает в себя осмотр врачами-специалистами, исследования и иные мероприятия, проводимые у мужчин и женщин в определенной возрастной период. Второй этап включает индивидуальное дополнительное обследование и уточнение диагноза заболевания, проведение при необходимости углубленных профилактических консультирований.

Оплата первого этапа диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом дифференциации по полу и возрасту. Оплата второго этапа осуществляется по посещениям конкретному специалисту (в соответствии с письмом Федерального фонда от 01.04.2013 г. № 2903/30-1/и), учитываемому объему исследований. В целях организации персонализированного учета каждого случая по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профосмотров несовершеннолетних детей медицинскими организациями направляет в СМО отдельные реестры счетов, включающий первый и второй этапы, и счет за проведенную диспансеризацию.

Указанные мероприятия медицинские организации выполняют в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ и Министерства здравоохранения ЧР по соответствующим направлениям:

- от 15.02.2013 г. № 72н и от 12.02.2014 г. № 48 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных условиях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

- от 11.04.2013 г. № 216н и от 12.02.2014 г. № 49 «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

- от 06.12.2012 г. № 1011н и от 06.03.2014 г. № 76 «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

- от 21.12.2012 г. № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (Минздрава России);

- от 21.12.2012 г. № 1346н и от 12.02.2014 г. № 47 «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинскими осмотрами, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

Страховые медицинские организации осуществляют оплату счетов с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, осуществляемого в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС».

В целях осуществления мониторинга мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации населения, медицинские организации представляют ежеквартальную информацию в Министерство здравоохранения Чеченской Республики и Территориальный фонд ОМС Чеченской Республики в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС, доводимыми до ИС.

В реестрах счетов, направляемых в СМО медицинские организации не должны допускать случаев дублирования граждан, прошедших диспансеризацию в предыдущие периоды, а также граждан, прошедших в обычном порядке профосмотры. Случаи, включенные в реестры по диспансеризации населения, не могут повторно включаться в основной реестр амбулаторной медицинской помощи.

Межтерриториальные взаиморасчеты

Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной медицинскими организациями инородными гражданам (застрахованным в других субъектах РФ) в рамках утвержденной программы ОМС, производится ТФОМС Чеченской Республики по тарифам действующим в системе ОМС Чеченской Республики на дату окончания лечения.

Медицинская организация до 10-го числа месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС Чеченской Республики счет с приложением реестра счетов по пролеченным инородным гражданам для последующей оплаты.

ТФОМС Чеченской Республики при условии полноты и правильности оформления документов, предоставляет оплату оказанной медицинской организацией, в течение месяца, следующего за днем представления счета реестра, производит оплату оказанной медицинской

помощи (медицинских услуг).

Медицинская помощь, оказанная инородным гражданам, не входящая в базовую программу обязательного медицинского страхования, оплата за счет средств ОМС не подлежит.

С целью компенсации затрат за оказанную инородным гражданам медицинскую помощь (медицинских услуг), в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС на территории Чеченской Республики, ТФОМС Чеченской Республики ежеквартально формирует и представляет к оплате счета и реестры счетов в территориальные фонды ОМС субъектов Российской Федерации.

ТФОМС Чеченской Республики оплату медицинским организациям за медицинскую помощь, оказанную инородным гражданам, возмещает с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а так же с учетом, полученных от территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации мотивированных отказов в оплате позиций счетов реестров.

Полученные от ТФОМС Чеченской Республики средства, за медицинскую помощь, оказанную инородным гражданам, медицинские организации расходуют в соответствии с проводимой структурой.

Финансовые расчеты между ТФОМС Чеченской Республики и территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации осуществляются в соответствии с Правилами, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н, в рамках межтерриториально-альных взаиморасчетов.

Реестры за оказанную медицинскую помощь формируются в медицинских организациях с 26-го числа предыдущего месяца по 25-ое число включительно отчетного месяца(текущего).

Медицинские организации не вправе предоставлять в страховую медицинскую организацию объемы по видам и условиям оказания медицинской помощи, превышающие месячный размер финансового обеспечения (принятый из расчета 1/3 квартального, установленного решением Комиссии).

В случае предоставления медицинской организацией в СМО месячных объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения не в полном объеме (то есть меньше установленных Комиссией в расчете на месяц), ответственность за выплату заработной платы медицинским работникам (с учетом достижения целевых индикаторов в рамках Указа Президента РФ № 597), а также по обеспечению других обязательных платежей (расходов) в полном объеме несет руководитель медицинской организации.

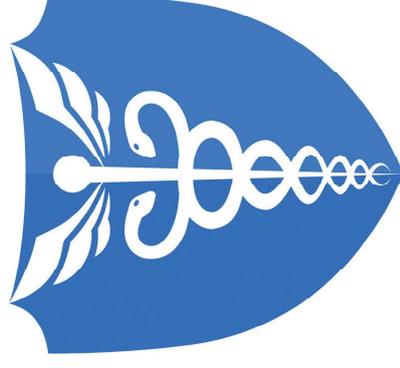
Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности и договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

При наличии финансовых возможностей в бюджете Территориального фонда ОМС Чеченской Республики медицинские организации по согласованию с Территориальным фондом ОМС могут повторно предоставлять на оплату в СМО, ранее отклоненные от оплаты объемы медицинской помощи в установленном порядке.

К настоящему информационному письму прилагаются:

- приложение 1 по способам оплаты медицинской помощи и финансовому обеспечению объемов МО;

- приложение 2 - состав структуры тарифа по видам и условиям оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций в рамках объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, распределенных Комиссией на 2015 год.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:
Д.Ш. Абуллизов, директор ТООМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:
С.М. Эдиев, начальник отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

Главный редактор:
М.А. Сагитаев, первый заместитель директора ТООМС 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:

Э.А. Сулейманов, советник Главы Чеченской Республики по здравоохранению, главный врач ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС
П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТООМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТООМС Чеченской Республики

А.Ш. Тапаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный

А.Х. Хасуева, начальник финансово-экономического управления ТООМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, начальник управления организации ОМС ТООМС Чеченской Республики

А.А. Таимасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТООМС Чеченской Республики

С.А. Мстаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Этгендиева

К.С. Мехкидов, главный врач ГБУ «Республиканская детская клиническая больница»

О.А. Воронцова, заведующая редакцией журнала «ОМС в РФ»

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Колту»-Мурда»
Журнал издается ООО «Рубикон-М».

Номер подписки в печать: 29.06.2015 г. Тираж 10000 экз.

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» обязательна.

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2015.

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