



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО:

«Издание журнала будет способствовать повышению информированности участников системы ОМС Чечни»

Д.Ш. АБДУЛАЗИЗОВ:

«Медицинская помощь должна быть качественной и доступной»

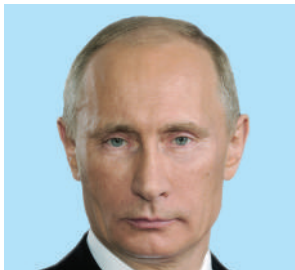
С.К. ЯХИХАДЖИЕВ:

«ОМС – это кровеносная система современной медицины»

М.В. ПИРОГОВ:

«Клинико-статистические группы болезней: мифы и реальность»





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

Президент Российской Федерации
В.В. ПУТИН



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

Председатель Правительства Российской Федерации
Д.А. МЕДВЕДЕВ



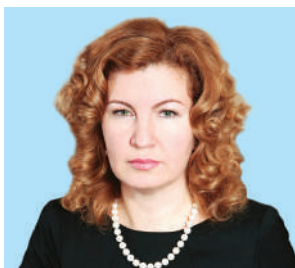
«Обязательное медицинское страхование – залог финансовой устойчивости и стабильности здравоохранения Российской Федерации»

Глава Чеченской Республики
Р.А. КАДЫРОВ



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

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. СКВОРЦОВА



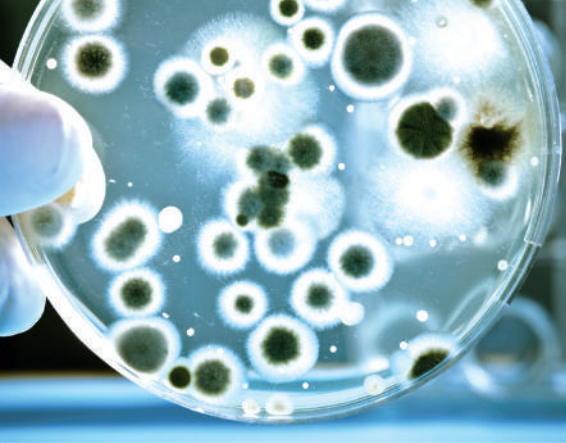
«Принципиальной задачей системы здравоохранения является обеспечение возможности получить достойную медицинскую помощь своевременно и качественно. Значительную роль в этом процессе играют фонды ОМС, являясь гарантом реализации прав граждан на обеспечение доступной и качественной медицинской помощи»

Председатель ФОМС
Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



СОДЕРЖАНИЕ:

Наталья Стадченко,
Председатель ФОМС

6

Шахид Ахмадов,
министр здравоохранения
Чеченской Республики

7

Денилбек Абдулазизов,
директор ТФОМС
Чеченской Республики

7

Э.А. Алиев.
**Обязательное медицинское
страхование в Российской
Федерации**

8

Д.Ш. Абдулазизов,
**«Медицинская помощь
должна быть качественной и
доступной»**

15

С.Г. Кравчук:
**«Работающие в ОМС
клиники не могут отказать в
бесплатной помощи»**

18

М.В. Пирогов.
**«Апрельские тезисы»
российского (регионального)
здравоохранения**

21

М.А. Сагалаев.
**Основные методические
подходы реализации
территориальной программы
ОМС медицинскими
организациями в 2014 году**

32

З.Х. Дадаева.
**«Отраслевая система оплаты
труда позволяет справедливо
оценить работу каждого
сотрудника»**

40

С.К. Яхиаджиев:
**«ОМС - это «кровообращение»
современной медицины»**

42

З.Ш. Баудинова
**О необходимости
формирования концепции
постоянного повышения
качества медицинской
помощи**

46

М.В. Пирогов.
**Клинико-статистические
группы болезней: мифы и
реальность**

48



А.Г. Сердюков, А.Ш. Тапаев.
Роль страховой
медицинской организации в
информировании населения
об ОМС

63

Т.А. Гайрбеков:
«Тарифное соглашение - баланс
объемов медицинской помощи
и финансовых средств в
системе ОМС

68

У.А. Магомадов.
«Информационное
обеспечение системы ОМС
Чеченской Республики. Итоги
и перспективы»

78

Пример энтузиазма и
самоотдачи

82

А.Х. Хасуева.
«Страховая скорая – и
быстрее, и эффективнее»

85

В ТФОМС Чеченской
Республики прошло
расширенное совещание

88

Состоялось заседание
Координационного Совета по
обеспечению и защите прав
граждан в системе ОМС

89

В Чеченской Республике идет
реализация Территориальной
Программы

91

В Чеченской Республике
принято тарифное соглашение
в системе ОМС

93

В ТФОМС Чеченской
Республики говорили об
объемах медицинской помощи

95

Э.А. Ашаганова.
О роли обязательного
медицинского страхования

96

ОФИЦИАЛЬНО



Уважаемые жители Чеченской Республики!

НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО,*Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования*

В прошедшем году системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации исполнилось 20 лет. За годы становления система ОМС выработала новые формы работы - практически с нуля созданы новые механизмы финансирования медицинской помощи, построена информационная система, накоплен большой опыт в создании четкой и эффективной системы персонифицированного учета застрахованных лиц и оказанных медицинских услуг, созданы механизмы контроля качества медицинской помощи и рационального использования средств обязательного медицинского страхования.

За 20 лет выросли объемы финансирования здравоохранения. Именно это позволило здравоохранению не только выжить в сложной экономической ситуации, сохранив бесплатность медицинской помощи для россиян, но и набрать темпы для дальнейшего развития, укрепить финансовую базу медицинских учреждений, повысить роль экономических регуляторов при оказании медицинских услуг.

За время своего развития обязательное медицинское страхование превратилось в действенную государственную систему, стоящую на страже здоровья населения. Сегодня невозможно представить здравоохранение без эффективной работы системы обязательного медицинского страхования, роль которого в последние несколько лет значительно возросла.

Большая роль в реализации поставленных задач возлагается на медицинские организации, работающие в системе ОМС. Стоящие перед ними задачи, безусловно, требуют ответственности, профессионализма, самоотдачи и, самое главное, - правовой грамотности от всех специалистов, работающих в системе. Руководство Федерального фонда обязательного медицинского страхования всегда отмечает, что в Чеченской Республике уделяется большое внимание вопросам информирования граждан и медицинских работников о системе ОМС. Издание регионального журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», который будет способствовать повышению правовой грамотности участников системы ОМС Чеченской Республики, является еще одним доказательством этого. Выражаю уверенность в том, что реализация данного проекта, несомненно, послужит повышению информированности участников системы ОМС, а также поможет в решении многих возникающих вопросов.

Руководство Федерального фонда обязательного медицинского страхования поздравляет редакцию журнала с выходом первого номера и желает коллективу издания успехов в дальнейшей работе.

Уважаемые коллеги!



ШАХИД АХМАДОВ,

Министр здравоохранения, председатель Правления ТФОМС Чеченской Республики

Развитие и укрепление отечественного здравоохранения сегодня является приоритетной задачей государства. Успешное развитие страны и ее субъектов неосуществимо без налаженной грамотной системы оказания медицинской помощи ее гражданам, а от здоровья каждого отдельного человека зависит и здоровье всей нации. Вопросам организации медицинской помощи населению, развитию законодательства в сфере охраны здоровья, а также профилактике заболеваний придается первостепенное значение.

В этой связи считаю очень актуальным выход научно-практического журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской

Республике», который станет методическим пособием для лечебно – профилактических учреждений, осуществляющих свою деятельность в системе ОМС Чеченской Республики. Уверен, что журнал, в первую очередь, станет путеводителем в вопросах обязательного медицинского страхования, став источником информации обо всех нововведениях в сфере здравоохранения.

В свою очередь хочу выразить благодарность учредителям за создание дополнительного источника правового информирования в системе здравоохранения региона.

Уважаемые читатели!



Система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в последние годы прочно встала на рельсы социального развития нашего региона.

Благодаря эффективной политике Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова, региональная система здравоохранения вступила в новую фазу развития. Существенная роль в этом процессе отводится Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Большое внимание в работе Фонда уделяется информированию субъектов и участников системы ОМС обо всех нововведениях в сфере здравоохранения.

В связи с этим в Чеченской Республике начато издание профессионального научно-практического журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», который станет методическим пособием в вопросах обязательного медицинского страхования.

Журнал посвящен вопросам функционирования системы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, деятельности Федерального фонда ОМС и ТФОМС Чеченской Республики, субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования.

В журнале будут публиковаться необходимые для применения в работе медицинской организации, работающей в системе ОМС, Федеральные и региональные законы и нормативно-правовые акты, постановления Правительства РФ и Чеченской Республики, приказы Министерства здравоохранения России, Министерства здравоохранения Чеченской Республики, Федерального фонда ОМС, ТФОМС Чеченской Республики, методические рекомендации к ним, научные и практические статьи, обзоры литературы, интервью с ведущими специалистами в области системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования, новости с информацией о проводимых мероприятиях.

Уверен, что данное издание станет информационно-правовым ресурсом и одновременно площадкой для обсуждения актуальных вопросов функционирования системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения Чеченской Республики в целом.

Хочу поздравить коллектив издания с выходом первого номера и пожелать удачи, плодотворной и успешной работы!

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ,

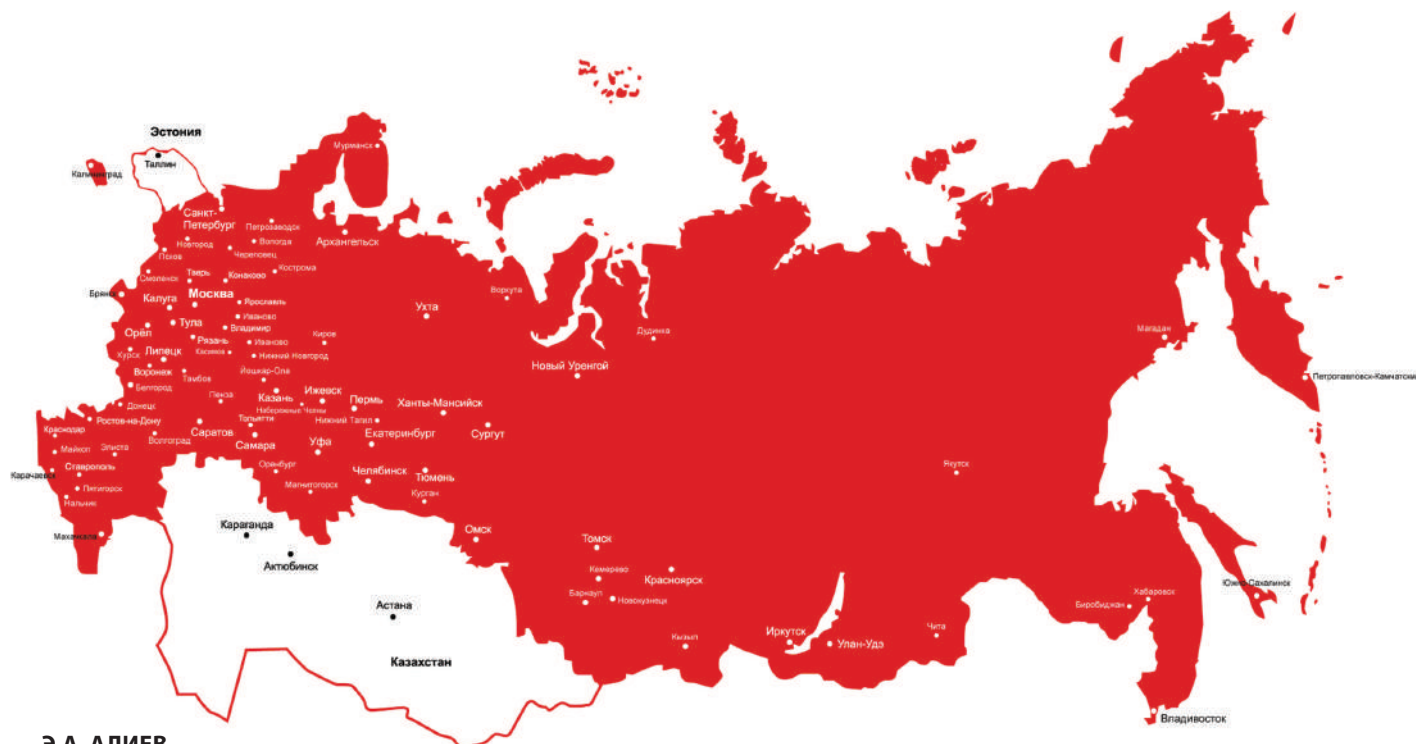
Директор ТФОМС Чеченской Республики

ИСТОРИЯ

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации

Создание системы обязательного медицинского страхования в современной России совпало с началом глобального реформирования политических и экономических институтов государства, формирования рыночной экономики.

Концептуальные основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и его организационная модель были сформулированы в принятом в 1991 году Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».



Э.А. АЛИЕВ

История возникновения и развития медицинского страхования, как и всего страхового дела, тесно связана с историей общественного развития, в частности, с появлением капитализма на рубеже XVI-XVIII вв. Зарождение промышленности, бурный рост торговли и мореплавания способствовали появлению новых форм сохранения и упрочения капитала, в том числе, и за счет страхования имущества. Так появились первые страховые товарищества, которые наряду

с банками и биржами стали неотъемлемой частью новой общественно-экономической формации.

Начиналось социальное страхование с наиболее простых его видов — страхования жизни и от несчастных случаев, которыми занимались небольшие частные страховые компании. По мере того, как крепла и развивалась промышленность, появлялись крупные предприятия, фабрики, в процесс страхования вовлекались все более широкие

слои населения, а основным объектом страхования становились здоровье и способность к труду. Стремясь обеспечить себя и свою семью в случае утраты трудоспособности по болезни или инвалидности, рабочие создавали общества взаимопомощи, «братства» и другие ассоциации, в которые сами производили страховые отчисления. В таком виде социальная защита рабочих в странах Европы существовала в течение XVIII-XIX веков. Например, в Германии такая структура



сохранилась до сих пор в виде страховых фондов по профессии. Небольшие фонды в каждом городе сливались в более крупные и устойчивые.

Медицинское страхование в России, по мнению некоторых экспертов, начало свое существование еще в 1894 году. В этом году было издано положение о Земских учреждениях, на которые была возложена обязанность попечения о народном здоровье. До этого времени врачебная помощь существовала только исключительно в городах. Крестьяне видели врачей крайне редко лишь при рекрутских наборах или при выездах на вскрытие. Позже регулярно стали проводиться съезды земских врачей. Первый съезд такого рода был проведен в Твери, затем в Самаре и Рязани.

Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 году в Санкт-Петербурге. С течением времени забота врачей о здоровье населения стала выходить на первый план. В 1912-1914 гг. начали создавать больничные кассы, которые представляли собой систему медицинских мероприятий, направленных на предупреждение и лечение заболеваний.

Необходимо отметить, что родоначальницей больничных касс по праву считается Германия, где они образовались еще за 30 лет до появления первых касс в России, а немецкий *das Krankenversicherungsgesetz* (Закон о медицинском страховании) стал образцом для подготовки Закона о социальном страховании рабочих на случай болезни, принятого III Государственной Думой 23 июня 1912 года в России.

Итак, за 1912 год в качестве опыта удалось открыть приблизительно 8 больничных касс в Санкт-Петербурге. Говоря современным языком, это были своего рода первые территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

Создание системы обязательного медицинского страхования в современной России совпало с началом глобального реформирования политических и экономических институтов государства, формирования рыночной экономики.

Концептуальные основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации и его организационная модель были сформулированы в принятом в 1991 году Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

С 1 января 2011 года вступил в силу уже новый закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», регулирующий обязательное медицинское страхование в России.

Цель нового закона - усилить гарантии прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Новый закон определяет принципы обязательного медицинского страхования. Это, в частности, всеобщий характер, доступность и качество медицинской помощи, автономность финансовой системы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, закрепляются правовой статус участников обязательного медицинского страхования и механизм их взаимодействия, полномочия государственных органов в этой сфере.

Центральным элементом правового регулирования нового закона является гражданин, обладающий страховым медицинским полисом.

Закон наделяет застрахованного гражданина следующими правами на:

1) бесплатное оказание ему медицинской помощи медицинскими организа-

циями при наступлении страхового случая:

а) на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования;

2) выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

3) замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации;

5) выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

6) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;

7) защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского стра-



хования.

Однако условием, при котором гражданин может быть полноценным участником обязательного медицинского страхования, является соблюдение установленных законодательством обязанностей.

Итак, застрахованный гражданин обязан:

1) предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) подать в страховую медицинскую

организацию лично или через своего представителя заявление о выборе страховой медицинской организации в соответствии с правилами обязательного медицинского страхования;

3) уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

4) осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае изменения места жительства и отсутствия



страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

Для выбора или замены страховой медицинской организации гражданин лично или через своего представителя обращается в выбранную им страховую медицинскую организацию с заявлением о выборе или замене этой страховой медицинской организации.

На основании указанного заявления застрахованному лицу или его представителю страховой медицинской организацией выдается полис обязательного медицинского страхования.

Полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации.

Право гражданина на получение бесплатной медицинской помощи обеспечивается обязанностью медицинской организации оказать ее застрахованному лицу.

Медицинские организации обязаны:

1) бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;

2) вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

3) предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи;

4) предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

5) использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

6) размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;

8) выполнять иные обязанности.

Помимо обязанностей, медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования наделены следующими правами:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территори-

Центральным элементом правового регулирования нового закона является гражданин, обладающий страховым медицинским полисом.



ального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Право медицинской организации на получение средств за оказанную медицинскую помощь обеспечивается финансовыми средствами страховой медицинской организации.

Обязанностями страховой медицинской организации по новому закону являются:

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых

средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

7) сбор, обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанно-

стях застрахованных лиц;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и представление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответ-

ственности за ненадлежащее исполнение условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора.

Вместе с тем страховая медицинская организация наделена по новому закону следующими правами:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи.

Взаимоотношения страховой медицинской организации в рамках нового закона складываются не только с лечебно-профилактическими учреждениями, но и с территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд:

1) участвует в разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и определении тарифов на оплату медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

2) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Федеральным фондом;

3) получает от органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;

4) осуществляет администрирование доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, регистрирует и снимает с регистрационного учета страхователей для неработающих граждан;

5) начисляет в соответствии со статьей 25 настоящего Федерального закона недоимку по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, штрафы и пени и взыскивает их со страхователей для неработающих граждан в порядке, аналогичном порядку, установленному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»;

6) утверждает для страховых медицинских организаций дифференцированные подушевые нормативы в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

7) предъявляет в интересах застрахованного лица требования к страхователю, страховой медицинской организации и медицинской организации, в том числе в судебном порядке, связанные с защитой его прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования;

8) обеспечивает права граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;

9) ведет территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

10) вправе предъявлять претензии и (или) иски к медицинской организации о возмещении имущественного или морального вреда, причиненного застрахованному лицу;

11) вправе предъявлять иск к юридическим или физическим лицам, ответственным за причинение вреда здоровью застрахованного лица, в целях возмещения расходов в пределах суммы, затраченной на оказание медицинской помощи застрахованному лицу;

12) осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организа-



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ФОМС)

— один из государственных внебюджетных фондов, созданный для финансирования медицинского обслуживания граждан России. Создан 24 февраля 1993 года постановлением Верховного Совета РФ № 4543-1.

Среди основных функций фонда:

- выравнивание условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по обеспечению финансирования программ обязательного медицинского страхования;
- финансирование целевых программ в рамках обязательного медицинского страхования;
- контроль за целевым использованием финансовых средств системы обязательного медицинского страхования.



циями, в том числе проводит проверки и ревизии;

13) собирает и обрабатывает данные персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и персонализированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации;

14) ведет реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

15) ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

16) ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц;

17) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

18) осуществляет подготовку и переподготовку кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского

страхования.

На территории каждого субъекта Российской Федерации функционирует свой территориальный фонд обязательного медицинского страхования. В своей деятельности территориальные фонды независимы друг от друга. Государственным органом, координирующим и направляющим деятельность территориальных фондов, является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Среди субъектов обязательного медицинского страхования Федеральный фонд определен как самостоятельный субъект, выполняющий по сути роль страховщика. В этой связи территориальные фонды и страховые медицинские организации выполняют только часть функций Федерального фонда, делегированных законом.

Органами управления Федерального фонда являются правление Федерального фонда и председатель Федерального фонда.

В статье 41 Конституции Российской Федерации сказано, что медицинская помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страхо-

вых взносов, других поступлений.

Таким образом, мы вынуждены признать тот факт, что медицинская помощь не может быть бесплатной в принципе, а за любую медицинскую услугу кто-то должен заплатить.

И как было сказано выше, одним из источников финансирования бесплатной медицинской помощи являются страховые взносы.

Плательщиками страховых взносов являются страхователи, обладающие по закону самостоятельным статусом.

Закон определяет страхователей двух видов – для работающих граждан и для неработающих граждан.

Страхователями для работающих граждан определены, если говорить условно, работодатели и лица, обеспечивающие себя работой самостоятельно.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

При этом страхователь обязан:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) своевременно и в полном объеме осуществлять уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Специалисты в области обязательного медицинского страхования однозначно сходятся во мнении о том, что пациент и врач находятся в неравном положении в части информированности об оказанной медицинской услуги.

Действительно, не каждый пациент может быть специалистом в столь специфичной области знаний, какой является медицина, для того чтобы дать адекватную оценку, оказанной медицинской помощи. Из этого следует вывод, что основная часть пациентов находится в уязвимом положении.

Для того чтобы исправить эту ситуацию, закон «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» устанавливает несколько видов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями.

Медицинская помощь должна быть качественной и доступной

ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ,
Директор ТФОМС Чеченской Республики

Возрастающая благодаря средствам массовой информации осведомленность граждан о положении дел в здравоохранении, масштабные проекты по его развитию существенно повысили активность населения в отстаивании права на доступную и качественную медицинскую помощь.

Право на охрану здоровья - одно из важнейших социальных прав человека и гражданина в силу того, что здоровье является высшим неотчуждаемым благом человека, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. Здравоохранение - это одна из сфер жизни, где должно присутствовать государственное вмешательство, регулирование и финансирование. Наше государство, заботясь о здоровье своих граждан, ввело обязательное медицинское страхование. Это составная часть системы государственного социального страхования, обеспечивающая нам, гражданам, равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, которая предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования.

Возрастающая благодаря средствам массовой информации осведомленность граждан о положении дел в здравоохранении, масштабные проекты по его развитию существенно повысили активность населения в отстаивании права на доступную и качественную медицинскую помощь. Существующее в сфере здравоохранения законодательство позволяет гражданину в достаточной мере защитить свои права на



своевременную медицинскую помощь надлежащего качества в различных формах.

Медицинская помощь – важнейшее элементарное благо, доступность которого в силу предписаний Конституции Российской Федерации должна быть обеспечена с помощью всех имеющихся в обществе средств и государственных механизмов. Ввиду этого наибольшую значимость и эффективность приобретают административные и иные пуб-

лично-правовые средства регулирования. Это приводит к обязательности участия в страховании страхователей и застрахованных, к установлению государством перечня страхуемых рисков, фиксированных ставок отчислений и так далее.

Одним из принципов обязательного медицинского страхования является принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках



программ обязательного медицинского страхования, который предполагает целую систему действий государства и иных субъектов, причем значительная часть этих действий не сводится к системе обязательного медицинского страхования. Применительно к категории «доступность» следует указать, что существуют отдельные группы населения (инвалиды, пожилые люди, лица, лишенные свободы, и так далее), которым нельзя отказать в пользовании определенными услугами, более того, задача государства обеспечить обязательный доступ к ним. И такое социальное благо, как медицинская помощь, должно быть доступно для всех. Можно выделить несколько параметров доступности услуг в области здравоохранения.

Географическая доступность обозначает, что каждый человек может обратиться к врачу в пределах границ своего населенного пункта либо в течение разумного времени передвижения до медицинского учреждения с учетом доступных транспортных средств. Во многих нормативных актах речь идет именно о транспортной доступности, хотя более правильно считать, что

транспортная доступность – понятие более узкое, чем географическая доступность.

Существует множество различных способов организации процесса предоставления медицинских услуг. В одних странах предпочтение отдается небольшому числу очень крупных учреждений, в других – мелким учреждениям, более плотно распределенным по территории государства. Государство само выбирает оптимальную модель с учетом географических, экономических, социальных и иных особенностей, поскольку однозначно четкой зависимости между размером медицинских учреждений, плотностью их распределения по территории и эффективностью деятельности пока не выявлено. Однако для граждан важно, чтобы лечебно-профилактические учреждения (особенно скорой и первичной помощи) располагались как можно ближе к месту жительства тех, кого они призваны обслуживать.

Экономическая доступность подразумевает, что человек может оплатить необходимое ему лечение и приобретение лекарств, а те, у кого нет

достаточных средств, получают необходимую материальную поддержку от государства. Что касается экономической доступности бесплатных для граждан медицинских услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, то сам бесплатный характер оказания этой помощи есть гарантия ее доступности для всех граждан независимо от доходов, пола, возраста и иных характеристик.

Культурная доступность услуг системы здравоохранения означает, что политика в области здравоохранения должна проводиться таким образом, чтобы уважались культурные традиции людей. В отдельных случаях необходима целенаправленная деятельность государственных органов по изменению сложившихся стереотипов, негативно сказывающихся на здоровье граждан (например, нежелание прибегать к услугам психологов). Одним из элементов, определяющих данный аспект доступности услуг, является языковая доступность. В Российской Федерации гарантируется возможность получения публичных услуг для всех граждан независимо от того языка, на котором они



говорят.

Культурный аспект доступности медицинских услуг связан и с таким, казалось бы, субъективным фактором, как пол врача. Имеются зарубежные исследования, показывающие, что при получении определенных групп медицинских услуг пациенты предпочитают обращаться к медицинским работникам одного с ними пола.

Организационные аспекты доступности медицинских услуг связаны с обязанностью государства создать надлежащую и общедоступную государственную систему охраны здоровья, позволяющую оказывать необходимую медицинскую помощь всему населению и обеспечивающую профилактику и диагностику болезней и так далее. Значительное количество полномочий по организации медицинской помощи возложено на органы исполнительной власти федерального и регионального уровня.

Социальная доступность медицинских услуг как особый аспект доступности может быть выделена исходя из социальной стратификации общества и признания особенностей

физических возможностей каждой из общественных групп воспользоваться медицинскими и связанными с ними услугами. Речь идет о том, что ряд категорий граждан (например, лица пожилого возраста, дети, заключенные) могут воспользоваться медицинскими услугами либо при помощи иных лиц или служб, либо в особых условиях.

В современном мире социальное страхование выступает как важнейшее средство обеспечения прав каждого на социальную защиту, и участие в системе обязательного медицинского страхования означает возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого и дорогостоящему социальному благу, как медицинская помощь в рамках национальной системы здравоохранения. Российская Федерация признает не только право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, но и право на участие в системе социального страхования.

Медицинская деятельность в широком понимании, как вид профессионального занятия, относится к рискованной деятельности. Это связано со сложно-

стью ее природы, многочисленными формами заболеваний и их сочетаний, быстротой и непредсказуемостью патологических процессов, несовершенством человеческих возможностей и знаний в управлении и прогнозировании течения заболеваний, высокой долей «человеческого фактора» в оценке и принятии решений, а также высокой социальной значимостью для общества всего, что связано с понятием «здоровье».

ИНТЕРВЬЮ

Работающие в ОМС клиники не могут отказать в бесплатной помощи

С.Г. КРАВЧУК,

начальник управления организации ОМС ФОМС



РИА НОВОСТИ

На какую бесплатную помощь можно рассчитывать в частной клинике и куда жаловаться, если гражданину отказали в приеме по полису, в интервью РИА Новости рассказала начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук.

Более 1,7 тысячи негосударственных медицинских организаций в России в 2014 году будут принимать пациентов по полисам обязательного медицинского страхования (ОМС). На какую бесплатную помощь можно рассчитывать в частной клинике и куда жаловаться, если гражданину отказали в приеме по полису, в интервью корреспонденту РИА Новости Людмиле Бескоровой рассказала начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук.

— Светлана Георгиевна, какой процент частных клиник на данный момент подключился к оказанию помощи по полису ОМС?

— Отмечается значительное изменение количества негосударственных медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования. В 2010 году только 618 организаций негосударственной формы собственности работали в системе ОМС по всей стране. На 2014 год подали заявки уже более 1,7 тысячи компаний. Если в 2010 году их доля составляла порядка 7,6% в структуре медицинских организаций, то уже в 2014 году она вырастает до 19%. Эти организации расположены практически во всех регионах России, безусловно, в Москве и Санкт-Петербурге их



больше.

— То есть можно предположить, что все больше частных медцентров будет включаться в систему ОМС?

— В условиях сегодняшнего финансирования, я думаю, да. Кроме того, в системе ОМС достаточно четкие, понятные, прозрачные требования к медицинским организациям, выстроено взаимодействие медицинских организаций со страховыми медицинскими

компаниями. Порядок включения частных медицинских организаций в систему ОМС осуществляется на основе уведомления. Если клиника, независимо от формы собственности, имеет лицензию на медицинскую деятельность, она имеет право подать уведомление в территориальный фонд и он не может отказать ей в участии в системе ОМС.

— У населения пользуются спросом частные клиники, принимающие по полису ОМС?

— Я не думаю, что у населения есть какое-то недоверие. Все эти организации оказывают медицинскую помощь на основании лицензии, право на эту деятельность у них существует. Кроме того, раз они работают в системе ОМС, к ним применяются такие же требования, как и к организациям государственной формы собственности. Это и проверки, и контроль качества и сроков оказания медицинской помощи. У пациентов в этом случае есть все права, которые имеют застрахованные лица при получении медицинской помощи в государственных организациях по территориальным программам обязательного медицинского страхования. Они так же могут обратиться в свою страховую компанию за разъяснениями и защитой в случае нарушения их прав.

Следует учитывать, что частные медицинские организации, входя в си-



стему ОМС, как правило, оказывают амбулаторную, то есть поликлиническую медицинскую помощь: проводят диагностические исследования, консультации, предлагают стоматологические услуги.

Рост количества негосударственных медицинских организаций и их доли в оплате за оказанную медицинскую помощь позволяют сделать вывод, что они достаточно привлекательны для населения.

— К этим медучреждениям можно так же прикрепиться по полису, как к своей городской поликлинике?

— Если в медицинской организации есть участковая служба и она готова прикреплять население, застрахованные вправе выбрать эту организацию для получения первичной

медико-санитарной помощи. Но, как я уже сказала, в основном они проводят диагностические исследования и оказывают консультативную медицинскую помощь, ведут прием «узкими» специалистами: офтальмологами, неврологами, аллергологами, стоматологами и другими.

Несмотря на то, в какой страховой компании человеку выдан полис, он может обратиться в любую участвующую в территориальной программе ОМС негосударственную медицинскую организацию и получить помощь.

Даже если человек является жителем одного региона, а приехал в другой, он может с острой формой заболевания обратиться в частную клинику, работающую по территориальной программе ОМС, со своим полисом. Но

если он приехал в отпуск, например, из Волгограда в Москву, и решил получить плановую специализированную помощь в стационаре, это можно сделать только по направлению врача медицинской организации, которую он выбрал для прикрепления.

Медицинская помощь застрахованным лицам должна быть оказана медицинской организацией бесплатно, оплатит ее страховая медицинская организация или территориальный фонд ОМС.

— Куда жаловаться человеку, если ему отказали в частной клинике в помощи по полису ОМС, но эта организация входит в программу госгарантий?

— В первую очередь, в администрацию этой медицинской организации,

чтобы сразу разобраться в ситуации. Если же администрация не реагирует или человек не хочет туда обращаться, он может связаться со страховой компанией, в которой он застрахован. На обороте полиса всегда есть телефон этой компании.

Вся информация о входящих в территориальную программу медицинских организациях должна быть размещена на сайте органов исполнительной власти региона.

В любом случае, если человек приходит в медорганизацию, он должен уточнить, работает ли она в системе ОМС. Если есть сомнения, можно заранее позвонить и уточнить в страховой медицинской компании, территориальном фонде ОМС, органе управления здравоохранения региона.

Есть второй момент. Когда вам предлагают в любой медицинской организации, даже городской поликлинике, оказать медицинскую помощь платно, позвоните в страховую компанию, спросите, оказывается ли она бесплатно. И если эта поликлиника включена в территориальную программу ОМС, вам обязательно окажут помощь бесплатно.

— Как входящие в программу ОМС частные клиники должны информировать население, какие услуги они оказывают бесплатно?

— Во всех медицинских организациях, работающих в ОМС, должны быть стенды с информацией о медицинской помощи, которая оказывается бесплатно по территориальной программе (видах, условиях, сроках). Эта информация должна быть расположена не где-то в темном углу, далеко от регистратуры и окна кассы для платных услуг. Она должна быть размещена на видном месте, чтобы человек понимал, что такую-то помощь он получает бесплатно.

Также медицинские организации должны размещать данную информацию на своих сайтах. Но не все медицинские организации имеют свои сайты. В этом случае органы управления здравоохранением обязаны всю информацию обо всех участниках обязательного медицинского страхования разместить на своих сайтах. В обязательном порядке эту информацию размещает на своих



интернет-ресурсах и территориальный фонд ОМС, и страховые компании. Это их обязанность — информировать граждан об оказании медицинской помощи, о порядках, правилах, условиях ее получения.

Впервые в этом году каждая территориальная программа ОМС должна включать дополнительно сведения о сроках предоставления плановой медицинской помощи.

— Недавно в блогах появилась информация о том, что частные медорганизации в Москве, которые входят в программу ОМС на 2014 год, отказывают в оказании бесплатной медпомощи. Некоторые из них говорят, что не успели оформить документы, поэтому начнут работать по полисам только с февраля...

— Медицинская организация, включенная в реестр на очередной год, до конца предыдущего года заключает договор об участии в системе ОМС со страховыми компаниями.

В каждом субъекте работает комиссия, которая определяет объемы медицинской помощи для каждой медицинской организации до наступления года, в котором реализуется программа ОМС. Соответственно, до конца прошлого года все клиники получили плановые объемы медицинской помощи, и если они вошли в систему ОМС, то не вправе отказать застрахованному лицу в оказании бесплатной медицинской помощи по территориальной программе при возникновении страхового случая.

«Апрельские тезисы» российского (регионального) здравоохранения

ПИРОГОВ М.В.

д.э.н., профессор

Вопрос о существующей в России системе ОМС встает снова и снова. Обсуждался он и на проходившем в конце января 2014 года IX Общероссийском медицинском форуме.

Председатель Национальной медицинской палаты, профессор Леонид Рошаль заявил, что ОМС не контролирует процесс лечения, и переход на медицинское страхование в стране был неудачным экспериментом, который нужно прекратить. Система ОМС не обеспечивает необходимого финансирования медицины, что может привести к обрушению качества медицинской помощи, прежде всего высокотехнологичной, считает Даниил Стояковский, заведующий отделением химиотерапии Московской городской онкологической больницы №62. Тарифы ОМС никак не соответствуют реальной стоимости лечения рака.

На заседании рабочей группы Совета непарламентских партий, состоявшемся в Государственной Думе в феврале 2014 года, также поднимался вопрос о целесообразности государства напрямую, без посредников финансировать здравоохранение. Как отметил член Президиума национальной Медицинской палаты Юрий Комаров: «Все участники системы ОМС - от поликлиник до страховых компаний - заинтересованы в том, чтобы было больше больных...». Комаров поддерживает идею перехода на государственную бюджетную модель здравоохранения на основе договора между правительством и медицинскими организациями. Этот договор должен быть нацелен на результат - тогда все будут заинтересованы в увеличении числа здоровых людей, в раннем выявлении заболеваний.

По словам председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Сергея Калашникова здравоохранение - самое слабое место в социальной политике. «Здравоохранение - это то, с чем сталкива-



ются все люди, - сказал депутат. - Качество и доступность медицинской помощи должны стоять на первом месте». Сейчас в Комитете пересматривается законодательство о здравоохранении, и к обсуждению привлекают общество и все политические силы.

«Необходимо менять систему здравоохранения, и это невозможно сделать без поддержки населения», - подвел итог Сергей Калашников.

Все приведенные выше аргументы имеют под собой серьезные основания и выражают серьезную озабоченность текущим состоянием индивидуального и общественного здоровья, доступностью и каче-

ством современной медицинской помощи, и дальнейшей судьбой, выбранной в России страховой организационно-экономической модели.

Можно много рассуждать о «низкой» эффективности страховой модели здравоохранения и о «чудесах» государственного здравоохранения. Подобные рассуждения имели место в конце прошлого века, когда из-за низкой медико-социальной и экономической эффективности система «Семашко» - государственная модель финансирования здравоохранения - не была способна обеспечить сопоставимый с другими экономически развитыми странами уровень здоровья нации, имеющими как государственную, так и

страховую организационно-экономическую основу. Международный опыт реформирования здравоохранения определяет условием успеха не выбранную модель – страховую, государственную или смешанную – а создание условий для успешного функционирования национального здравоохранения и обеспечения полноценного взаимодействия всех его участников.

При этом ключевую роль и для страховых и для государственных моделей, в настоящее время, играют экономические, квази-рыночные отношения, а вспомогательную – административное управление.

За два десятилетия существования ОМС в России, так и не произошло изменения в организационно-экономических отношениях между субъектами и участниками системы. Во многом процесс планирования и финансирования медицинских организаций аналогичен традиционному «сметному» финансированию, замаскированному под оплату объемов медицинской деятельности по тарифам ОМС, рассчитанным по имеющимся финансовым ресурсам, достаточно скромным для решения проблем, связанных со здоровьем населения.

Процесс реформирования национального здравоохранения сложно назвать цельным и стратегическим, так как в процессе создания страховой медицины было несколько периодов стагнации и законодательной активности, зачастую кардинально изменяющих состав и функции субъектов страхования, выходящих за пределы опыта других стран, создавших у себя эффективные организационно-экономические модели здравоохранения.

Заметные существенные изменения организационно-экономических отношений в системе ОМС произошли за последние три года и связаны с принятием ряда федеральных законов и подзаконных актов, существенным образом меняющих функции субъектов и участников системы ОМС.

Сами по себе эти изменения не в состоянии существенно изменить эффективность системы ОМС и могут повлиять только на её «административную» управляемость. Необходима серьезная работа на уровне регионального здравоохранения, исключающая формальное исполнение требований федерального центра, дающая ощутимый результат в изменении деятельности медицинских организаций, медицинского персонала и других субъектов и участников системы ОМС.

Рассмотрим основные, имеющиеся предпосылки необходимости организационно-экономических изменений в региональном здравоохранении, в том числе

затрагивающие систему обязательного медицинского страхования.

1. Увеличение доли средств ОМС в территориальных ПГГ – до 75%.

Финансовые нормативы, позволяющие сопоставлять бюджетные и страховые средства, впервые были зафиксированы в постановлении правительства РФ №690 от 28.11.2004 года, утвердившем программу государственных гарантий по здравоохранению и входящую в её состав программу ОМС на 2005 год. Эти нормативы составляли 3 157 руб. на 1 жителя и 1 507,5 руб. для программы ОМС. Доля средств программы ОМС составляла 47,75% к средствам бюджетов всех уровней, не считая средства федерального бюджета. В постановлении правительства РФ от 18.11.2013 года №932, утвердившем последнюю программу государственных гарантий (программу ОМС), подушевые нормативы финансирования на 2015 год всего составляют - 12 096,7 руб., в том числе на программу ОМС – 8 481,5 руб. Таким образом, доля средств ОМС составляет 70,1% и обеспечивается за счет субвенции федерального фонда ОМС, составляющей в 2014 году – 1 174,3 млрд. руб. (приложение №5 к Закону от 02.12.2014 № 321-ФЗ). Необходимо отметить, что субвенция федерального фонда ОМС не включает расходы на финансирование скорой медицинской помощи, которая входит в систему ОМС и должна финансироваться за счет межбюджетного трансферта субъекта РФ, перечисляемого в территориальный фонд ОМС, дополнительно к страховому взносу на неработающих граждан, перечисляемому в бюджет федерального фонда ОМС. Нормативные расходы на душу населения, связанные со скорой медицинской помощью, составляют порядка 520 руб.

С учетом этих расходов, увеличивающих «страховой» норматив финансирования, доля средств ОМС в 2015 году – 74,4% всей территориальной программы ОМС.

Это в свою очередь требует проведения гибкой тарифной политики, так как в случае формирования тарифов ОМС по методу усреднения фактических затрат на содержание медицинских организаций велика вероятность существенного отклонения тарифа от нормативной себестоимости законченного случая лечения конкретного заболевания или группы заболеваний. В этом случае под угрозу ставится качество медицинской помощи (нет денег на необходимый набор услуг и медикаментов) или доступность для граждан бесплатной медицинской помощи.

2. Нормативное требование к использованию случаев лечения (т.е. «среднего» пациента при планировании и оплате медицинской помощи) в амбулатории и в



стационаре.

Для обеспечения сбалансированной планово-хозяйственной деятельности медицинских организаций и здравоохранения в целом необходимо соблюдение эквивалентности единиц планирования и финансирования. Это требование соблюдалось в системе «Семашко» Советского Союза за счет разветвленной системы планово-финансовых нормативов, рассчитанных на стационарную койку и (или) врачебную должность. Формирование сметы расходов и её исполнение опиралось на перечисленные единицы нормирования. Но ни койка, ни врачебная должность не являются единицей измерения объема медицинской помощи, оказанной пациентам, и не учитывают величину затраченного труда и других видов ресурсов. Введение договорных отношений между медицинской организацией и страховой компанией в рамках гражданского кодекса требо-



вало введения единицы объема оказанной и оплаченной медицинской помощи, т.к. ни койка, ни врачебная должность этот объем не гарантировала.

На начальном этапе такой единицей объема стали койко-дни для стационарной помощи и посещение врача-специалистом для амбулаторной помощи. Выбор данных единиц был оправдан на начальном этапе введения новых организационно-экономических отношений в здравоохранении, так как сохранял связь с «материнскими» нормативами системы «Семашко» по нормированию медицинской деятельности и структуры медицинских организаций. Объем деятельности, выраженный в койко-днях, позволяет легко определить плановое число стационарных коек через функцию работы койки в год, которая отличается для различных профильных отделений. А объем посещений к врачам-специалистам позволяет опреде-

лить число штатных ставок через функцию врачебной должности. Именно эти единицы объема и оплаты были определены в первой базовой программе ОМС 1999 года.

Хотя вышеназванные единицы легко учитывать и использовать для целей планирования и оплаты медицинской помощи, но они не позволяют детализировать лечебный процесс и оценивать роль всех специалистов, обеспечивающих конечный результат и его качество. Ни койко-день, ни посещение не являются законченным результатом медицинской деятельности, за редким исключением (например: стационар одного дня, профилактический осмотр, выписка льготного рецепта и т.п. деятельность врачей).

Использование законченных случаев лечения для оплаты медицинской помощи локально применялась в ряде регионов с 1993 года, но не стала общепотребительной практикой. По данным федерального фонда

ОМС на 2010 год в 80% регионов использовалась оплата за койко-день или среднего профильного больного, а по амбулаторной помощи посещение к врачу-специалисту использовалось в 90% регионов. Хотя в ряде регионов использовались и клинико-затратные группы и медико-экономические стандарты, а также подушевые способы оплаты (оплата вперед), как альтернатива гонорарным (оплата по факту оказания медицинской помощи).

Понимание необходимости введения одинаковых единиц планирования и оплаты медицинской помощи, которые отражают «средние» наборы медицинских услуг и лекарственных средств (и всех остальных видов ресурсов) впервые было оформлено в программе государственных гарантий в сфере здравоохранения в 2007 году. При определении способа оплаты медицинской помощи в стационаре рекомендовалось



применять «законченный» случай. И только в 2013 году эта норма стала обязательной для стационарной медицинской помощи. В этом же году для лечебной амбулаторной помощи были введены нормативы обращения (законченного случая). А в 2014 году постановлением правительства были изменены и единицы планирования стационарной медицинской помощи – вместо койко-дней стали использоваться случаи госпитализации.

Таким образом, система ОМС очень близко подошла к реализации требования об эквивалентности единиц планирования и финансирования для большей части медицинской помощи, и это тоже требует изменения методологии планирования и ценообразования в системе ОМС.

3. Дифференцирование случаев лечения по стоимости, в зависимости от «средних» наборов услуг и медикаментов для различных заболеваний и состояний.

Верное, хотя и запоздалое нормативное решение о единообразии единиц планирования и оплаты медицинской помощи требует своей практической реализации, в которой существенным является объективность определения и расчета ресурсного обеспечения этих единиц.

На рис. 1 представлена схема взаимодействия различных компонентов лечебного процесса.

В основе положительного результата лечебного процесса лежит клиническая компонента, определяющая набор знаний и умений врачебного и среднего медицинского персонала, оказывающего лечебные и диагностические услуги, соответствующее медицинское оборудование и лекарственное обеспечение. Современное здравоохранение в силу разветвленной специализации, как правило, требует точного взаимодействия различных специалистов, подразделений и даже медицинских организаций и различных вспомогательных служб, обеспечивающих данное взаимодействие.

Кроме того не все медицинские услуги одинаково воздействуют на здоровья населения. Определение приоритетов индивидуального и общественного здоровья, взаимодействие различных видов медицинской помощи, её рациональное районирование, а также объем государственного участия обеспечивается за счет организации медицинской помощи.

Таким образом, организация медицинской помощи выбирает возможные клиничко-технологические альтернативы, отвечающие текущему и перспективному состоянию индивидуального и общественного здоровья.

Отбор тех или иных медицинских технологий (не всегда самых эффективных с позиции лечебного процесса) и их организация,

т.е. предоставление пациентам, определяет рамки необходимого ресурсного обеспечения. Сколько и каких специалистов лечебного и диагностического направлений необходимо для оказания медицинской помощи по выбранным технологиям. Сколько нужно медицинского оборудования, зданий и сооружений и т.п. И в конечном итоге сколько на это необходимо потратить финансовых средств в текущем и будущих периодах.

Само развитие медицинской науки позволяет решить проблемы улучшения личного и общественного здоровья, повышения продолжительности жизни и уменьшения смертности, требуя постоянного увеличения ресурсного обеспечения и финансовых средств.

Перед государством и обществом всегда стоит вопрос о размере совокупного национального дохода, направляемого на цели здравоохранения и поэтому имеющее место нормирование ресурсов и финансовые ограничения влияют на возможность реализации тех или иных медицинских технологий, что в свою очередь требует новых организационных решений и выбор приоритетов финансирования.

Важную роль в упорядочении взаимного влияния компонентов лечебного процесса играет стандартизация здравоохранения, охватывающая всех участников и позволяющая сформулировать требования



Важную роль в упорядочении взаимного влияния компонентов лечебного процесса играет стандартизация здравоохранения, охватывающая всех участников и позволяющая сформулировать требования к медицинским технологиям, организации медицинской деятельности и её ресурсному обеспечению.

к медицинским технологиям, организации медицинской деятельности и её ресурсному обеспечению.

В отечественной практике стандартизация здравоохранения выражается в двух формах:

- стандарты медицинской помощи, сформированные с использованием единой номенклатуры услуг в здравоохранении, «средние» наборы медицинских услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения для тех или иных заболеваний или их групп и соответствующей модели пациента;

- клинико-статистические группы заболеваний (КСГ), сформированные для различных заболеваний и (или) наборов услуг, без учета модели пациента и имеющие относительные коэффициенты затрат (КЗ), рассчитанные на основе стандартов медицинской помощи, а при их отсутствии на средних наборах медицинских услуг, лекарственных средств и других используемых видов ресур-

сов.

В текущий период все КСГ, а их разработано 201 ед., имеющие коэффициенты затрат и объединяющие заболевания и (или) услуги, не нормированы по частоте входящих в их группу заболеваний и услуг и не связаны с утвержденными МЗ РФ стандартами медицинской помощи.

По этой причине невозможно подтвердить или опровергнуть корректность расчета относительной стоимости КСГ и приходится принимать их «на веру». Тем более что в методических рекомендациях по использованию КСГ не описана методология группировки (объединения) заболеваний и операций и не приводится методика расчета их стоимости (пусть и относительной), учитывающая стоимость необходимых для лечения заболеваний, входящих в КСГ, медицинских услуг и лекарственных средств.

Стандарты медицинской помощи и КСГ не обеспечивают полноценного охвата всего многообразия заболеваний и применяемых

для их диагностики и лечения медицинских технологий, поэтому нуждаются в постоянной доработке и уточнении проводимых на их основе экономических расчетов. Методология группировки заболеваний и (или) услуг в КСГ и их связь с утвержденными МЗ РФ стандартами медицинской помощи должна быть очевидна и доступна для уточнения.

КСГ должны иметь «шлейф» медицинских услуг и лекарственных средств (предметов медицинского назначения), позволяющих сделать адекватные экономические расчеты и исключить экспертные решения по изменению стоимости при использовании их на различных уровнях (т.н. коэффициент уровня), для различных категорий населения и состояний пациентов (т.н. коэффициент курации), а также при использовании КСГ в качестве экономического стимулятора или ограничителя (т.н. управленческий коэффициент).

Как показывает 40-летний опыт применения диагностически родственных групп

Несмотря на то, что два десятка субъектов федерации уже давно используют в практике оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, имеющийся опыт столь разнообразен и методологически противоречив, что обобщить его, оптимизировать и распространить на всю систему ОМС до сих пор не удавалось.



– DRG (международный аналог российских КСГ), медико-экономические характеристики их основывались на статистическом анализе медицинских услуг и медикаментов назначенных пациентам и отражали в первую очередь сложившуюся клиническую практику. По мере развития этого инструмента ресурсно-финансовой стандартизации увеличивалось количество КСГ, с 400-500 в 70-х годах прошлого века до нескольких тысяч в настоящее время. Увеличение числа DRG, их ценовое дифференцирование происходит во всех странах, применяющих данный инструмент стандартизации и связано с нахождением компромисса между необходимым обобщением и разумной детализацией процесса лечения.

Данный процесс неизбежен и для отечественного здравоохранения, и, вероятно, будет осуществляться в обозримом будущем, чему свидетельством является увеличение числа КСГ с 187 в 2013 году до 201 в 2014, и введение многофакторных способов выборки конкретных КСГ, т.н. «комбинированные» КСГ.

4. Необходимость совершенствования «федеральных» клинико-статистических групп заболеваний для целей планирования, оплаты и мониторинга ме-

дицинской помощи.

Перед началом изучения следующей предпосылки, определяющей необходимость организационно-экономических изменений в региональном здравоохранении, следует подчеркнуть правильность стратегической линии МЗ РФ и ФОМС, направленной на упорядочение оплаты медицинской помощи в системе ОМС и прилагающей усилия к формированию полноценного инструмента для этих целей в лице клинико-статистических групп заболеваний.

Несмотря на то, что два десятка субъектов федерации уже давно используют в практике оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС, имеющийся опыт столь разнообразен и методологически противоречив, что обобщить его, оптимизировать и распространить на всю систему ОМС до сих пор не удавалось. Хотя и предпринимались попытки в рамках федеральных пилотных проектов 2007-2008 годов, и в рамках программы «Модернизация здравоохранения» 2011-2012 годов, и в рамках частных инициатив отдельных регионов по использованию в этой части опыта других, более «продвинутых» регионов.

Необходимость использования эквивалентных единиц планирования и оплаты медицинской помощи и изменения подходов

к формированию программы государственных гарантий и программы ОМС в части стационарной медицинской помощи по уровню госпитализаций представляет возможность использовать предложенные на федеральном уровне КСГ для формирования плановых (государственных заданий) для медицинских организаций, оказывающих бесплатную медицинскую помощь.

В этой связи доработка федеральных КСГ может осуществляться по нескольким направлениям:

- конкретизация групп заболеваний по «хирургическим» КСГ для сопоставления статистических данных заболеваемости населения на конкретной территории, планирования и объема медицинской деятельности, выраженной через количество различных КСГ;

- определение средней длительности заболеваний, включенных в КСГ;

- определение средних наборов медицинских услуг для КСГ не только хирургического типа, но и для всех остальных, с учетом числа основных лечебно-диагностических услуг и частоты их применения;

- определение средних наборов лекарственных средств и предметов медицинского назначения, с количественно-частотными характеристиками;



Современное развитие информационных технологий для национального здравоохранения, позволяет формировать, хранить и обрабатывать данные по всем историям болезней, определяя «средние» сложившиеся наборы медицинских услуг и применяемых лекарственных средств.

- выделение из федеральных КСГ в рамках клиничко-профильных групп (КПГ), групп заболеваний, требующих дополнительной информации по ресурсной обеспеченности медицинской организации (наличие специального оборудования, подготовленных специалистов и освоенных медицинских технологий);

- выделение из федеральных КСГ, затрат, связанных с деятельностью отделений реанимации и интенсивной терапии, для использования этих данных для целей более точного ресурсного и финансового обеспечения медицинских организаций с высоким уровнем ургентности;

- формирование новых КСГ в рамках КПГ, по медицинским технологиям, не включенным в федеральные КСГ (высокотехнологичная медицинская помощь, медицинская реабилитация, технологии ЭКО и т.п.).

«Средний» набор услуг и лекарственных средств, являющийся основой ресурсной потребности и расчетной стоимости КСГ, может формироваться разными методами.

Во-первых, с использованием данных по частотам заболеваний и (или) услуг, включенных в КСГ, и нормативному наполнению услугами и лекарственными средствами этих стандартов. Если основные заболевания,

включенные в КСГ, на 80-90% представлены стандартами медицинской помощи, то «средний» набор услуг можно определить простым суммированием одноименных услуг, которые присутствуют во всех стандартах заболеваний, объединенных в КСГ (например: общий анализ крови, анализ мочи и т.п.). Для услуг, встречающихся не во всех стандартах, и для «уникальных» услуг необходимо определять их частоту применения в КСГ в соответствии с частотным распределением заболеваний, включенных в КСГ (например: компьютерная томография используется только в одном стандарте медицинской помощи, она «уникальна». Её стандартизированная частота применения, равная 0,5, предоставляется в среднем каждому второму пациенту. Если данное заболевание включено в КСГ и его частота 10%, то данная услуга включается в КСГ с частотой 0,05 и соответственно переносит свою стоимость на стоимость КСГ).

Во-вторых, для КСГ, объединяющих заболевания, не описанные стандартами медицинской помощи, или при отсутствии данных по достоверным частотам заболеваний включенных в КСГ, «средний» набор услуг и лекарственных средств можно получить экспертным методом, опираясь на клиническую практику и знания врачей экспертов, что поз-

воляет в дальнейшем проделать необходимые расчеты, дающие адекватные значения относительных коэффициентов стоимости.

В-третьих, «средние» наборы медицинских услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения могут формироваться на основе статистической обработки данных по истории болезни для группы объединенных в КСГ заболеваний или операций.

Все три подхода могут использоваться совместно, дополняя и корректируя друг друга.

Современное развитие информационных технологий для национального здравоохранения позволяет формировать, хранить и обрабатывать данные по всем историям болезней, определяя «средние» сложившиеся наборы медицинских услуг и применяемых лекарственных средств.

Представление плана любой медицинской организации в виде набора КСГ и планируемого числа госпитализаций в сочетании с базой данных по «электронным» историям болезней, позволяет реализовать систему текущего мониторинга выполнения программы государственных гарантий в разрезе «среднего» набора услуг и лекарственных средств, предоставляемых конкретному пациенту, обеспечивая тем самым выполне-

ние гарантий и выясняя причины отклонения от «средних» наборов услуг, приводящих к нарушению медицинской технологии и ухудшению доступности и качества медицинской помощи.

5. Клинико-экономическая оптимизация региональной лечебной сети и отдельных медицинских организаций в условиях ограниченных ресурсных возможностей здравоохранения.

Вопрос оптимальности лечебной сети не ставился в условиях государственного здравоохранения перед региональным здравоохранением ввиду того, что создание новых медицинских организаций и укрупнение существующих могло быть реализовано только в условиях четкого следования нормативам обеспеченности стационарными койками и специалистами (кабинетами) амбулаторного звена. Изменение параметров стационарной и амбулаторной сети регулировалось приказами союзного министерства здравоохранения и исполнялось на местах. Финансирование осуществлялось по смете в строгом соответствии со структурой лечебной сети и штатной численностью специалистов медицинских организаций с учетом единых правил формирования фонда оплаты труда (в строгом соответствии с единой тарифной сеткой – ЕТС) и нормирования всех остальных видов ресурсов. В условиях социалистической экономики того периода, когда государство определяло цены на все виды ресурсов и распределяло их по потребителям, эффективность лечебной сети определялась по степени освоения сметы расходов, загрузки коечного фонда пациентами и выполнения функции врачебной должности врачами первичного звена и параклинических подразделений. Исторический опыт показывает, что системы тотального административного управления не могут обеспечить опережающий рост производительности труда в связи с полным отсутствием экономической мотивации у исполнителей, подобные экономические системы обеспечивают прирост производства только за счет увеличения производственных мощностей. Все признаки такого экстенсивного развития здравоохранения были характерны для системы «Семашко», которая, достигнув пика своей результативности в 70-е годы прошлого века, не могла дальше улучшать показатели индивидуального и общественного здоровья и стала заметно отставать от здравоохранения других развитых стран, ориентирующих медицинский персонал на повышение производительности труда, внедрение новых технологий и экономически стимулируя реальные достижения в сфере медицинских услуг. Руководители здравоо-

охранения Советского Союза, осознав реальные причины отставания отечественного здравоохранения, находясь в условиях плано-командной экономики, в 80-х годах прошлого века стали искать выход, расширяя границы хозяйственной самостоятельности медицинских организаций, инициируя новые формы оплаты труда в здравоохранении и проводя «пилоты» по новому хозяйственному механизму. В это же время стали открываться хозрасчетные кабинеты в государственных клиниках и формироваться «ведомственная» лечебная сеть для работников конкретных отраслей экономики.

В условиях стабильного развития экономики все эти «полумеры» могли бы повлиять на эффективность медицинских организаций и повысить производительность труда работников здравоохранения и сформулировать критерии оптимальной лечебной сети, адаптирующейся к требованиям, обусловленным состоянием здоровья населения. Но как раз стабильности в исторически обозримом будущем не было – ни экономической, ни политической. Система «Семашко» перестала существовать одновременно с распадом Советского Союза, так и не сформулировав критериев оптимальной лечебной сети.

Система обязательного медицинского страхования России, сменившая государственное здравоохранение, получило наследие системы «Семашко», не сформулировав ни новой организационно-экономической нормативной базы, ни критериев оптимальной лечебной сети, заменив все это политическим лозунгом «деньги идут за пациентом», при этом существенно ограничив размер этих денег на уровне 3,6% от фонда оплаты труда, при расчетной потребности полноценного финансирования медицинской помощи в размере 12–15%.

Страховая система не могла полноценно существовать в неподготовленной среде, когда очень «средние» нормативы программы ОМС вошли в противоречие с практикой планирования и финансирования медицинских организаций и страховые подходы по оптимизации лечебной сети, которые должны проходить с обязательным участием страховщиков и страхователей, были заменены формальным распределением плановых объемов и сокращением числа стационарных коек по всей стране и скрытым содержанием медицинских организаций за счет средств ОМС.

В последнее время процесс сокращения «лишних» стационарных коек региона под «средние» нормативы программы государственных гарантий приобрел формы, требующие вмешательства федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения – Минздрава России.

В информационном письме Минздрава России, посвященном формированию и экономическому обоснованию территориальной программы государственных гарантий (и входящей в её состав программы ОМС) на 2014 год было определено следующее:

«Установленные территориальной программой государственных гарантий объем медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 жителя и норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на 1 застрахованное лицо могут быть обоснованы более высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленной Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте РФ и других факторов.

Выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществить за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилизация и реструктуризация коечного фонда, оптимизация показателей работы коечного фонда и др.), а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе, развернутых на базе сельских участковых больниц».

В этих двух абзацах информационного письма профильного министерства сформулировано требование обоснованной клинико-экономической оптимизации лечебной сети, а не простое следование средним российским нормативам, пусть даже установленным постановлением правительства РФ.

Необходимо сформулировать объективные, не формальные и не «исторически» сложившиеся параметры оптимальной лечебной сети и учесть влияние на эту сеть различных региональных факторов, делающих любой субъект не «средним» российским регионом.

Это серьезная и ответственная работа для всех специалистов региона, имеющих отношение к здравоохранению: клиницистов, организаторов, экономистов и финансистов, объективная в своей основе, опирающаяся на текущую потребность населения в медицинской помощи, на возможности реальной лечебной сети и на достижения современной медицинской науки и практики.

6. Конкретизация деятельности специалистов по набору и количеству оказываемых медицинских услуг с учетом их сложности и влияния на лечебный про-

цесс в целях объективизации критериев оценки и измерения деятельности специалистов в рамках реализации «эффективного» контракта.

Зарботная плата специалистов, работающих в системе здравоохранения в государственных и муниципальных медицинских организациях, регулируется региональными положениями по оплате труда в здравоохранении, которые пришли на смену единой тарифной сетке по оплате работников бюджетной сферы.

В большинстве своем эти региональные системы оплаты труда сохранили принципы распределения фонда оплаты труда в медицинских организациях, базирующиеся на четырех критериях:

- диплом о профессиональном образовании;
- категория аккредитации специалиста;
- стаж непрерывной работы по специальности;
- физическое место работы (например: станция скорой медицинской помощи; реанимационное отделение, центр СПИД и т.п.).

Перечисленные критерии определяют гарантированный размер оплаты труда и практически не зависят от объема оказанных услуг или принятых пациентов, сложности этих услуг и тяжести течения болезни, а главное, не привязаны к результату деятельности (выздоровление, улучшение, ремиссия и т.п.).

Данные критерии определяют потенциал сотрудника, то как он способен участвовать в лечебном процессе исходя из его знаний, навыков и опыта, но не отражают реальную лечебную работу.

Единая тарифная сетка была отменена в 2000 годах, так как была признана «неэффективной» и не стимулирующей повышение производительности труда и рост профессиональных навыков специалистов. Но тем не менее сохранила базовые принципы «уравниловки» в оплате труда, трансформировавшись в региональные отраслевые системы оплаты труда в здравоохранении.

Принципы формирования штатной численности в зависимости от типа, мощности и структуры медицинских организаций сохранились. Подтверждение занятых штатных единиц для проведения тарификации и определения планового фонда оплаты труда, объемом выполняемой медицинской деятельности, структурой и сложностью медицинских услуг и пациентов не требуется. Достаточно выполнения перечисленных выше формальных критериев.

Затраты, связанные с оплатой труда в отчетных формах (ф-14 и ф-62) по деятельности медицинских организаций, перенесенные в структуру тарифа как средние показатели

отражают по сути сложившуюся структуру потребления труда без объективного подтверждения выполненных объемов деятельности, сложности и результативности.

Второй, серьезной причиной низкой производительности труда является низкая средняя заработная плата в здравоохранении. Она тоже имеет для России исторические корни. Здравоохранение, как и образование и другие непроеизводственные сферы народного хозяйства Советского государства, изначально финансировалось по «косточному» принципу. По этой причине базовые ставки по разрядам и окладам давали средние показатели оплаты труда ниже чем в производственной сфере несмотря на то, что во всем мире труд врача (специалистов здравоохранения) ценился выше, чем труд других специалистов. Это касается не только частного здравоохранения, где стоимость труда складывается по рыночным законам, но и государственного здравоохранения с регулируемым доходом врачей и социального медицинского страхования, где заработная плата определяется соглашением между страховыми организациями и врачебными ассоциациями.

До недавнего времени уровень заработной платы в России сохранял сложившиеся пропорции между «производственной» и «непроизводственной» сферами и был ниже среднего уровня заработной платы по стране. С принятием федерального законодательства в сфере здравоохранения, определившего место и роль стандартизации, существенным стало требование к идентичности ресурсного обеспечения на всей территории России для оказания медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, едиными и обязательными для всех. Если вопрос обеспеченности регионов современным медицинским оборудованием решался в рамках национального проекта по здравоохранению и в рамках его модернизации, то проблемы идентичности заработной платы за одинаковый труд не были решены. Более того, дифференцирование средней заработной платы по регионам зависит не только от районных (территориальных) коэффициентов, как это было в системе «Семашко», а еще и от их экономического состояния – является регион донором или находится на федеральной дотации.

Анализируя налоговую активность субъектов РФ (см.рис.2), можно с высокой вероятностью определить отличия в средней заработной плате по регионам, в том числе у работников здравоохранения.

И, действительно, в 2013 году средняя зарплата в Москве составила – 53 953 руб. (поясной коэфф. = 1), в Ханты-Мансийском

АО – 49 716 руб. (поясной коэфф. = 1,8), Ямало-Ненецком АО – 64 643 руб. (поясной коэфф. = 2), в Московской области – 32 986 руб., в Санкт – Петербурге – 34 104 руб., в Татарстане – 23 783 руб. и в Самарской области – 21 238 руб. (у всех поясные коэффициенты = 1). Абсолютным лидером в списке является Москва. В то же время средняя заработная плата у аутсайдера этого списка – Дагестана составила 15 254 руб. (поясной коэфф. = 1), что составляет 28,3% московской средней зарплаты.

Очевидно, что в сложившихся объективных условиях обеспечить одинаково высокий уровень зарплаты в здравоохранении становится не только сложной финансовой задачей, но и социальной проблемой.

Принятые в мае 2012 года решения Президента о поэтапном дифференцированном повышении заработной платы в здравоохранении по отношению к уровню средней заработной платы региона являются взвешенными в сложившихся неблагоприятных социально-экономических условиях и приводят к тому, что реальная стоимость любого стандарта или медицинской услуги в части заработной платы будет отличаться в регионах в разы.

Кроме того, само по себе повышение заработной платы не гарантирует увеличения производительности труда в здравоохранении и поэтому требует конкретизации деятельности каждого специалиста и увязки его ежегодно повышающейся заработной платы с объемом, сложностью и результативностью его труда.

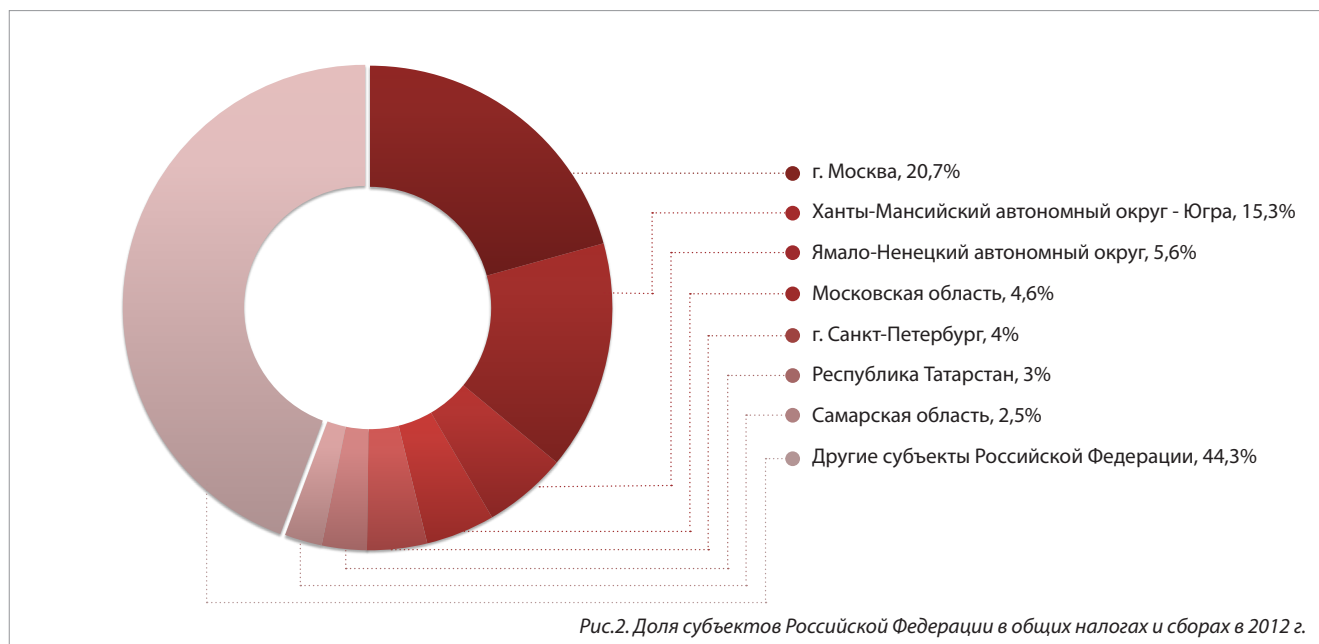
Эта задача тесно связана с критериями оценки оптимальной лечебной сети регионального и национального здравоохранения. И эти критерии должны иметь связь с оказанием конкретным специалистом конкретным пациентам необходимых им медицинских услуг.

Только в этом случае «оптимизация» лечебной сети, официально признанной «неэффективной» на треть, не приведет к механическому сокращению медицинских организаций, рабочих мест и в конечном итоге к уменьшению доступности населению медицинской помощи.

Все сказанное особенно актуально в свете введения новой формы трудовых отношений и новой модели оплаты труда в здравоохранении, получившей наименование «эффективного контракта».

Сформулированные предпосылки, безусловно, требуют системных и научно-обоснованных решений по всем насущным вопросам отечественного здравоохранения и не носят исключительно экономического, финансового характера.

Автором сформулированы тезисы десяти



ти шагов по методическому и практическому совершенствованию планирования и финансирования программы государственных гарантий, программы ОМС и медицинских организаций:

оценка потребности жителей (застрахованных по ОМС) в перечне и количестве медицинских услуг (диагностики, операций и т.п.) оказываемых как по месту проживания, так и за его пределами (в субъекте и за его пределами). Выделение клиничко-социальных аспектов по конкретным группам заболеваний;

совершенствование «федеральных» клиничко-статистических групп на основе реальной клинической практики лечения данных заболеваний и наполнение КСГ (региональных) реальным клиническим содержанием (по «среднему» пациенту) для оценки ресурсных и финансовых потребностей, а также для определения относительных коэффициентов затрат региональных КСГ;

оценка ресурсных возможностей медицинских организаций, выполняющих ПГГ (программу ОМС) в реализации потребности населения (застрахованных по ОМС), выраженной в «средних» пациентах. Определение «узких» мест несовпадения потребностей пациентов и возможностей медицинских организаций и проведение плана мероприятий по модернизации медицинских организаций;

формирование плана деятельности для каждой медицинской организации, выполняющей территориальную ПГГ (программу ОМС) в виде набора региональных КСГ («средних» пациентов), с учетом интеграции медицинских организаций, управления потоками пациентов и медицинских услуг;

клиничко-экономический баланс регионального здравоохранения и плана для каждой медицинской организации для обеспечения сопоставимости медико-социальных результатов и ресурсного (финансового) обеспечения территориальной ПГГ (программы ОМС) и проведение тарифной (финансовой) политики, обеспечивающей сохранение клиничко-экономического баланса в целом по региону и по каждой медицинской организации на дату отчета (квартал или месяц – нарастающим итогом);

план финансово-хозяйственной деятельности всех медицинских организаций на основе сформированных Комиссией плановых (государственных) заданий;

текущий мониторинг для оперативного выявления отклонения реальной медико-экономической деятельности медицинских организаций по структуре и объему планового задания и подготовки решений Комиссии по корректировке плановых заданий при объективной потребности;

клинический мониторинг (по истории болезни) по тестовым медицинским организациям для корректировки медико-лекар-

ственного наполнения региональных КСГ их корректировки и перерасчета стоимости;

внутренний клинический мониторинг деятельности медицинских специалистов в медицинской организации для оценки их практического вклада в реализацию планового задания медицинской организации. Использование результатов мониторинга для объективизации критериев оценки работы специалистов в рамках выполнения «эффективного» контракта;

формирование нормативной и методической базы для регионального здравоохранения, обеспечивающей конкретизацию (однозначность) выполнения территориальной ПГГ (программы ОМС), набора услуг (медикаментов) по «среднему» пациенту при конкретных заболеваниях (или их группировках) для любой медицинской организации.

Практическая реализация «апрельских» тезисов при системной, консолидированной работе всех субъектов и участников системы ОМС позволяет изменить организационно-экономическую сущность медицинского страхования и без очередной «ломки» законодательной базы обеспечить медико-социальный и экономический эффект предлагаемых изменений, а именно:

1. Дает возможность описания любых медико-социальных проблем в показателях, позволяющих осуществлять оценку необходимого ресурсного потенциал для решения

Практическая реализация «апрельских» тезисов при системной, консолидированной работе всех субъектов и участников системы ОМС позволяет изменить организационно-экономическую сущность медицинского страхования и без очередной «ломки» законодательной базы обеспечить медико-социальный и экономический эффект предлагаемых изменений



данных проблем, т.е. подготовить адекватное финансовое обоснование.

2.Позволяет рассчитать стоимость региональной ПГГ (программы ОМС) и запланировать её адекватную реализацию в медицинских организациях, т.е. перейти к объективному, (нормативному) программно-целевому планированию по всем медико-социальным направлениям региона.

3.Обеспечивает клинико-экономический баланс регионального здравоохранения на каждый момент времени (в том числе, в режиме он-лайн).

4.Обосновывает особенности региональной реализации программы ОМС и поз-

воляет учесть это при расчете субвенции федерального фонда ОМС.

5.Позволяет направить финансовые ресурсы на выбранные (приоритетные) медицинские технологии, реализовать стимулирующую тарифную политику в системе ОМС.

6.Формирует систему текущего мониторинга выполнения ПГГ (программы ОМС, целевых программ здравоохранения) вплоть до пациента, услуги и лекарства.

7.Оценивает стоимость труда врачей и среднего персонала с учетом числа и сложности выполненных услуг, наполнив «эффективный» контракт объективным и измеряемым содержанием.

8.Обеспечивает объективное (запланированное) разделение услуг (по ПГГ или программе ОМС) и платных услуг в части сопоставления клинической практики и «среднего» пациента с данной патологией.

9.Делает реальной экономическую интеграцию медицинских организаций при общем выполнении услуг одному пациенту в рамках конкретной региональной КСГ, т.к. стоимость (тариф ОМС) на КСГ состоит из суммы стоимостей (тарифов ОМС) отдельных услуг диагностики, консультирования или лечения.

Пирогов Михаил Васильевич – доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере РАНХиГС при Президенте РФ, главный редактор журнала «Экономист ЛУ» ИД «Панорама», priogov.57@mail.ru

АНАЛИТИКА

Основные методические подходы реализации территориальной программы ОМС медицинскими организациями в 2014 году



МУСТАПА САГИЛАЕВ,
первый заместитель
директора ТФОМС
Чеченской Республики

«Первая попытка ввести новые нормативы в условиях страховой медицины были предприняты в 1999 году с принятием в соответствии с постановлением Правительства РФ от 11.09.1998 г. №1096 программы государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь и базовой программы ОМС в её составе»

В советский период отечественного здравоохранения отсутствовала программа государственных гарантий. Вся необходимая жителям СССР медицинская помощь предоставлялась бесплатно в государственных лечебно-профилактических учреждениях и медико-санитарных частях при государственных предприятиях, организациях и ведомствах. Минимальные объемы медицинской помощи (в основном, в стоматологии и зубопротезировании) оказывались в хозрасчетных отделениях и кабинетах государственных и ведомственных ЛПУ с середины 80-х годов прошлого века. Объем деятельности ЛПУ регламентировался сложной и единообразной для всей страны системой норматив, определяющих номенклатурный тип, мощность, структуру и штатную численность медицинского и прочего персонала. Все эти параметры в конечном итоге формировали смету ЛПУ и включались в общий план бюджетных расходов. Контролировалась деятельность медицинских сотрудников, ЛПУ и здравоохранения в целом по четырем направлениям:

1. Выполнение постатейной сметы, которая формировалась на основе научно-обоснованных нормативов потребления всех видов ресурсов для обеспечения процесса оказания медицинской помощи с учетом специфики заболеваний, отнесенных к конкретному профилю или специальности. Существовали «натуральные» нормы на питание, медикаменты, инвентарь, труд врачебного и прочего персонала, которые в услови-

ях стабильности цен обеспечивали покрытие затрат на лечение «среднего» пациента.

2. Контроль использования мощностей лечебных учреждений, в первую очередь – работа койки, её оборот, функция врачебной должности и уровень использования лечебного и диагностического оборудования (различные формы статистической отчетности)

3. Контроль показателей здоровья населения по данным медицинской статистики, позволяющий контролировать макропоказатели на уровне региона и страны и микропоказатели на уровне медицинской организации.

4. Научные исследования в области организации здравоохранения и корректировка плановых нормативов по всем видам ресурсов.

Необходимо отметить, что для своего времени данная жесткая система административного управления с государственным регулированием цен на все виды ресурсов здравоохранения давала быстрые и положительные результаты. В 70-е годы по уровню здоровья СССР занимал лидирующее место (в 1975 году общая смертность в СССР составила 9,3 промилле, в РСФСР – 8,2).

Вместе с тем в государственном здравоохранении СССР накопились многочисленные системные проблемы, которые оказалось невозможно решить в условиях существующей политической формации, прекратившей свое существование в 1991 году, оставив в самой социальной отрасли – здравоохранении целый комплекс нере-

шенных проблем, приведших впоследствии к резкому падению индивидуального и общественного здоровья уже в Российской Федерации.

Решение о преобразовании государственного здравоохранения в страховое было принято в России в общем политическом тренде – «назад к капитализму», в условиях не благоприятных для серьезных преобразований в социальной сфере, к которой относится и здравоохранение. Предварительной подготовки здравоохранения к столь серьезному изменению организационно-экономических отношений не было, отсутствовала необходимая, новая нормативная база ресурсного обеспечения, которая в условиях рыночных отношений могла бы сохранить и приумножить достижения советского здравоохранения. Не был решен вопрос о хозяйственной самостоятельности ЛПУ, необходимый для «запуска» страхового механизма. Сумма общего финансирования отрасли уменьшилась по отношению к весьма скромному финансированию советского периода. Выполнять полноценно свои функции в условиях «старой», финансово не обеспеченной системы нормативов отрасль не могла, а новых нормативов не было предложено. Все это негативно сказалось на ЛПУ и результатах их деятельности, на здоровье населения России. Началась стремительная депопуляция населения, возник печально известный «Российский демографический крест».



Первая попытка ввести новые нормативы в условиях страховой медицины были предприняты в 1999 году с принятием в соответствии с постановлением Правительства РФ от 11.09.1998г. №1096 программы государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь и базовой программы ОМС в её составе. Эта программа просуществовала до 2002 года с небольшими изменениями (вносились ПП РФ: №1194 от 26.10.99г; №907 от 29.11.2000г; №550 от 24.07.2001г.).

Данная программа определила перечень видов медицинской помощи, оказываемой бесплатно гражданам России, распределила эту помощь по финансирующим источникам, бюджетам всех уровней и средствам ОМС и определила объемные нормативы на 1000 жителей:

- по амбулаторно-поликлинической помощи – 9198 посещений, в том числе по ОМС – 8458;
- по стационарной помощи - 2812,5 койко-дня, в том числе по ОМС – 1942,5;
- по дневным стационарам всех типов – 749 дней, в том числе по ОМС – 619 дней;

- скорой медицинской помощи – 318 вызовов.

Каких-либо финансовых нормативов в программе госгарантий (программе ОМС) не было.

Особый интерес вызывают нормативы стационарной и стационарозамещающей помощи. Если норма коек на 10 000 жителей существовала в СССР и использовалась при обосновании строительства новых больниц, расчете штатной численности работников ЛПУ и сметы расходов, то нормы на дневные стационары не существовало. Фактическое число коек на 10 000 жителей в среднем по России в 1998 году составляло – 128, что в койко-днях на 1 000 жителей составило – 4 224 койко-дня, т.е в 1,5 раза превышало норматив (работа койки принята - 330 дней в году). Эти «лишние» койки можно было задействовать в условиях дневного стационара на 53% (провести «реструктуризацию»), остальные 47% подлежали сокращению, т.е. переставали участвовать в формировании штатов и фонда оплаты труда ЛПУ. Очевид-

но, что такая перспектива мало устраивала медицинскую администрацию и работников здравоохранения на местах и поэтому приобрела затяжной, зачастую формальный характер, продолжающийся и по сегодняшний день.

Первые методические рекомендации по формированию и экономическому обоснованию ПГГ (и программы ОМС) появились в 2001 году как совместная разработка заинтересованных ведомств (Минздрава РФ, Минфина РФ, Минэкономики РФ и федерального фонда ОМС). А первый документ, определяющий порядок планирования и контроля за исполнением ПГГ (программы ОМС) был утвержден ПП РФ в 2004 году.

До 2006 года в ПГГ (программе ОМС) отсутствовал экономический блок, т.е. не было финансовых нормативов объемов медицинской деятельности и подушевых нормативов, а до 2009 года отсутствовали единые требования к составу территориальной ПГГ (ТП ОМС) и требования к способам оплаты медицинской помощи по программе ОМС.

Необходимо отметить эволюцию зако-



нодательной и нормативной базы здравоохранения за последние 3 года.

Это принятие федеральных законов определивших такие стратегические понятия для здравоохранения, как:

- базовая программа ОМС;
- структура тарифа ОМС;
- порядок формирования территориальной программы ОМС и состав комиссии по формированию программы ОМС и тарифов ОМС;
- порядки и стандарты медицинской помощи;
- тариф страхового взноса на неработающих граждан;
- централизацию всех финансов в системе ОМС РФ.

Структура нормативов ПГГ (базовой программы ОМС), неизменная с 1999 года, тоже претерпела серьезные изменения на 2013 год (плановый период 2014 и 2015 г.г.), ПП РФ №1074 и на 2014 год (плановый период 2015 и 2016 г.г.), ПП РФ №932. Введен ряд принципиальных положений по оплате медицинской помощи по базовой программе ОМС.

До 2013 года амбулаторная помощь планировалась в посещениях к врачам клинических специальностей (комплексная медицинская услуга, учитывающая весь спектр параклинических услуг). Также допускалось включать в эти объемы медицинскую по-

мощь, оказываемую средним медицинским персоналом – фельдшерами ФАПов и зубными врачами. Оплата амбулаторной помощи могла осуществляться как по гонорарному принципу за медицинскую услугу по номенклатуре услуг РФ или за комплексную медицинскую услугу (посещение), так и по подушевому принципу на прикрепленное к амбулатории население. Допускалось сочетание этих двух методов в одной медицинской организации. Большая часть регионов использовала оплату комплексной услуги – посещения, перенося на неё все тарифные расходы. Исключением являлась стоматологическая помощь, оплачиваемая по медицинским услугам, входящим в номенклатуру медицинских услуг или по условным единицам трудоемкости (УЕТ), которые в конечном итоге формировались суммированием трудоемкости оказанных медицинских услуг.

Такой способ оплаты было очень просто оформлять по амбулаторному талону посещения к специалисту и это часто приводило к росту объемов медицинской помощи и необоснованному увеличению финансирования, в том числе за счет приписок. Органы управления здравоохранением не препятствовали этому росту, т.к. полагали что идет «перенос» объемов со стационарного звена, объемы которого, как мы видим, необходимо было уменьшать.

При формировании ПГГ (базовой программы ОМС) на 2013 год Минздравом РФ впервые было принято решение по изменению единиц планирования амбулаторной помощи. Посещения специалистов с лечебной целью были заменены обращениями – т.е. законченными случаями, определяющими ответственность врача за результат лечения, а не только за «свое» посещение. Одновременно с введением новой плановой единицы амбулаторной помощи были расширены возможности оплаты за обращение с лечебной целью – законченный случай амбулаторного лечения. Созданы все условия использования стандартов медицинской помощи либо других форм группировки заболеваний для описания «среднего» пациента в поликлинике, расчета стоимости обращения по совокупности входящих в него медицинских услуг номенклатуры РФ и иных затрат на лечение. Особенно актуально это сегодня для практической реализации лекарственного страхования при оказании первичной медицинской помощи. Для профилактической, неотложной и паллиативной амбулаторной помощи единицей планирования и оплаты остались посещения к специалистам.

Хотя, на наш взгляд, решение по укрупнению нормативов планирования и оплаты амбулаторной помощи, принятое в прошлом году Минздравом РФ верное с организационно-экономической стороны, сегодня еще



рано делать выводы по воздействию этих новаций программы государственных гарантий (программы ОМС) на изменение индивидуального и общественного здоровья, на медико-социальную эффективность первичного звена.

В том же 2013 году Минздравом РФ было принято принципиальное решение по ликвидации в системе ОМС самого распространенного способа оплаты стационарной помощи - за «койко-день», широко используемого большинством субъектов РФ в течение 20 лет! Единицей оплаты в стационаре стал законченный случай лечения по группе заболеваний.

«Долгожителем» данная единица оплаты стала по следующим причинам:

- до 2014 года койко-день был единицей планирования стационарной помощи, определенной на уровне правительства РФ;

- койко-день хорошо переводится в стационарные койки, нормообразующий показатель для стационара, в том числе по формированию штатной численности врачебного, среднего и младшего медицинского персонала и в конечном итоге формирует плановый фонд оплаты труда (60 – 80% всех затрат в стационаре);

- легко учитывается в медицинской организации и контролируется государственной отчетностью;

- на основе койко-дня легко сформиро-

вать тариф ОМС. Для этого достаточно провести анализ отчетных форм по кассовым расходам, в разрезе профильных отделений, для групп однородных медицинских организаций (участковых и районных больниц, ЦРБ и ЦГБ, областных клиник и т.п.) и осуществить самые простые арифметические действия (сложение и деление). Тариф ОМС будет отражать средние сложившиеся затраты и даже может иметь структуру этих затрат.

Не смотря на эти очевидные достоинства, данный показатель не отражает самого главного – заболевания и применяемой медицинской технологии для лечения этого заболевания и ориентирует стационар на «заполнение» коек как способ получения средств ОМС. В официальных источниках Минздрава РФ фигурирует показатель необоснованных госпитализаций – до 30%. Сравнительный анализ региональных медицинских организаций по структуре больных в рамках одного профильного отделения показывает существенные различия в доле тех или иных заболеваний, имеющих в соответствии со стандартами медицинской помощи существенно отличающиеся схемы лечения и диагностики (и соответственно различные затраты) при одинаковой средней длительности лечения этих заболеваний. Многим больницам в рамках оплаты за профильный койко-день становится экономически выгодным лечить «легких» больных и «держат» их

подольше.

Жесткая позиция Минздрава РФ в таких условиях неэффективного использования дорогого коечного фонда очевидно целесообразна. Задачей становится выбор группировки для оплаты «среднего» пациента по законченному случаю.

В начале 2012 года Минздравсоцразвития РФ завершает разработку федеральных стандартов медицинской помощи по основным заболеваниям, обязательное применение которых определено федеральным законом и рядом постановлений правительства РФ, готовит их регистрацию в Минюсте РФ с последующими практическим применением в 2013 году. По замыслу Минздравсоцразвития, единые для всей страны стандарты медицинской помощи будут наполняться финансовыми ресурсами в каждом субъекте, с учетом региональной специфики и обретут форму медико-экономических стандартов, утверждаемых на уровне субъекта РФ. МЭС как экономическое продолжение «среднего» пациента, лечение которого описано в стандарте медицинской помощи, становится единицей оплаты «законченного» случая лечения, обеспечивая медико-экономическое и организационное единство. Возможность такого решения была «обкатана» при реализации Программы модернизации здравоохранения. Итоги данной обкатки выявили серьезные проблемы, связанные с различ-



ным ресурсным и кадровым потенциалом регионов, не позволяющим реализовать медицинские технологии, заложенные в стандартах медицинской помощи, зачастую завышенные по объему услуг по отношению к клинической практике, что ведет к необоснованному увеличению затрат на программу ОМС без существенного улучшения результата, в 1,5 – 2 раза по сравнению с текущими затратами. Большие претензии были и у специалистов регионов к качеству проектов федеральных стандартов.

Во втором полугодии 2012 года обновленным Минздравом РФ было принято непростое решение, направленное на сворачивание схемы СМП – МЭС, и выбор другого способа группировки для реализации оплаты «законченного» случая по группе болезней.

В 2013 году все средства ОМС в соответствии с федеральным законом (№326) консолидировались в федеральном фонде ОМС, который передавал субвенцию территориальным фондам ОМС, являясь единственным страховщиком обязательного медицинского страхования. Единообразие финансовых отношений, в том числе, по оплате медицинской помощи, стали не только методической задачей ФФОМС (как это было раньше), но и задачей практической. Специалисты ФФОМС с 2010 года искали и нашли единицу оплаты законченного случая в стациона-

ре, которой стала клинко-статистическая группа заболеваний. Были проведены серьезные научно-исследовательские работы совместно с всемирным банком развития и прошла апробация нового способа оплаты в нескольких регионах РФ.

В сложившейся непростой ситуации со стандартами медицинской помощи новым министром здравоохранения РФ, д.м.н. Скворцовой В.И. было принято единственно верное решение использовать предложенные ФФОМС клинко-статистические группы для отмены койко-дня как единицы оплаты.

В кратчайшие сроки была организована межведомственная рабочая группа, в которую вошли ведущие специалисты ФФОМС, Минздрав РФ, нескольких ТФОМС и ведущие ученые экономисты. К концу 2012 года были оформлены рекомендации по способам оплаты стационарной помощи с использованием КСГ, которых на тот момент было разработано 187.

У регионов России была возможность плавного перехода к КСГ в течение 2013-2014 года, когда допускалось применение клинко-профильных групп (КПГ), по сути это среднепрофильный больной – с тарифом койко-дня умноженного на среднепрофильную длительность лечения.

В 2014 году Минздрав РФ совместно с ФФОМС продолжил работу по совершенствованию планирования и оплаты меди-

цинской помощи. В программе государственных гарантий (базовой программе ОМС), КСГ как единица оплаты были распространены на дневные стационары. Число КСГ выросло до 201, наряду с традиционными «терапевтическими» и «хирургическими» КСГ были разработаны «комбинированные» КСГ, сделавшие оплату медицинских технологий более точной, чем она была в 2013 году.

Новой ПГГ (базовой программы ОМС) 2014 года стало изменение норматива планирования стационарной помощи: койко-дни были заменены случаями госпитализации. Баланс плановых объемов и затрат стал более точным.

Кроме того были выделены нормативы планирования по профилю «Медицинская реабилитация», что обеспечивает преемственность медицинской помощи интенсивного этапа лечения с последующей медицинской реабилитацией (долечиванием пациента).

Изменения коснулись и амбулаторной помощи. Обязательным стало использование подушевого финансирования тех медицинских организаций, к которым «прикрепилось» население, с сохранением возможности медицинских услуг, комплексных посещений и случаев лечения.

Минздрав РФ начал с 2014 года поэтапное погружение высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС, определив



её в 2013 году как «новую», специализированную медицинскую помощь. Полное погружение ВМП планируется в 2015 году.

Своим решением Минздрав РФ определил трехуровневую систему оказания медицинской помощи с 2014 года, определив критериями уровня не номенклатурное деление медицинских организаций, а то что организации должны делать с учетом сложности пациентов и применяемых медицинских технологий.

Были внесены изменения в правила ОМС в части формирования тарифов ОМС, детализирован расчет по некоторым видам затрат и определен текущий мониторинг за потоками пациентов.

В этих изменяющихся нормативно-методических условиях Министерством здравоохранения и Территориальным фондом ОМС формировалась территориальная программа государственных гарантий по бесплатной помощи в Чеченской Республике, которая была утверждена постановлением Правительства Чеченской Республики от 19.12.2013г. №343.

При формировании территориальных программ региону даны достаточно широкие полномочия по определению территориальных объемных и финансовых нормативов, т.к. утвержденные постановлением Правительства РФ нормативы носят усредненный характер: «Средние нормативы

объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год. По базовой программе обязательного медицинского страхования - в расчете на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой...¹»

Субъект РФ, формируя территориальные программы (ПГГ и ОМС), может изменять объемные нормативы, используя следующие объективные факторы: «При формировании территориальной программы учитываются: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи; особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации; уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики; климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций; сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страхо-

вых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

Начиная с 2014 года: «Субъектами Российской Федерации могут устанавливаться дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности территориальными программами устанавливаются дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг».

В письме Минздрава РФ, в части полномочий субъекта определено следующее: «Установленные территориальной программой государственных гарантий объем медицинской помощи в стационарных условиях в расчете на 1 жителя и норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо могут быть обоснованы более

¹ Здесь и далее по тексту цитируются положения ПП РФ №932 «О ПГГ на 2014 ...», и письма МЗ РФ №11-9/10/2-8309 «По формированию и экономическому обоснованию ПП РФ №932».



высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленной Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте РФ и других факторов.

Выполнение объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, следует осуществлять за счет более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилизация и реструктуризация коечного фонда, оптимизация показателей работы коечного фонда и др.), а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе развернутых на базе сельских участковых больниц».

Но все эти полномочия субъекта по обоснованию более высоких объемных нормативов территориальной программы ОМС могут осуществляться только в рамках определенных базовой программой ОМС финансовых границ: «Норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования может превышать установленный базовой программой обязательного медицинского страхования норматив финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в случае уста-

новления органом государственной власти субъекта Российской Федерации дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования...».

Последнее положение полностью соответствует логике сбалансированности объемов и финансовых ресурсов на территории и предполагает наличие межбюджетного трансферта на эти объективно-обоснованные объемы. Аргументы, подобные таким: «Так сложилось, таковы фактические объемы, у нас так привыкли лечиться.. и т.п.», не являются «серьезными» обоснованиями для увеличения межбюджетного трансферта из субъекта РФ.

В бюджете РФ, в соответствии с законодательством уже предусмотрены два обязательных платежа в систему ОМС:

- страховой взнос на неработающее население, перечисляемый в федеральный фонд ОМС и формирующий субвенцию в территориальный фонд, наряду с платежами всех остальных субъектов на эти цели и страховыми взносами работодателей;
- межбюджетный трансферт на скорую медицинскую помощь.

В условиях дефицита региональных бюджетов в большинстве субъектов РФ вести речь о дополнительных средствах для системы ОМС, сверх обязательных платежей, крайне сложно.

На сегодня на федеральном уровне от-

сутствуют необходимые методики и нормативы, которые позволяют субъекту обосновано предоставлять расчеты необходимого трансферта, связанные с объективными особенностями региона, в части факторов представленных в ПП РФ о ПГГ (базовой программе ОМС).

Единственная методическая корректировка предложена информационным письмом Минздрава РФ: «Для определения объема медицинской помощи на 1 жителя по условиям её оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий, а также нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в рамках территориальной программы ОМС, средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, корректируются с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих, в том числе, особенности возрастного состава населения субъекта РФ.

При обосновании размера средних нормативов объема медицинской помощи на 1 жителя (застрахованное лицо), установленной программой, принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до восемнадцати лет включительно) и взрослых: 19% (коэффициент 0,19) и 81% (коэффициент 0,81) соответственно.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения территории



на соответствующие показатели по РФ».

Население Чеченской Республики имеет очень «редкую» для России демографическую структуру, отличающуюся от среднероссийских показателей и показателей большинства других субъектов.

В настоящий момент доля детей составляет – 39%, а доля взрослого населения – 61% , при этом трудоспособный возраст представляет большинство взрослого населения – 75%. Эта очень позитивная демографическая тенденция, показывающая перспективы развития республики.

В соответствии с методикой МЗ РФ поправочные коэффициенты к нормативам объемов медицинской помощи составляют для детского населения – 2,05, а для взрослого населения – 0,75.

Используя приложения №4 письма МЗ РФ, в котором содержатся нормативы объемов стационарной медицинской помощи по числу госпитализаций, и применяя к ним возрастные коэффициенты по детскому и взрослому населению можно посчитать территориальный норматив по стационару.

Средний норматив для стационара по РФ составляет 176,0 случаев госпитализации на 1000 застрахованных лиц, в том числе 142,24 для взрослого населения и 33,77 для детей, при средней длительности 1 госпитализации – 9,8 койко-дня.

Применение поправочных возрастных коэффициентов для взрослых и детей дает следующие результаты:

-по взрослым - $142,24 * 0,75 = 106,68$;

-по детям - $33,77 * 2,05 = 69,23$;

-для всех застрахованных лиц - 175,91.

Как видно из расчетов, применение поправочных коэффициентов по всем нормативам не дает увеличения территориальных объемов, поэтому не может служить объективным обоснованием для изменения межбюджетного трансферта.

В письме МЗ РФ допускается более детальный учет демографической структуры: «В субъекте Российской Федерации может использоваться более детальная группировка населения (застрахованных) лиц по возрастным группам».

Возможно, такая детализация групп населения и учет потребления помощи по этим группам позволит обосновать более высокие объемы медицинской помощи для конкретных категорий населения при лечении в конкретных профильных отделениях и стать основанием для изменения размера межбюджетного трансферта. Но федеральной методики корректировки нет, а разработка и утверждение подобной методики в республике требует серьезных научных исследований с привлечением всех главных специалистов Министерства здравоохранения.

Что касается других факторов воздействия на здоровье, учет которых позволит обосновать увеличение территориальной программы ОМС, то по ним также отсутствуют федеральные методики, объективно определяющие связь нормативов объемов

медицинской помощи (и финансовых средств) и перечисленных в постановлении Правительства РФ факторов.

Правительство РФ, проводя рабочее совещание по здравоохранению, дало поручение Минздраву, Минрегиону и Минтрансу России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ разработать территориальные модели организации здравоохранения с учётом региональных особенностей, включая уровень и структуру заболеваемости, половозрастной состав и плотность населения, климатические и географические условия, транспортную доступность медицинских организаций, и о результатах проинформировать Правительство Российской Федерации до 1 декабря 2014 года.

Возможно, при разработке территориальных моделей здравоохранения будут даны конкретные методические и нормативные ответы по «оптимальной» структуре региональной лечебной сети и по связи объемных показателей с различными факторами, их определяющими.

АНАЛИТИКА

Отраслевая система оплаты труда позволяет справедливо оценить работу каждого сотрудника



ЗАРА ДАДАЕВА,
заместитель директора –
главный бухгалтер ТФОМС
Чеченской Республики

«Жесткая регламентация окладов (ставок) в централизованной системе оплаты труда на основе ЕТС не позволяет руководителям учреждений здравоохранения оперативно реагировать на ситуацию на рынке труда...»

Система оплаты труда работников учреждения – совокупность норм, содержащихся в коллективных договорах, соглашениях, локальных нормативных актах, принятых в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, устанавливающими условия и размеры оплаты труда, включая размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, повышающих коэффициентов, а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера.

Отраслевая система оплаты труда в здравоохранении предусматривает отказ от Единой тарифной сетки (далее - ЕТС) и переход к системе оплаты труда на основе диапазонов окладов по квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп (далее - ПКГ) медицинских и фармацевтических работников.

Жесткая регламентация окладов (ставок) в централизованной системе оплаты труда на основе ЕТС не позволяет руководителям учреждений здравоохранения оперативно реагировать на ситуацию на рынке труда.

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 3 сентября 2013 года № 222 утверждено Положение об отраслевой системе оплаты труда работников государственных бюджетных, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики (далее – Положение об отраслевой системе оплаты труда).

Положение об отраслевой системе оплаты труда принято в целях оказания практической помощи руководителям ме-

дицинских организаций при установлении системы оплаты труда и разработке конкретных положений об оплате труда работников государственных бюджетных, автономных и казенных учреждений здравоохранения Чеченской Республики.

В Положении об отраслевой системе оплаты труда предложена разумная децентрализация в установлении окладов (ставок). При этом расширены полномочия руководителей учреждений и обеспечена дифференциация в оплате труда работников с учетом требований к профессиональной подготовке и сложности выполняемой работы.

Наименования должностей служащих и квалификационные требования к ним, указанные в Положении об отраслевой системе оплаты труда соответствуют наименованиям и требованиям, указанным в Едином тарифно-квалификационном справочнике работ и профессий рабочих и Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Положение об отраслевой системе оплаты труда включает оклады (ставки), а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера. Размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы установлены на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности, а также с учетом

сложности и объема выполняемой работы, но не ниже базовых окладов (ставок) по ПКГ, утверждаемых Правительством России. Если работник желает получить более высокий размер гарантированного заработка, ему придется выполнять более сложную работу.

К окладам (ставкам) работников установлены повышающие коэффициенты. Повышающие коэффициенты установлены в зависимости от должности, профессии, сложности и объема выполняемой работы, а также других оснований. Применение повышающего коэффициента не образует новый оклад (ставку). Размер оклада (ставки) работника с учетом применения повышающих коэффициентов должен находиться в пределах диапазона окладов квалификационного уровня ПКГ, к которому отнесена профессия рабочего или должность служащего, занимаемая работником. Диапазоны окладов по квалификационным уровням ПКГ формируют на уровне учреждения с учетом мнения выборного профсоюзного органа.

В Положении об отраслевой системе оплаты труда предусмотрены выплаты компенсационного характера, обеспечивающие оплату труда в повышенном размере работникам учреждений, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, в условиях труда, отклоняющихся от нормальных. Выплаты компенсационного характера установлены Трудовым кодексом России, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами России, а также законодательными и нормативными правовыми актами органов государственной власти субъектов России и органов местного



самоуправления.

Помимо гарантированной выплаты значительную часть заработка, который может получить работник, могут составлять выплаты стимулирующего характера за счет установленных надбавок за эффективность работы с учетом критериев качества. Учреждение вправе выбирать вид стимулирующих выплат по критериям качества, наименование должности, по которой установлены критерии качества, а также размер надбавки в зависимости от выполнения критериев качества.

Таким образом, при отраслевой системе оплаты труда на основе диапазонов окладов по квалификационным уровням ПКГ расширяются возможности руководителя медицинского учреждения стимулировать работников к качественному труду и поощрять за хорошо сделанную работу, используя средства фонда оплаты труда.

В соответствии со ст. 144 Трудового кодекса России системы оплаты труда (в том числе тарифные системы оплаты труда) работников государственных и муниципаль-

ных учреждений устанавливаются в государственных учреждениях субъектов России коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами России, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов России.

Таким образом, система оплаты труда конкретного учреждения устанавливается на уровне самого учреждения. Отраслевая система оплаты труда на основе диапазонов окладов по квалификационным уровням ПКГ в целом позволяет дифференцированно оценивать труд каждого работника.

При отраслевой системе оплаты труда на основе диапазонов окладов по квалификационным уровням ПКГ расширяются возможности руководителя медицинского учреждения стимулировать работников к качественному труду и поощрять за хорошо сделанную работу, используя средства фонда оплаты труда.

ИНТЕРВЬЮ

Саид ЯХИХАЖИЕВ: «ОМС – это кровеносная система современной медицины»

Система обязательного медицинского страхования – глазами пациента, врача, депутата

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



Ни для кого не секрет, что сегодня основой медицины Чеченской Республики, её движущей силой являются врачи старой закалки – советского периода, за плечами которых не один десяток лет кропотливой работы. Новые профессиональные кадры ещё не воспитаны, и чеченские врачи старшего поколения продолжают добросовестно выполнять свой долг.

Одним из таких докторов, чья многолетняя врачебная деятельность по праву получила всеобщее признание, является С.К. Яхихажиев – человек, который проявил себя не только на медицинском поприще, но пошёл намного дальше, найдя способ помогать не десяткам и сотням, а тысячам и тысячам своих соотечественников.

О взглядах на современную медицину, её недостатках и преимуществах мы и попросили рассказать С. К. Яхихажиева нашим читателям.

- Саид Кожалович, мы знаем, что у Вас имеется огромный багаж знаний и опыта, связанные со сферой медицины Чеченской Республики и, в целом, России. Начнём с вопроса о том, как Вы оцениваете функционирование системы обязательного медицинского страхования нашей страны?

- Думаю, что не будет преувеличением сказать, что на сегодняшний день система обязательного медицинского страхования, действующая в нашей стране, играет ту же роль, что и система кровообращения для человеческого организма. Мы знаем, что Конституцией страны всем без исключения гражданам гарантирована бесплатная медицинская помощь, и система ОМС играет роль некоего алгоритма, через который это право реализуется.

Если в начале своего становления система обязательного медицинского страхования давала какие-то сбои, то сегодня гарантированно можно утверждать, что каких-то серьёзных препон в доступе граждан к бесплатной медицине практически нет. И это обеспечивается именно системой обязательного медицинского страхования.

- А конкретно в Чеченской Республике как обстоят дела?

- Фундамент возрождения сферы здравоохранения Чеченской Республики заложил Первый Президент ЧР, Герой России Ахмат-Хаджи Кадыров, который всегда утверждал, что основа здорового общества – это здоровая нация. Он создал все необходимые предпосылки для того, чтобы уничтоженная медицина республики была восстановлена и реанимирована (материально-техническая база здравоохранения республики была разрушена на 85%, а города Грозного – на все 100%). Впоследствии эта работа была дове-

дена до своего логического конца командой сегодняшнего Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова. И нужно отметить, что многое делается и сегодня.

Говоря о том, как данная система функционирует в Чеченской Республике, необходимо признать, что с момента, когда Фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики возглавил Денилбек Абдулазизов, который со своей командой профессионалов наладил эффективную, мобильную и бесперебойную работу системы ОМС, его деятельность вышла на качественно новый уровень. Если раньше система обязательного медицинского страхования имела многоканальное финансирование (значительно понижающее её функциональность и адресность), то сегодня она одноканальная, и Фонд целиком и полностью покрывает все вопросы, возникающие в сфере здравоохранения.

Имея всестороннюю поддержку со стороны Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова, придающего вопросам здравоохранения первоочередное значение, а также должное понимание в лице Парламента ЧР, которому отведена ключевая функция по утверждению бюджета Фонда, не будет преувеличением сказать, что система ОМС Чеченской Республики по своим показателям эффективности не только догнала многие субъекты РФ, но и вышла намного вперёд, и об этом свидетельствуют многочисленные награды и достижения республиканского Фонда на всероссийском уровне.

- Какие изменения претерпела эта система по сравнению с советским периодом?

- На мой взгляд, медицина Советского Союза, если сравнивать с ситуацией в



нынешней России, имела свои «плюсы» и «минусы». Говоря даже не столько о преимуществах, сколько о главных особенностях системы здравоохранения эпохи серпа и молота, нужно подчеркнуть, в первую очередь, конечно же, кадровую составляющую – как в плане подготовки специалистов, так и по их наличию во врачебных учреждениях.

То есть тогда, как мне кажется, была абсолютная уверенность, что тебя обследует и будет лечить настоящий врач, получивший качественное профессиональное образование и имеющий необходимый опыт работы. То есть люди не боялись попасть к «неграмотному доктору», который не только не вылечит, но и, не дай Бог, покалечит.

Другое существенное преимущество советской медицины – это сильнейшая и эффективнейшая система профилактики заболеваний, аналогов которой не было во всём мире. То есть самое пристальное внимание уделялось вопросу предупреждения болезней.

Однако опять-таки в сравнении с сегодняшним днём, в то время в лечебных учреждениях имелись и определённые проблемы. Взять, к примеру, вопрос меди-

каментозного обеспечения. Если и была уверенность в том, что лекарства подлинные (уверенности, которой сейчас, к сожалению, нет), то зачастую ощущалась их нехватка, особенно в последние годы существования советской власти.

Другая проблема советского здравоохранения – сравнительно слабое оснащение лечебных учреждений и, как следствие, ненадлежащие условия прохождения осмотра и лечения пациентов.

Конечно, я не возьмусь утверждать, что сегодня эти проблемы решены на 100%, однако значительное улучшение ситуации именно по данным вопросам мы, конечно же, наблюдаем. Например, реализация программы модернизации системы здравоохранения России, на которую, начиная с 2011 года, было выделено около 460 млрд. рублей, позволила совершить огромный скачок в деле усовершенствования российской медицины.

- Отвечает ли, на Ваш взгляд, в целом, состояние здравоохранения региона потребностям населения?

- Боюсь, что нет. И на это влияет ряд субъективных факторов, связанных, в первую очередь, с военными событиями, ко-

торые имели место на территории нашей республики. Я уже говорил, что была практически полностью уничтожена система здравоохранения республики. И, начиная с 2000 года по сегодняшний день, властями региона проделана титаническая работа, которая, вне всяких сомнений, позволяет утверждать, что в этой сфере совершён в буквальном смысле прорыв.

Благодаря, в первую очередь, усилиям Главы ЧР Р. Кадырова, всесторонней поддержке федерального центра, неустанной работе Парламента и Правительства региона восстановлены, построены и оснащены самым современным оборудованием десятки больниц – самые современные и многофункциональные медучреждения на всём Северном Кавказе.

Но если вопрос строительства и оборудования больниц – по большому счёту из финансовой плоскости, то вопрос обеспечения этих учреждений соответствующим персоналом – это более многоплановая и сложная проблема, решение которой, к сожалению, никак не может быть вопросом одного-двух лет. За период социальных потрясений, выпавших на долю республики и её народов,



из ЧР уехали сотни врачей-профессионалов, которые нашли применение своему профессионализму в других российских регионах и за рубежом.

То есть сегодня республика оказалась перед дилеммой – есть первоклассные больницы, но практически некому в них работать. Конечно, в курсе этой проблемы и Глава республики, и местные власти. И сегодня делается многое, чтобы восполнить кадровый пробел. Но мы должны понимать, что только-только возрождённая система образования (по линии которой готовятся, в том числе медицинские кадры), при всём желании не позволяет нам прийти к молниеносному решению этого злободневной задачи.

Кстати, это проблема не только медицины, но и образования и многих других областей. Сегодня и Глава Чеченской Республики Р. Кадыров, и Председатель Парламента ЧР Дукуваха Абдурахманов акцентируют внимание на необходимости срочного её решения.

И нельзя утверждать, что в сфере медицины проблемы имеются только у Чеченской Республики. К примеру, согласно данным Министра здравоохранения РФ В. Скворцовой, озвученным ею в интервью газете «Московский комсомолец» в 2013 году, общий дефицит врачей в стране составляет 40 тысяч, медсестёр и фельдшеров – 270 тысяч. А выпускается ежегодно 36 тысяч врачей и 65 тысяч медсестёр и фельдшеров. Но это не спасает ситуацию, так как по статистике из отрасли в год уходит около 50 тысяч врачей, из которых 15 тысяч – трудоспособного возраста (30–40 лет).

- Насколько нам известно, соответствующая работа проводится и в стенах законодательного собрания...

- Да, недавно в Парламенте Чеченской Республики под руководством первого заместителя спикера Салмана Закриева прошёл

ряд совещаний на данную тему с участием руководства Министерства здравоохранения ЧР, Министерства образования и науки ЧР, а также глав муниципалитетов, начальников районных отделов образования, ректоров, руководителей ссузов. Был проведён тщательный анализ, определены цифры по имеющимся вакансиям – с учётом прогноза на ближайшие пять лет.

Если коснуться проблемы в общем, то в образовании и здравоохранении требуется примерно столько же работников (принимая во внимания строящиеся больницы, школы, детские сады), сколько работает в настоящее время. К примеру, только врачей – приблизительно до 3000, медсестёр – около 4 тысяч.

Также было отмечено, что необходимо воспитывать собственные кадры (учитывая высокий процент безработицы) и что приглашение специалистов извне – не решение проблемы.

Были рассмотрены различные варианты решений, в том числе – путём создания специальной республиканской программы, подкреплённой финансово, а после – и на законодательном уровне.

Помимо этого, серьёзно обсуждался вопрос о внедрении предлагаемой нами системы так называемого трехстороннего договора «район-родитель-институт», когда район определяет количество необходимых вакансий, институт предоставляет бюджетные места, а сами студенты и их родители берут на себя обязательство, согласно которому молодые люди после получения образования поступают на работу именно в тот район, откуда поступила заявка. Конечно, здесь можно говорить и о повышенной стипендии для этих ребят, других льготах, которые стимулировали бы их.

Кстати, в Комитете по труду, социальной политике и делам ветеранов Государствен-

ной Думы РФ, возглавляемом депутатом Александром Исаевым, имеется связанный с введением распределительной системы проект Федерального закона «О первом рабочем месте», который также направлен на решение рассматриваемой проблемы.

В целом, по итогам рассмотрения данного вопроса было решено, что справка рабочей комиссии по озвучиваемой проблеме будет представлена Главе ЧР Р. Кадырову. То есть, хочу подчеркнуть, что понимание вопроса, наличия этой проблемы, а также необходимости её скорейшего решения, у руководства республики есть. И властями в этом направлении предпринимаются конкретные меры.

- Вы затронули тему получения медицинского образования в республике. Как бы Вы охарактеризовали состояние дел в этой сфере?

- Как я уже говорил, эта область, как, впрочем, и многие другие направления в жизнеобеспечении республики, переживает фазу становления. То есть говорить о том, что сегодня у нас выпускаются высококвалифицированные кадры, которые могут сразу же по окончании вуза работать в больницах, мы не можем. Во-первых, ни для кого не секрет, что путь к докторской профессии тернист и извилист, и это помимо пяти лет учёбы в институте, ещё минимум столько же в ординатуре, интернатуре и т.д. Во-вторых, «выпускная способность» медицинского факультета ЧГУ и медколледжа на сегодняшний день не отвечает потребностям республики в медперсонале различного уровня. Не говоря о том, что само качество получаемого у нас в республике медицинского образования пока ещё не достигло должного уровня.

Однако есть и положительные подвижки. Год назад Чеченскую Республику посетила Министр здравоохранения России Вероника Скворцова, которая встретила с Главой ЧР Рамзаном Кадыровым и обсудила с ним ряд проблем, перед которыми стоит регион. В частности, была достигнута предварительная договорённость, что на базе медицинского факультета Чеченского государственного университета будет создана Медицинская академия, функционирование которой позволит значительно улучшить кадровый потенциал республики.

- На каких проблемах Вы акцентировали внимание в качестве члена Комитета Государственной Думы по охране здоровья? Что удалось сделать?

- Должен признаться, что возможности депутата Государственной Думы России в плане оказания помощи гражданам значительно шире. И если со скальпелем в руках ты облегчаешь боль одного человека, то, имея депутатский мандат, ты можешь содей-



ствовать в решении проблем сотен и сотен людей. И нужно без ложной скромности отметить, что этим мы фактически и занимались все эти 4 года деятельности в нижней палате российского парламента.

В качестве члена Комитета ГД по охране здоровья в 2009 году мной была инициирована и организована в Чеченской Республике акция – выезд ведущих специалистов Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева во главе с директо-

ром, академиком РАМН Л.А. Бокерия для обследования и отбора больных с патологией сердца на оперативное лечение. Это стало возможным после моей встречи с министром здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т. Голиковой, где была достигнута устная и письменная договоренность о бесплатном оперативном лечении всех выявленных больных. Известно, что стоимость одной подобной операции варьируется от 300 000 до 1 000 000 рублей.

Изначально планировалось осмотреть 500 пациентов, но в ходе акции было обследовано 1 500 пациентов, из них 334 нуждающихся в оперативном лечении, которые в последующем бесплатно были прооперированы в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева.

Также благодаря Всероссийскому фонду «Мы вместе» в 2010 году нам удалось выделить для Чеченской Республики два диализных центра с самым современным, дорогостоящим немецким оборудованием с бесплатным расходным материалом и обучением медперсонала для работы на данном оборудовании.

Важным достижением и гордостью в качестве депутата Государственной Думы, конечно, считаю тот факт, что за эти годы при моём непосредственном содействии в московские медицинские учреждения было госпитализировано свыше 1600 пациентов, которые получили целиком бюджетное (то есть бесплатное) лечение.

Добавлю, что уже в должности помощника Главы Чеченской Республики по социальным вопросам, а впоследствии – как депутат Парламента Чеченской Республики, я продолжил работу, направленную на оказание содействия жителям в получении квалифицированной медицинской помощи.

- Благодарю Вас за беседу.

Наше досье:

Родился 23 июля 1948 года в г. Ташкумир Киргизской ССР. В 1966 году окончил среднюю школу №1 г. Гудермеса. В 1973 году окончил Астраханский медицинский институт по специальности «Лечебное дело». С 1973 по 1974 годы проходил интернатуру по хирургии. В 1974 году был назначен главным врачом Николаевской участковой больницы Наурского района ЧИАССР.

С 1976 по 1982 годы – хирург Центральной районной поликлиники г. Гудермеса, с 1982 года – ординатор хирургического отделения ЦРБ. С 1989 года – заведующий хирургическим отделением.

В августе 2005 года назначен заместителем главного врача ЦРБ по хирургической части. В 1986 году присвоена первая, а в 1991 году – высшая квалификационная категория.

В 1989 году избран депутатом Гудермесского городского Совета Народных депутатов, членом Президиума Гудермесского городского Совета, председателем Комитета по вопросам здравоохранения.

В декабре 2005 года избран депутатом Народного Собрания Парламента Чеченской

Республики, председателем Комитета по вопросам здравоохранения.

2 декабря 2007 года избран депутатом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации V созыва, являлся членом Комитета Государственной Думы по охране здоровья, председателем подкомитета по проблемам специализированной медицинской помощи.

По окончании срока полномочий депутата Государственной Думы в 2012 году назначен помощником Главы Чеченской Республики по социальным вопросам.

8 сентября 2013 года избран депутатом Парламента Чеченской Республики третьего созыва, является членом Комитета по бюджету, банкам и налогам Парламента ЧР.

После открытия медицинского факультета Чеченского государственного университета успешно совмещал врачебную деятельность с педагогической практикой в должности старшего преподавателя кафедры общей хирургии. С 2007 года – штатный сотрудник ЧГУ, преподавал на кафедре общей хирургии, с 2008 года – доцент кафедры

неотложных состояний с курсами реанимации и анестезиологии.

Кандидат медицинских наук (2006), тема диссертации: «Диагностика и лечение огнестрельных ранений живота в центральной районной больнице в условиях вооруженного конфликта».

Награжден орденами Кадырова и «За развитие парламентаризма в Чеченской Республике», медалями «За заслуги перед Чеченской Республикой» и «За содействие» МВД России, нагрудным знаком «Почетный донор России», является Заслуженным врачом Чеченской Республики, Почетным профессором Астраханской государственной медицинской академии.

В 2012 году за многолетнюю плодотворную деятельность в сфере медицины объявлен лауреатом в номинации «Здравоохранение» ежегодной премии «Серебряная сова» Интеллектуального центра Чеченской Республики.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О необходимости формирования концепции постоянного повышения качества медицинской помощи



ЗАРА БАУДИНОВА,
заместитель директора
ТФОМС Чеченской Республики

«Оптимизация финансовых расходов в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ является, пожалуй, основной задачей в сфере ОМС...»

Время, в которое мы с вами живём, – это время реформ. В значительной степени преобразования коснулись отечественного здравоохранения, и они настолько существенны, что положительные результаты от реформирования (модернизации) отрасли нельзя не ощутить, хотя по заключениям ученых-теоретиков наибольший эффект можно получить только через 3-5 лет. Не следует забывать о том, что здравоохранение – это особая отрасль, роль и значение которой в жизни любого государства трудно переоценить. Недаром показатели здоровья населения фигурируют в ежегодных отчетах о деятельности правительств и руководителей государств, как основная составляющая национального благополучия. Здравоохранение в Российской Федерации претерпевает изменения, которые так давно были необходимы всем нам, и прежде всего это касается финансирования отрасли. При этом большая роль отводится обязательному медицинскому страхованию, и не без оснований. Обязательное медицинское страхование в нашей стране в настоящее время выступает как государственный социально-финансовый механизм, направленный на дальнейшее развитие и совершенствование здравоохранения. Оптимизация финансовых расходов в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ является, пожалуй, основной задачей в сфере ОМС. Преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения подчеркивает значение обязательного медицинского страхования в период происходящих преобразований. Обе системы – и здравоохранение, и

обязательное медицинское страхование – нацелены на реализацию основных направлений государственной социальной политики в деле сохранения и улучшения здоровья населения Российской Федерации. Сегодня уже невозможно разделить ОМС и здравоохранение, и преобразования в обеих системах идут, как правило, синхронно. Говорить о положительных результатах происходящих перемен, конечно, необходимо, и каждый субъект РФ имеет свой положительный опыт реализации государственных программ реформирования регионального здравоохранения. Однако есть раздел медицинской деятельности, ради которого, в конечном итоге, и были задуманы все те преобразования, которые сегодня претворяются в жизнь. Это качество медицинской помощи (КМП).

Говоря о качестве медицинской помощи, следует отметить тот факт, что внимание к КМП стало более пристальным, и от декларации «борьбы за качество» федеральные структуры, такие как Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, наконец-то перешли к реальным действиям, направленным на изменение ситуации с качеством медицинской помощи в здравоохранении. Вопросы КМП и обеспечения населения качественной медицинской помощью постепенно становятся основополагающими в современных тенденциях развития здравоохранения.

В Москве 2-3 декабря 2013 года состоялась VI Всероссийская научно-практическая конференция «Медицина и качество – 2013».

Несомненно, это событие привлекло к себе огромное внимание. В конференции приняли участие более 600 специалистов из всех субъектов Российской Федерации из почти 100 городов, и зарубежные коллеги – специалисты в области контроля качества медицинской помощи. Представители различных структур были участниками столь значимого форума – руководители органов здравоохранения, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и Росздравнадзора, специалисты страховых медицинских организаций, врачи, ученые, фармацевты, представители законодательной и исполнительной власти, профессиональных ассоциаций. Оба дня конференции были весьма насыщены как по количеству докладов и выступлений, так и по разнообразию тем и направлений.

В выступлении первого заместителя председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья Н.Ф. Герасименко на тему «Законодательные аспекты управления качеством медицинской помощи» внимание собравшихся было обращено на то, что необходима система управления КМП на государственном уровне и актуальным остается вопрос создания единого понятийного материала (терминологии) по качеству. Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко отметила, что необходимым условием адекватного проведения контроля качества медицинской помощи является унификация экспертной деятельности и единообразие при проведении контроля КМП во всех субъектах РФ. В своем выступлении она остановилась на таком спорном вопросе, как возможность использования стан-



дартов медицинской помощи в экспертной деятельности. Н.Н. Стадченко неоднократно подчеркнула, что стандарты не могут быть использованы в качестве «эталона» при проведении экспертизы КМП, так как являются документами, содержащими усредненные нормативы кратности проведения лечебно-диагностических мероприятий и иных показателей. По мнению докладчика, стандарты могут быть использованы исключительно для экономических расчетов различной направленности в здравоохранении, включая формирование региональных программ государственных гарантий. В выступлениях на пленарном заседании не обошлось и без критики. Так, Президент Национальной Медицинской палаты, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л.М. Рошаль отметил, что удивительным и в корне неверным является тот факт, что страховые медицинские организации «отвечают за качество медицинской помощи» в российском здравоохранении. В своём коротком, но эмоциональном выступлении Л.М. Рошаль с сожалением указал на то, что практические врачи в Российской Федерации не знают и не имеют протоколов оказания медицинской помощи, что не позволяет им использовать указанные протоколы в своей практической деятельности.

С одной стороны, все мы увидели желание организаторов форума изменить ситуацию по КМП в здравоохранении. Однако, с другой стороны, речь на конференции все-таки шла о различных направлениях влияния отдельных мероприятий на КМП, а не о комплексном подходе к повышению качества в каждой медицинской организации и в отрасли в целом. К сожалению, практи-

чески не была затронута тема необходимости разработки национальной концепции повышения качества медицинской помощи в здравоохранении. Опыт же зарубежных стран показывает, что без национальной политики по управлению и повышению КМП решить проблемы качества в здравоохранении очень сложно. Неоднозначность мнений о тех или иных мероприятиях, направленных на повышение качества, показывает, что на сегодняшний день слишком разобщены руководители федеральных и региональных структур, теоретики здравоохранения, руководители медицинских организаций и практические врачи.

Нужно отметить, что специалисты территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций, длительный период времени занимающиеся проблемами качества медицинской помощи, считают, что в настоящее время имеются определенные предпосылки для начала работы по формированию национальной концепции постоянного повышения качества медицинской помощи в здравоохранении:

- региональные Программы государственных гарантий обеспечены финансовыми ресурсами в достаточном объеме и без дефицитов;
- материальная база медицинских организаций значительно укреплена в части обеспечения их диагностическим оборудованием;
- отсутствуют проблемы с лекарственным обеспечением;
- обеспечен достаточный уровень доступности медицинской помощи для жителей большинства регионов;
- стабильно повышается заработная

плата медицинских работников;

- имеются хорошие перспективы улучшения состояния обеспечения кадрами в отрасли здравоохранения.

Основные первоочередные задачи очевидны, и решать их необходимо на федеральном уровне:

- разработать национальную концепцию постоянного улучшения КМП;
- разработать и нормативно утвердить единую терминологию для всех структур, занимающихся качеством медицинской помощи и экспертизой КМП;
- разработать унифицированную методику (технологии) проведения экспертизы КМП, которая будет использоваться при проведении как ведомственной, так и вневедомственной экспертизы;
- разработать рекомендации по созданию системы управления КМП для медицинских организаций;
- разработать рекомендации по созданию региональной системы управления КМП.

Указанные мероприятия отражают основные направления работы по решению проблем, связанных с качеством медицинской помощи. Из всего сказанного следует только одно – качеством медицинской помощи необходимо заниматься на всех уровнях, но инициатива должна исходить от руководителей федеральных структур, ответственных за отечественное здравоохранение. Национальная стратегия дальнейшего развития здравоохранения сегодня уже неотделима от национальной концепции повышения качества медицинской помощи.

Клинико-статистические группы болезней: мифы и реальность

ПИРОГОВ М.В.,

д.э.н., профессор

Клинико-статистические группы заболеваний (КСГ) как один из нескольких возможных способов описания и оценки «среднего» больного в практике оплаты стационарной помощи стала применяться в ряде регионов России с середины 90-х годов прошлого века, в процессе становления страховых отношений в здравоохранении. По различным причинам данная форма «усреднения» не получила широкого применения, в отличие от широко применявшихся в ряде регионов России медико-экономических стандартов (МЭС).

В 2012 году решением нового Министра здравоохранения РФ, д.м.н., Скворцовой В.И. была сформирована межведомственная рабочая группа для разработки рекомендаций по использованию клинико-статистических групп в практике оплаты стационарной медицинской помощи, т.к. программой государственных гарантий, в части выбора способов оплаты, регламентировался переход к оплате «законченного» случая лечения пациента, в том числе с использованием КСГ.

В 2014 году при реализации территориальных программ ОМС применение КСГ становится практически безальтернативным к другим формам «среднего» больного и регламентируется приказами федерального фонда ОМС, которые для подотчетных территориальных фондов становятся обязательными.

Считая применение КСГ в практике оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи своевременным шагом, создающим возможность сопоставлять деятельность регионов в части исполнения «базовой» программы ОМС и приводящей её к «общему» знаменателю, хотелось бы понять, насколько данное однообразие форм и методов организационно-экономических отношений целесообразно и не препятствует развитию данных отношений, в условиях объективного отличия субъектов РФ друг от друга.

Процесс формализации, упорядоче-

ния и «усреднения» клинической практики для решения организационно-экономических задач начался в конце прошлого века в стране с традиционно рыночной (частной) организационно-экономической моделью здравоохранения. Речь идет о Соединенных Штатах Америки – признанном лидере по совокупным расходам на здравоохранение в мире, с самыми высокими темпами этих расходов в новейшей истории (см.Рис.1).

Именно неуклонный рост расходов общества на медицинские услуги при достаточно скромных показателях индивидуального и общественного здоровья (37 место в мире по данным Всемирной организации здравоохранения за 2000 год) заставили правительство этой страны направить средства федерального бюджета в частные клиники и частным врачам на оплату медицинских услуг незастрахованным американцам (программа «Medicare»).

Стандартизация является многогранным и непрерывным процессом, охватывающим все аспекты здравоохранения и направленным на совершенствование организации и управления для обеспечения:

- комплексного развития за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации;
- объективного контроля качества медицинских услуг;
- эффективного использования ресурсного потенциала;
- оптимизации лечебно-диагностического процесса;
- интеграции национального здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Именно по этим причинам медицинская стандартизация является приоритетным направлением современного развития сферы медицинских услуг в большинстве эконо-

мически развитых стран мира.

Впервые попытка формализации структуры процессов и результатов медицинской деятельности была предпринята в США, где эта проблема исследуется с начала 20 века. Для оценки качества медицинской помощи были созданы и внедрены аккредитационные стандарты для учреждений, оказывающих медицинские услуги, а так же профессиональные стандарты для медицинских работников. В рамках программы аккредитации американских больниц была организована Объединенная комиссия (1952г.), в состав которой вошли медицинские ассоциации, коллегия врачей, Канадская медицинская ассоциация и другие. Основной задачей, поставленной перед этой комиссией, вначале была разработка стандартов медицинского обслуживания, а через некоторое время и контроль над их соблюдением.

Процесс стандартизации в медицинской области получил также свое развитие в европейских странах, где он и по настоящее время применяется как инструмент анализа качества и себестоимости медицинского обслуживания. В настоящее время стандартизация является важнейшим компонентом единого процесса управления здравоохранением во многих странах мира.

Стандарт складывается из клинико-технологической и экономической частей. Клинико-технологическая часть имеет непосредственное отношение к медицине и определяет оптимальное количество медицинских услуг (исследований, консультаций, блок-схем и методов лечения), а также показателей, которые принадлежат к медицинским технологиям (критерии системы медицинского наблюдения, динамика патологического процесса, входа и выхода из данной системы, исходов и осложнений). Экономическая часть связана в конечном итоге с рентабельностью оказываемых услуг.

Согласно системной классификации методов анализа качества в здравоохранении можно выделить следующие типы стандартов:

¹ В США федеральная программа льготного медицинского страхования для лиц старше 65 лет и инвалидов, а также людей, проработавших определенное число лет на государственной службе; учреждена конгрессом в 1965 г. Входит в общую федеральную программу социального страхования.

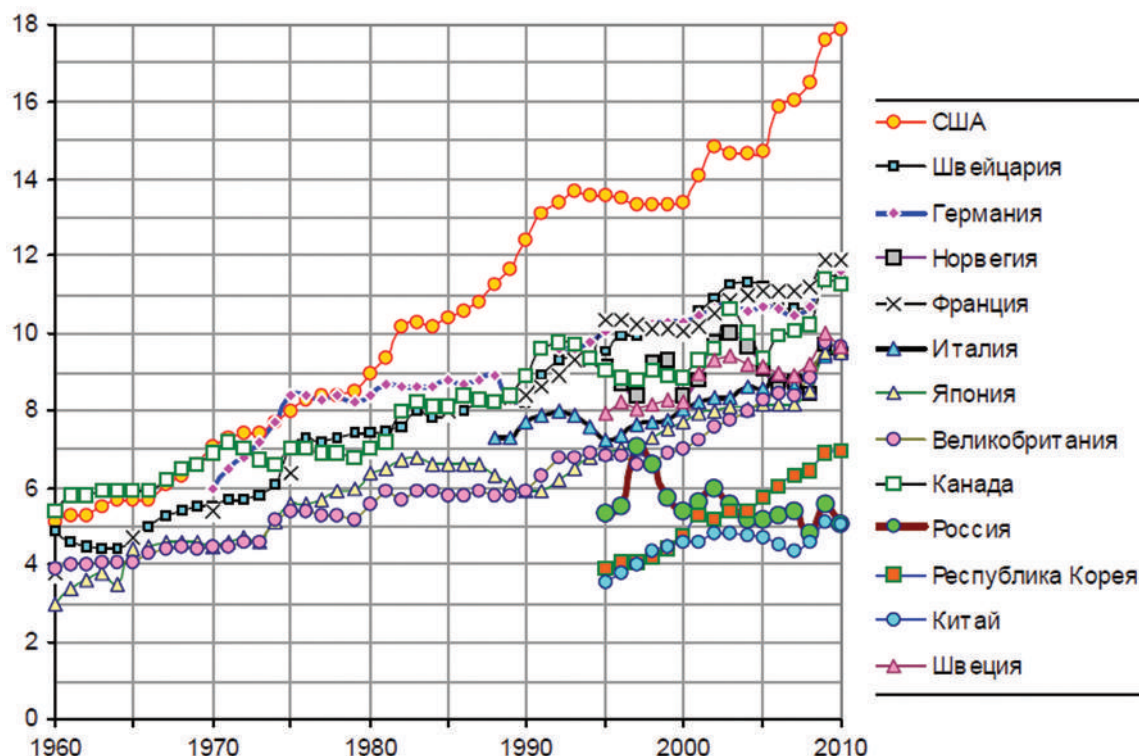


Рис. 1. Динамика совокупных расходов на здравоохранение в мире (в доле ВВП).

-стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база медицинской организации — материально-техническое обеспечение, кадры;

-стандарты процесса, определяющие технологию лечения и диагностики;

-стандарты результата лечения (т.е. стандарты качества) — определяют качество результатов лечения и диагностики.

Американскими учеными Йельского университета в конце 70-х годов была разработана классификация, которая основывается на многомерном анализе клинико-статистической информации на основе выставленных счетов на оплату лечебно-диагностических и сервисных услуг и используемых лекарственных средств (предметов медицинского назначения). Единицей измерения в данной классификации являются диагностически-связанные (родственные) группы болезней (от англ.: diagnosis related group — DRG), формирующиеся с учетом основного диагноза, осложнений, сопутствующих заболеваний, профиля помощи и возраста больного.

В США в 1983 году для финансирования программы «Medicare» была введена систе-

ма из 495 DRG и определена стоимость случая лечения внутри каждой группы. Каждая из DRG имела ряд стандартных параметров: сроки лечения (средний и предельный), относительная стоимость. К стандартному параметру были отнесены также процент атипичных по срокам лечения и стоимости случаев госпитализации (в среднем 6,0%) и индексы заработной платы врача и медицинской сестры.

Сумма, выплачиваемая больнице за каждого пациента, является произведением двух величин: стандартизированной суммы в пересчете на один случай госпитализации и относительного веса, присваиваемого данной DRG. Относительный вес DRG одинаков для всех больниц страны; чем выше вес, тем больше размер платежа.

В США был разработан механизм учета местных различий:

- в заработной плате медицинских работников;
- использования в больнице крупных исследовательских и обучающих программ;
- наличия очень длительных или, наоборот, коротких сроков пребывания и др.

После нескольких десятилетий посте-

пенных модификаций системы DRG программа «Medicare» в 2007 году увеличила количество DRG с 538 до 745 «Medicare Severity DRG», включив версии, применяемые в коммерческом секторе здравоохранения.

Основной целью изменений в системе DRG является более полный учет различий в затратах на лечение внутри групп.

Согласно системе предварительной оплаты фиксированные платежи в зависимости от соответствующей DRG перечислялись больнице непосредственно при поступлении больного в стационар. Экономленные средства больница тратила по своему усмотрению. Поскольку сверхнормативные расходы на пациента больнице не компенсировались, а сэкономленные средства оставались в ее распоряжении, авансовое возмещение в соответствии с системой DRG определяло противозатратный стимул и ориентировало на экономию за счет снижения удельного расхода ресурсов и более строгой специализации при госпитализации в стационары.

Использование DRG при финансировании национальных программ за счет бюджетных источников облегчает осуществление контроля качества, делает возможным функ-

ционально-стоимостной анализ медицинской помощи, создает условия для оценки взаимосвязи между состоянием здоровья и качеством медицинского обслуживания.

В соответствии с принципами предварительной (гонорарной) системой оплаты, тарифы устанавливаются до начала процесса лечения, основываясь на диагнозе и стандартизированных затратах на лечение.

В США система предварительной оплаты в здравоохранении была направлена на перемещение политики контроля над затратами от сдерживания спроса (путем применения «сострахования») к разделению издержек между пациентом и медицинской организацией. Цель ее введения состояла в создании для монопольных поставщиков медицинских услуг стимулов для снижения издержек.

Система предварительной оплаты может рассматриваться как метод стимулирования стационара к получению прибыли (в случае превышения платежа над фактической стоимостью медицинских услуг), что ведет к принятию различных мер, снижающих затраты на лечение.

Несмотря на то, что метод DGG показал свою экономическую эффективность, способствуя снижению необоснованных издержек на лечение, существенной являлась и является в настоящее время проблема недостаточного учета различий в тяжести заболеваний (а это отражается в разной длительности лечения).

Невозможность создания совершенной системы оплаты, учитывающей все различия между пациентами, означает, что наиболее существенной является проблема морального риска. «Эталонная» конкуренция в здравоохранении может в большей степени ухудшать положение пациентов, чем неэффективно работающие медицинские организации.

Практическое использование DRG также выявило негативные последствия применения такой системы, которые можно разделить на четыре основных типа:

- «снятие сливок» («creaming») – предпочтение в приеме тех пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых ниже цены по DRG;

- «экономия» («skipping») – снижение качества медицинских услуг для пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по DRG;

- «отбрасывание» («dumping») – отказ в приеме пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по DRG;

- «использование лазеек» (DRG-creep) – манипулирование диагнозами пациентов в сторону большего обращения к DRG, имеющим больший вес, а значит и стоимость.

С экономической точки зрения методологически важным является вопрос о том, насколько «широко или узко» должны быть определены DRG. Укрупненные DRG дают мощный стимул к росту эффективности и минимизируют возможности манипулирования диагнозами. С другой стороны, существует опасность применения стационарами стратегии «снятия сливок» и «экономии». Если DRG детализированы, то эти негативные стимулы исчезают, однако возникает стимул для «перелечивания» пациентов, если это приводит к возможности использования более «дорогой» DRG (стратегия «использования лазеек»).

Кроме того, для ликвидации стимулов к «отбрасыванию» и «экономии» в случае высоких фактических затрат на лечение пациентов, должен использоваться механизм разделения рисков между плательщиком (СМО) и поставщиком медицинских услуг (МО) в виде возмещения стационару части затрат, если фактическая стоимость лечения реально превышает нормативную.

Метод DRG, введенный в рамках системы предварительной оплаты американской программы «Medicare», получил широкое распространение в мире.

После одобрения конгрессом США системы диагностически связанных групп как метода оплаты стационарам за пролеченных пациентов, схожие механизмы оплаты за оказанную стационарную помощь стали постепенно внедряться в большинстве индустриально развитых стран. Однако причины внедрения, а также характерные черты групповых экономических стандартов медицинской помощи в каждой стране значительно отличаются друг от друга. Различны и их названия. В США и Германии – это DRG (Dignosis-Related Group), в Канаде CMG (CaseMixGroup), в Великобритании – HealthCareResourceGroups (HRGs).

В настоящее время в 14 странах Евросоюза применяются системы финансирования стационаров, основанные на методе DRG. Первоначальной целью применения этого метода было снижение стимулов для оказания «избыточного» количества медицинских услуг. Однако впоследствии во многих странах (например, в Дании и Великобритании) основной задачей стало создание системы финансирования, в которой «деньги следуют за пациентом», что должно было способствовать скорейшему внедрению такого направления реформирования здравоохранения, как увеличение свободы выбора поставщика медицинских услуг для пациентов.

Сущность данного механизма финансирования заключается в том, что он устанавливает оплату стоимости лечения исходя не

из фактического объема услуг, а на основе предполагаемого нормативного показателя.

Опыт использования DRG показал, что больницы стали фактически «ценополучателями» (price takers) и имели совершенно «эластичный спрос» на пациентов программы «Medicare».

Такая система стимулировала больницы к бережному и гуманному отношению к пожилым людям (т.к. именно пациенты выбирали конкретные больницы), увеличению оборота коек путем снижения средней длительности лечения; к контролю затрат.

Следует отметить, что в Европе этот метод часто используется как инструмент планирования размера «глобального бюджета больницы», когда между поставщиком (МО) и плательщиком (СМО) согласовывается объем заказываемой стационарной медицинской помощи, устанавливается общий размер финансирования данного объема помощи и условия его изменения при невыполнении или перевыполнении заказанного объема.

Многие страны и страховые фонды, причем не только в странах с высоким доходом, в целях контроля расходов и создания стимулов для повышения эффективности, используют при финансировании больниц ту или иную форму оплаты за законченный случай. В число этих стран входят Казахстан, Кыргызстан, Таиланд и Турция².

Проведенное в Швеции сравнение областей местного управления (графств), применяющих и не применяющих метод DRG при финансировании больниц, показало, что этот метод позволяет экономить около 10% расходов³. Сообщается, что в США средняя продолжительность пребывания в больнице при введении системы оплаты по DRG снижается по сравнению с применением других систем оплаты⁴. Как показали исследования, в результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на

²Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. Bulletin of the World Health Organization, 2009;87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370; Burdaja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. BMC Health Services Research, 2008;8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5; Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. International Journal of Health Care Finance and Economics, 2009;9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629; O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. Washington, DC, The World Bank, 2009.

³Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. Health Economics, 1999;8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728

⁴Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. Handbook of health economics. Amsterdam, Elsevier, 2010.

стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение.

В настоящее время DRG воспринимаются за рубежом в основном как средство оплаты стационарам за оказанные услуги и вызывают интерес во многих странах Европы. Соответствующие национальные версии разработаны в Германии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Франции, Норвегии, Венгрии. Цели, ставшие импульсом к внедрению диагностически связанных групп, в разных странах ЕС различаются: это и сокращение времени ожидания госпитализации; стимулирование деятельности через конкуренцию провайдеров медицинской помощи, наряду с предоставлением пациентам возможности выбора больничных учреждений. Другая группа причин использования диагностически связанных групп, включает в себя: контроль стоимости медицинской помощи, повышение «прозрачности» в финансировании больничной помощи и гармонизацию систем оплаты для общественных (государственных) и частных провайдеров больничной помощи. Страны, внедряя систему DRG, часто импортируют систему другой страны – например, США.

Медицинские услуги, оказываемые в стационарах, первоначально описывались достаточно лаконичным набором клинических данных (диагнозы и несколько хирургических манипуляций), демографических данных (пол, возраст) и определением используемых ресурсов (стоимость, продолжительность госпитализации). В дальнейшем в системах DRG, особенно австралийской и заимствованной из нее немецкой, а также во Франции и Нидерландах больше внимания стало уделяться всем видам процедур, проводимых во время госпитализации, и тяжести состояния пациента. Группы в таких системах более точно можно определить не как диагноз-связанные группы, а как диагностически-терапевтические группы (именно так они называются в Нидерландах). В то время как в США существуют только дифференциация на уровне наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, во Франции используется 4-уровневая градация по тяжести состояния, а в Германии даже используется около 9 уровней для каждого DRG.

Данные последних исследований показывают, что оплата за случай лечения на основе различных вариантов DRG является почти повсеместной практикой в странах – членах ЕС, как «старых», так и «новых». Вместе с тем, ожесточенные дебаты среди клиницистов, ученых и представителей общественности за рубежом показывают, что платежи больницам на основе DRG содержат в себе значительные технические, органи-

зационные, экономические и политические проблемы.

В последнее десятилетие европеизация рынков медицинских услуг привела к повышению давления на национальные системы компенсаций стационарам. Повышение мобильности пациента приводит к растущей взаимосвязанности систем здравоохранения разных стран и в настоящее время в Евросоюзе начал действовать проект EuroDRG.

Проект EuroDRG тщательно изучает проблемы внедрения DRG. В первой части проекта основное внимание уделяется сложности случаев платежей в больницах в национальных контекстах. Особый акцент делается на выявление тех факторов, которые имеют решающее значение для расчета адекватных платежей случая лечения, справедливого сравнения эффективности больниц внутри стран и по всей Европе, и изучения взаимосвязи между затратами и качеством медицинской помощи, оказываемой в больницах. Проект направлен на проведение сравнительного анализа систем DRG, встроенных в системы здравоохранения 10 европейских стран (Австрия, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Нидерланды, Польша, Испания, Швеция, Ирландия, Великобритания).

Вторая часть проекта направлена на выявление общеевропейских проблем в оплате случаев больничной помощи. Особый акцент делается на определение путей для расчета платежей наиболее адекватным образом, для оценки эффективности больницы внутри и между европейскими странами, и выявление факторов, которые влияют на отношения между затратами и качеством стационарной помощи.

В научных и политических кругах многих стран признается, что внедрение DRG сильно влияет на поведение поставщиков медицинских услуг. Большая часть исследований, проведенных преимущественно в США в 1990-х годах, показали, что внедрение DRG привело к снижению средней продолжительности госпитализации и снижению расходов на пролеченный случай. Более современные международные данные о влиянии внедрения DRG в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии демонстрируют, что системы DRG и ретроспективной оплаты за оказанные услуги приблизительно одинаково влияли на расходы на здравоохранение в период между 1990 и 2004 годами.

Главный результат использования системы DRG за рубежом – это сокращение средней длительности пребывания пациента в стационаре и числа самих стационаров. В условиях оплаты по DRG больницы вынуждены организовывать

догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях. Заключительный этап лечения и реабилитация переносится либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия с использованием медицинского персонала. В условиях оплаты по диагностически связанным группам также заметно возрастает объем амбулаторной хирургии.

Российская практика формализации лечебного процесса и его финансовой оценки базировалась на идеологии использования медико-экономических стандартов (МЭС).

Начало разработки системы МЭС в России было связано с проведением эксперимента по отработке новых форм управления, планирования и финансирования здравоохранения, осуществлявшегося с 01.01.1988 в пилотных проектах, проводимых в Ленинграде, Кемеровской и Куйбышевской областях⁵.

Однако как в этот период, так и в годы становления системы ОМС стандарты создавались несогласованно, в основном, отдельными медицинскими организациями, как практическая формализация лечебного процесса, для более полного учета затрат на медицинскую услугу либо по отдельным группам заболеваний.

Следует отметить, что функции МЭС в системе здравоохранения были достаточно многообразными. Прежде всего, они служили стандартами качества медицинской помощи, используемыми при оценке СМО работы МО; применялись в качестве внутренних стандартов оказания медицинской помощи.

МЭС могли бы являться и инструментом стратегии конкретизации государственных гарантий. В этом случае гражданам гарантировалось бесплатное предоставление определенного пакета лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств в пределах МЭС по каждому заболеванию. Такой гарантируемый пакет должен был бы быть одинаковым для всех. Дополнительная медицинская помощь сверх пакета должна была бы предоставляться за счет оплаты работодателями и (или) самим пациентом.

Еще в конце 2004 года на федеральном уровне был подготовлен законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи», который определил механизм использования МЭС в качестве метода конкретизации гарантий государства в финансировании здравоохранения. Однако для объективного определения стоимости стандартов необходимо было существенно увеличить объем финансирования здраво-

⁵ Данная схема имеет значительное сходство с моделью «квазирынка» Великобритании [Скляр Т., 1998].

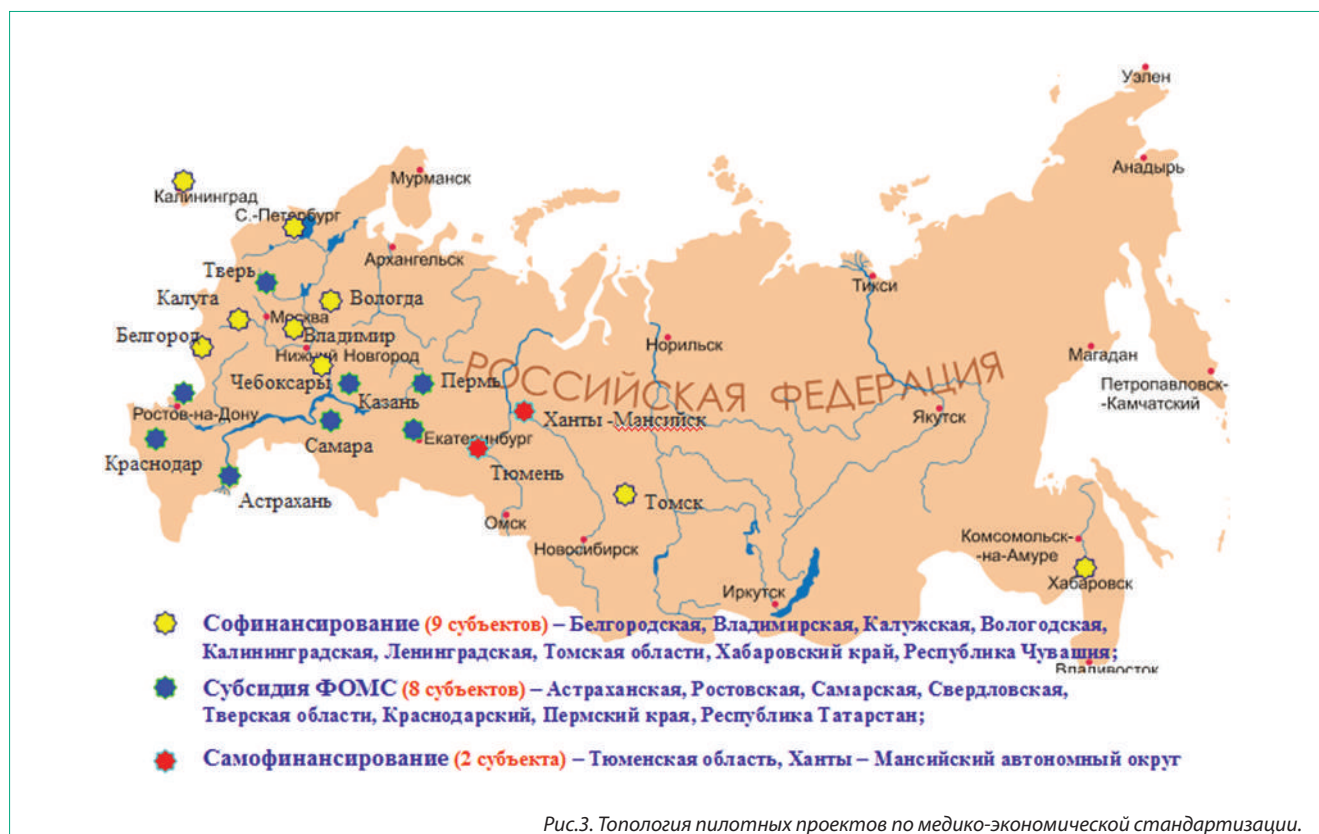


Рис.3. Топология пилотных проектов по медико-экономической стандартизации.

охранения и обеспечить при этом равные условия получения средств для всех регионов, что в условиях в ту пору действовавшего законодательства было невозможно. Серьезным препятствием для реализации предложенной стратегии являлось и то, что она не могла дать быстрых результатов.

Стратегия конкретизации государственных гарантий задает правильное направление необходимых институциональных преобразований, но в долгосрочном аспекте. Анализ препятствий, стоящих на пути масштабной конкретизации государственных гарантий в среднесрочной перспективе, подводит к выводу о необходимости модификации этой стратегии. В условиях финансового кризиса необходимо определить приоритеты в обеспечении государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, сформировав перечень заболеваний, наносящих наибольший урон общественному здоровью и обеспечить в первую очередь финансирование их лечения на основе МЭС.

Следует отметить, что в большинстве регионов, где МЭС использовались на практике, они не были «полными» тарифами. Финансовых средств, аккумулируемых в си-

стеме ОМС, явно недостаточно для полного возмещения в составе тарифов всех видов расходов медицинских организаций.

С первого июля 2007 года по 30 июня 2018 года, в рамках ПНП «Здоровье» начал проводить пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (см.Рис.3). Пилотный проект предусматривает поэтапный переход медицинских организаций на одноканальное финансирование через систему ОМС в соответствии с принципом «деньги следуют за пациентом». Одним из его направлений является введение механизма оплаты стационарной медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи. Это направление реализовывалось в 14 из 19 участвовавших в пилотном проекте субъектов Федерации. Российские исследователи⁶ провели анализ применения МЭС в «Независимая экспертиза как инструмент влияния страховых медицинских организаций на показатели деятельности исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения / А.А. Старченко и др. // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2010, № 10. О системе оплаты амбулаторно-поликлинической помощи / Успенская И.В. и др. // Территориальная система ОМС – 15-лет. опыт работы: проблемы, современные взгляды,

различных регионах, участвующих в пилотном проекте. Было отмечено, что регионы испытывали сложности с адаптацией федеральных МЭС, ориентированных в основном на использование их федеральными и региональными специализированными клиниками и не имели поуровневой дифференциации.

В качестве основных проблем применения МЭС выступали следующие: отсутствие единых норм и требований, используемых при формировании стандартов медицинской помощи; отсутствие электронной модели их формирования; отсутствие единой, официально утвержденной методики расчета стоимости стандартов и единой автоматизированной программы формирования их стоимости.

Несмотря на широкое распространение МЭС, лишь в небольшом числе регионов (19) они включают в себя все необходимые компоненты, в том числе стоимость (см. Рис.4).

перспективы: матер. науч.-практ. конф. к 15-летию РОФОМС,

Рязань, 2008. – С. 79-81.

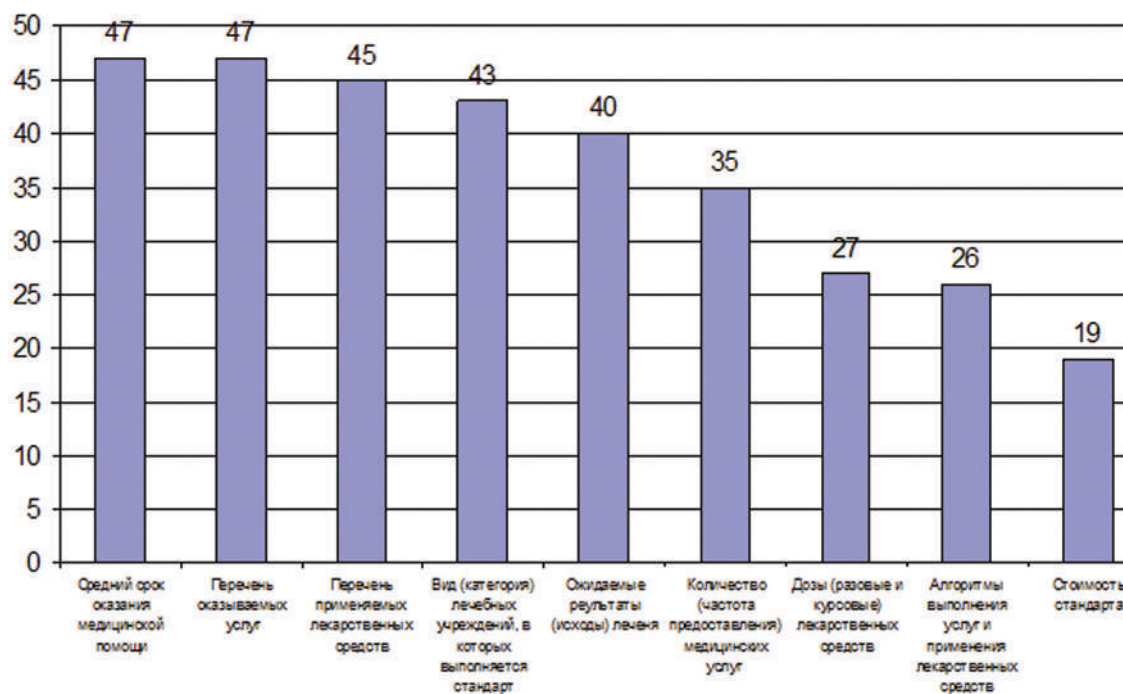


Рис. 4 Различия в структуре МЭС в субъектах РФ.

Аббревиатура МЭС в настоящее время применяется все реже и реже, хотя понятие «медико-экономический стандарт» не изъято из законодательства. На смену «МЭС», а вернее, параллельно с ним, существует понятие «стандарт медицинской помощи», хотя стандарты в том виде, в каком они разработаны и утверждены Министерством здравоохранения РФ в 2012-2013 годах, вообще не имеют экономической составляющей.

В связи с «неотрабатанностью» терминологии возникла объективная путаница, затрудняющая внедрение прогрессивных способов оплаты.

В Санкт-Петербурге на протяжении многих лет активно велась разработка МЭС. В распоряжении Комитета по здравоохранению от 25.01.2006 № 24-р «Об утверждении клинко-экономических стандартов стационарной медицинской помощи» были определены структура и условия применения МЭС при оплате специализированной медицинской помощи.

Правительством Петербурга 03.07.2007 было принято постановление «О создании единой системы управления качеством медицинской помощи в Санкт-Петербурге».

Переход на новую систему тарификации стационарной помощи в г.Санкт-Петербурге, в основу которой положен расчет тарифов по МЭС, был полностью завершён в 2007 году.

Аналогичная работа проводилась и в Московской области с 2007 по 2008 год и завершилась разработкой и применением порядка 900 МЭС, применяемых с 2009 года.

Следует отметить, что существует и негативная оценка МЭС. Приведем точку зрения противников данного подхода. «МЭС как набор жестко заданных рецептов лечения не могут серьезно интересовать ни медиков, ни экономистов. Медиков это не интересует, поскольку, во-первых, подчинение стандартному перечню назначений лишает врача свободы принятия решений в отношении конкретного пациента; во-вторых, качество лечения (традиционно приводимый аргумент в пользу МЭС) должно контролироваться не столько по набору выполненным назначениям, сколько по исходу лечения. Скептическое отношение к МЭС предопределено тем, что тарифы, ориентированные на абстрактные клинические протоколы, ставят партнеров по расчетам в ложное положение: МЭС предполагают оплату за ингредиент-

ты обслуживания, которые значатся в клинических протоколах, но далеко не всегда присутствуют на практике. Отсутствие связи между тарифами МЭС и реальными затратами превращает работу по формированию состава и тарификации МЭС в бесплодное упражнение».

Далеко не все врачи разделяли точку зрения о целесообразности применения МЭС. В Санкт-Петербурге Медицинский информационно-аналитический центр, занимающийся разработкой стандартов, периодически организует лекции для врачей, в которых доказывается необходимость применения МЭС в системе здравоохранения города.

Результаты анализа зарубежного опыта свидетельствуют, что метод DRG, используемый в качестве способа финансирования стационаров, позволяет снизить асимметрию информации между плательщиком и поставщиком медицинских услуг и повысить эффективность использования ресурсов.

Отечественный опыт применения МЭС показал то, что они могут использоваться

в качестве метода финансирования стационаров; стандартов качества медицинских услуг, используемых при оценке страховыми медицинскими организациями работы медицинских учреждений; внутренних стандартов обслуживания в ряде медицинских учреждений. Кроме того, МЭС могут являться инструментом стратегии конкретизации государственных гарантий.

Если отбросить детали, то между зарубежными DRG и отечественными МЭС много общего, хотя имеются существенные различия.

И те, и другие учитывают статистику заболеваний, наборы медицинских услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения, затраты связанные с оплатой труда медицинских специалистов и стоимостью других видов ресурсов, дифференцированы по условиям и по уровням оказания, учитывают возраст и сопутствующие заболевания и т.п.

Эти различия заключаются в следующем:

1. МЭС, в отличие от DRG, не носят национального характера и не сопоставимы по масштабу применения.

2. Экономическая составляющая МЭС базируется на прошлых «исторически сложившихся» затратах, рассчитанных на койко-день стационарного лечения, а не на себестоимость входящих в их состав компонентов (услуг, медикаментов и предметов медицинского назначения).

3. Набор медицинских услуг и лекарственных средств, входящих в состав МЭС не подтвержден данными по их практическому применению в рамках национальной системы здравоохранения, и поэтому необъективно представляют «среднего» пациента, а является экспертным (субъективным) мнением клиницистов, часто исходящих из принципа «как хотелось бы лечить при отсутствии любых ограничений», зачастую руководствуясь утилитарным подходом – «красивее напишем – больше заработаем».

4. Различный состав МЭС и практики их применения в регионах в рамках «бюджетно-страховой» медицины не позволяет сделать вывод об изменении медико-социальной и (или) экономической эффективности. Результаты, полученные в различных регионах не сопоставимы, а данные не репрезентативны.

5. DRG никогда не выступали в качестве стандарта медицинской помощи, а являлись планово-экономическим инструментом для адекватного финансирования здравоохранения и его экономического регулирования. МЭС даже своим наименованием, изначально-

но претендовали на роль «оценщика» клинической практики и управления качеством медицинской помощи, и в условиях низкой ресурсной и финансовой обеспеченности полностью себя дискредитировали.

6. В российском здравоохранении, одновременно с использованием МЭС, начался третий этап стандартизации, связанный с разработкой федеральных стандартов медицинской помощи, утвержденных в 2012-13 годах.

В истории стандартизации в медицине можно к сегодняшнему дню условно выделить три этапа.

На первом этапе в качестве стандарта использовались учебники, руководства, приказы Минздрава России или опыт уважаемых коллег, опубликованный в виде соответствующих методических рекомендаций.

В наибольшей мере опыт такой стандартизации был приобретен и используется до настоящего времени медицинской службой силовых министерств и ведомств Российской Федерации. Медицинская служба ВС РФ руководствуется в своей повседневной деятельности и особенно в ходе боевых действий многими нормативными документами, которые введены в действие приказами Министра обороны РФ и имеют ранг руководства, наставления, инструкции, указания по соответствующим видам медицинской помощи и видам деятельности в тех или иных условиях на различных этапах эвакуации. Всё это позволяет спасать жизнь, возвращать в строй или к труду раненных и больных в самых безвыходных состояниях и гарантирует высокое качество оказания медицинской помощи, которое только может быть обеспечено современным развитием медицинской науки и экономическими возможностями государства.

Второй этап стандартизации связан с созданием в ряде стран Европы и США различных систем классификаторов пациентов, самая известная из которых основывалась на диагностически родственных группах.

В нашей стране данный этап работы был связан с созданием Национальным НИИ общественного здоровья, совместно с рядом других головных профильных медицинских НИИ и при содействии Минздрава СССР — «Стандартов объемов оказания специализированной медицинской помощи (госпитальный этап) на разных региональных уровнях». Широко распространенные в российском здравоохранении МЭС являются региональной интерпретацией этих разработок.

Современный (третий) этап стандартизации в здравоохранении основан на создании клинических руководств и протоколов ведения больных. При этом определяющим

является не анализ «типичной практики», а научные доказательства эффективности и безопасности медицинских вмешательств, полученные в проведенных по единой методике исследованиях. Клинические руководства создаются отдельно по каждой конкретной проблеме: нозологической форме, синдрому или даже симптому.

Стандарты медицинской помощи, действующие сегодня в России и определяющие средние наборы услуг и лекарственных средств, по сути, является первой попыткой создать единые национальные правила лечения различных заболеваний независимо от места лечения. Они отражают ресурсную (но не финансовую), и в некоторой степени процессную составляющую стандартизации лечебного процесса, но ни в коем случае не являются «измерителем» результата и качества лечения.

Дискуссии о необходимости и возможности стандартизации в медицине на самом деле сводятся к обсуждению степени жесткости стандартов и обязательности их выполнения.

Медицинская стандартизация является приоритетным направлением современного развития здравоохранения в большинстве экономически развитых стран мира.

Необходимость стандартизации определяется целым рядом тенденций. Это, в первую очередь, неуклонно растущая стоимость медицинской помощи, что обусловлено совершенствованием (и, соответственно, удорожанием) медицинских технологий, демографическим старением населения и повышением уровня требований пациентов. При этом возможности государства удовлетворять потребности в медицинской помощи ограничены, пусть и в разной степени, во всех странах мира. Разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных алгоритмов, позволяющих четко делить пациентов по нуждаемости в различных видах медицинских услуг, должна способствовать более рациональному расходованию ресурсов.

Стандартом является степень мастерства, база для сравнения, минимум, с которым общество может быть согласно. В медицине можно выделить стандарты ресурсного обеспечения, процесса оказания медицинской помощи и результатов лечения.

К стандартам ресурсного обеспечения можно отнести табели оснащения медицинских учреждений, нормативы финансирования, СНИПы и т.п. В качестве стандартов лечебно-диагностического процесса в настоящее время все больше рассматриваются протоколы ведения больных. В качестве стандартов результатов используются нор-

A	Высокая достоверность	Основана на заключениях систематических обзоров. Систематический обзор получают путём системного поиска данных из всех опубликованных клинических испытаний, критической оценки их качества и обобщения результатов методом метаанализа
B	Умеренная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере нескольких независимых рандомизированных контролируемых клинических испытаний
C	Ограниченная достоверность	Основана на результатах по меньшей мере одного клинического испытания, не удовлетворяющего критериям качества (например, без рандомизации)
D	Неопределённая достоверность	Утверждение основано на мнении экспертов: клинические исследования отсутствуют

Таблица 1. Некоторые критерии достоверности в доказательной медицине

мативы использования коечного фонда, длительности госпитализации, числа посещений врачей в поликлинике, доля благоприятных (неблагоприятных) исходов лечения и т.п.

Стандарт медицинской помощи — это образец, модель, эталон, принимаемый за исходный для сравнения. Стандарт устанавливает комплекс норм, требований и правил к лечебно-диагностическому процессу и утверждается органом управления здравоохранением. Также стандарт может быть разработан на организацию работы, на фондоемкость работника, на оснащение медицинской организации техникой и инвентарем и т.п.

Медицинские стандарты позволяют оценить объем, сроки и качество медицинской помощи. Однако они не всегда учитывают особенности течения заболевания у конкретного пациента, поэтому должны использоваться в комплексе с другими критериями оценок. Реальный случай медицинской помощи должен оцениваться путем его сопоставления со стандартами. Однако в соответствии с принципом «лечи больного, а не болезнь» при оценке качества медицинской помощи конкретному пациенту

должны учитываться его индивидуальные особенности, наличие сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, которые в ряде случаев могут служить основанием для отступления от стандартов качества медицинской помощи при данной нозологической форме.

Разработка стандартов и отбор наилучших вариантов клинической практики с учетом их результативности и качества является задачей доказательной медицины.

Доказательная медицина — это коллективный опыт специалистов различных стран, учреждений и научных коллективов по отбору многочисленных рандомизированных исследований наиболее эффективных и полезных методов профилактики, диагностики и лечения и организации медицинского обеспечения, с учетом пожеланий потребителей и производителей медицинских услуг.

Не только применяемые медицинские технологии, но и сами производимые организационные изменения в системе оказания медицинской помощи также должны соответствовать доказательным данным. Оформление унифицированных подходов в виде клинических рекомендаций, алгоритмов,

стандартов или клиничко-организационных руководств является основным следствием применения доказательной медицины.

В клинических рекомендациях, основанных на доказательной медицине, вмешательства (методы диагностики, профилактики, лечения) ранжированы по уровням достоверности в зависимости от того, какие имеются доказательства, подтверждающие эффективность (или неэффективность) того или иного вмешательства. Достоверность условно разделяют на 4 уровня: A,B,C,D (см. Табл.1).

Соответствие ведения больных современным клиническим рекомендациям — главный показатель качества медицинской помощи. Отклонения от рекомендованного способа ведения больного возможны, но врач должен быть готов обосновать свои действия. В противном случае его действия могут быть классифицированы как ошибочные или небрежные, что может привести к административной, гражданской или уголовной ответственности.

На рисунке 5 представлены имеющиеся



Рис.5. Способы формализации медицинской помощи.

в отечественной практике способы формализации предоставляемой пациентам медицинской помощи.

На представленной схеме отсутствует непосредственная связь между способами, но при рассмотрении нормативных документов, определяющих их структуру и порядок формирования можно определить общие (но не всегда одинаковые) структурные элементы.

Эти элементы представлены «моделью пациента», которая содержит различные варианты диагнозов и их групп, условий оказания медицинской помощи, фазы заболевания, тяжести течения заболевания, возраст, пол, наличие осложнений, профиль (специальность), уровень оказания медицинской помощи, этап, форму оказания помощи, длительность лечения, данные по лечебному питанию и т.п.

Кроме того, для всех способов формализации в той или иной степени определяются наборы медицинских услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Несмотря на общий состав элементов из которых «строятся» протоколы, стандарты

и КСГ (МЭС), порядок применения и способ группировки элементов существенно отличаются. Это связано с различными целями формализации и различным их применением в медицинской практике.

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение: «Протокол ведения больных и клинический протокол – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации»⁷.

В отечественной практике процесс разработки протоколов регламентируется национальным стандартом РФ – ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения», утвержден приказом РОСТЕХРЕГУЛИРОВАНИЯ от 05.12.2006 № 288-СТ).

Приведем некоторые положения данного нормативного документа.

1. Стандарт устанавливает общие по-

ложения разработки протоколов ведения больных, определяющих объем и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации и предназначен для применения медицинскими организациями и учреждениями федеральных, территориальных и муниципальных органов управления здравоохранением, систем обязательного и добровольного медицинского страхования, другими медицинскими организациями различных организационно-правовых форм деятельности, направленной на оказание медицинской помощи.

2. Основной целью стандарта является унификация требований к качеству оказания медицинской помощи.

3. Задачами стандарта являются:

- нормативное обеспечение процессов разработки, внедрения и оценки эффективности применения протоколов;
- оптимизация правил выбора медицинских технологий для включения в нормативные документы оказания медицинской помощи.

4. Протокол определяет виды, объем и

⁷Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: Учебное пособие (кн.2) – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.388

индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретных заболеваниях, синдроме или клинической ситуации.

5. Для обоснования требований протокола разработчики используют результаты научных исследований, организованных и проведенных в соответствии с современными принципами клинической эпидемиологии. Результаты научных исследований должны быть использованы для обоснования включения в протокол методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

6. При включении в протокол конкретной медицинской технологии в нем указывают уровень убедительности доказательств целесообразности ее применения согласно унифицированной шкале оценки убедительности доказательств целесообразности применения медицинских технологий.

7. Протокол включает в себя следующие разделы:

- общие положения;
- требования протокола;
- графическое, схематическое представление протокола (при необходимости);
- мониторинг протокола.

Раздел «Требования протокола» включает в себя следующие подразделы:

- модель пациента;
- критерии и признаки, определяющие модель пациента;
- перечень медицинских услуг основного и дополнительного ассортимента в зависимости от условий оказания и функционального назначения медицинской помощи;
- характеристику алгоритмов и особенностей применения медицинских услуг при данной модели пациента;
- перечень групп лекарственных средств основного и дополнительного ассортимента;
- характеристику алгоритмов и особенностей лекарственных средств при данной модели пациента;
- требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации при данной модели пациента;
- требования к диетическим назначениям и ограничениям;
- особенности информированного добровольного согласия пациента при выполнении протокола ведения больных и дополнительную информацию для пациента и членов его семьи;
- возможные исходы для данной модели пациента.

8. При формировании перечней медицинских услуг указывают:

- медицинские услуги и их коды согласно «Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении»;
- частоту предоставления медицинской услуги в группе пациентов, подлежащих ве-

дению по данной модели пациента, что отражает вероятность выполнения медицинской услуги и принимает значение от 0 до 1. Частота предоставления медицинской услуги 1 означает, что всем пациентам необходимо оказать данную медицинскую услугу, менее 1 означает, что медицинскую услугу оказывают не всем пациентам, а лишь при наличии показаний;

- среднее (в группе из 100 пациентов) число медицинских услуг в случае их назначения.

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни медицинских услуг двух уровней:

- основной перечень - минимальный набор медицинских услуг, оказываемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);
- дополнительный (рекомендуемый) перечень - перечень медицинских услуг, выполнение которых обусловлено особенностями течения заболевания (указывают частоту предоставления менее 1).

9. При формировании перечней лекарственных средств указывают:

- наименование фармакотерапевтической группы в соответствии с фармакотерапевтической классификацией лекарственных средств;
- наименование анатомо-терапевтической химической (АТХ) подгруппы в соответствии с анатомо-терапевтической химической классификацией. В составе одной фармакотерапевтической группы может быть представлено несколько АТХ подгрупп;
- международное непатентованное наименование или заменяющее его наименование лекарственного средства, утвержденное в установленном порядке. В составе одной АТХ подгруппы может быть представлено несколько наименований лекарственных средств;
- частота назначения фармакотерапевтической группы; против графы «Наименование АТХ подгруппы»
- частота назначения АТХ подгруппы внутри фармакотерапевтической группы; против графы «Непатентованное наименование»
- частота назначения непатентованного наименования лекарственного средства внутри АТХ подгруппы. Частота назначения отражает вероятность использования фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы или непатентованного наименования лекарственного средства и может быть от 0 до 1. Частота назначения 1 для фармакотерапевтической группы означает, что всем пациентам необходимо использовать данную фармакотерапевтическую группу. Частота на-

значения 1 для АТХ подгруппы означает, что АТХ подгруппа в составе фармакотерапевтической группы назначается всем больным с данной патологией. Частота назначения 1 для непатентованного наименования лекарственного средства означает, что в составе АТХ подгруппы данное лекарственное средство будет использоваться у всех больных. Частота назначения менее 1 для фармакотерапевтической группы, АТХ подгруппы, непатентованного наименования лекарственного средства означает, что их необходимо использовать не у всех пациентов, а только при наличии соответствующих показаний;

- средняя суточная доза лекарственного средства;

- доза лекарственного средства, равная числу дней назначения лекарственного средства, умноженному на ориентировочную дневную дозу.

Каждой модели пациента соответствуют следующие перечни групп лекарственных средств двух уровней:

- основной перечень - содержит минимальный набор групп лекарственных средств, назначаемых пациенту независимо от особенностей течения заболевания (указывают частоту предоставления 1);
- дополнительный (рекомендуемый) перечень - указывают группы лекарственных средств, назначение которых обусловлено особенностями течения заболевания (частота предоставления менее 1).

В соответствии с требованиями ГОСТа в период с 2004 по 2007 год шла активная разработка протоколов ведения больных для различных заболеваний и состояний, часть которых использовалась в клинико-организационной практике медицинских организаций, подведомственных Минздравсоцразвитию РФ, и охватывала в основном высокотехнологичную медицинскую помощь того периода.

Назначение и структура стандартов медицинской помощи, разработка которых активно велась в период с 2007 по 2012 год, определены Федеральным законом РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 22.11.2011 г., ст.37 п.4 и 5:

«4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата

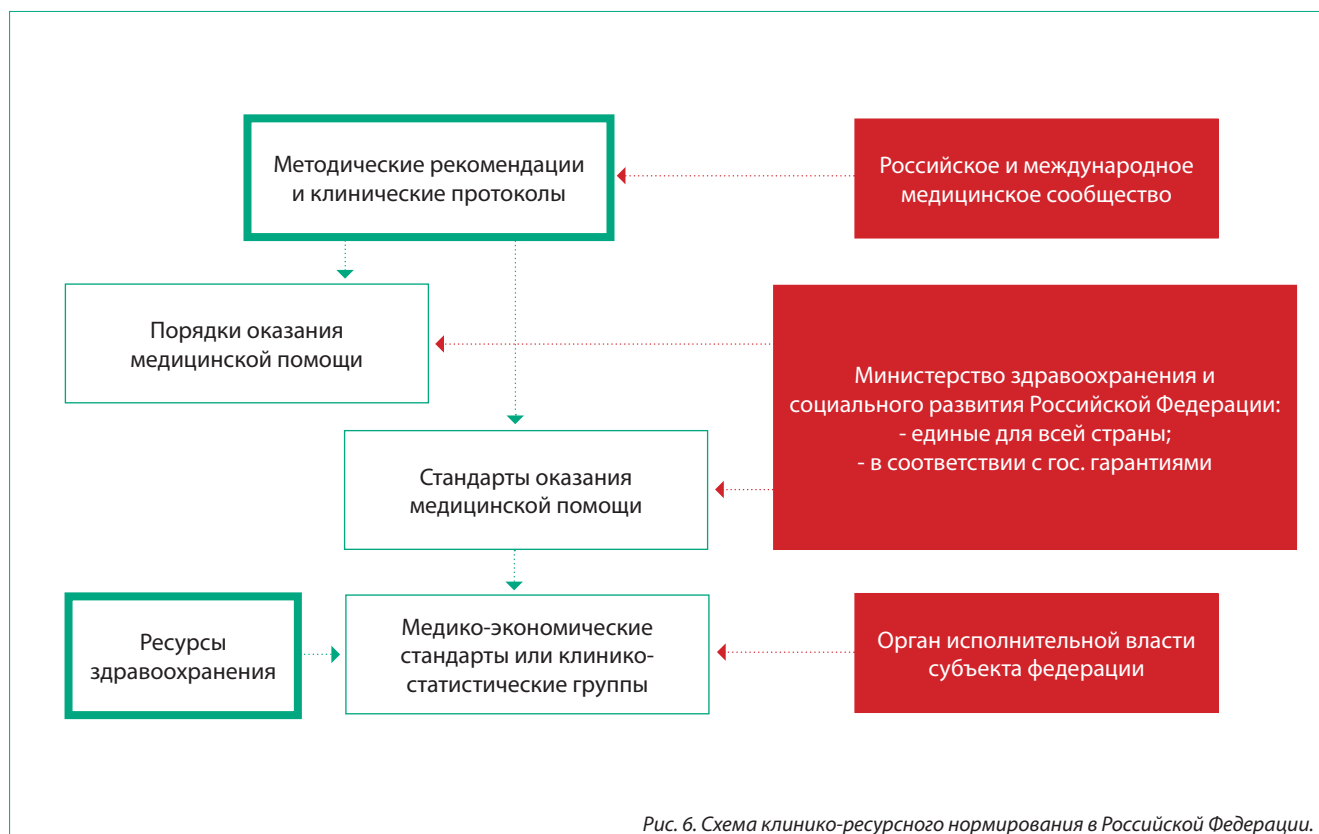


Рис. 6. Схема клинико-ресурсного нормирования в Российской Федерации.

и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Структуры стандарта медицинской помощи не содержат компонентов, которые бы позволяли применять его как «эталон» при контроле за лечебным процессом и оценивать его качество, как это предусмотрено для

клинического протокола. Тем не менее частью законодательства по охране здоровья граждан, стандарт медицинской помощи стал носителем требований к лечебному процессу и интерпретируется контрольными органами как эталон с которым сравнивается реальная история болезни пациента и делаются соответствующие «оргвыводы».

Все это вызвало негативную реакцию медицинской общественности и было воспринято как грубое, необоснованное вмешательство в медицинскую практику, тем более что содержание самих стандартов вызывает вполне обоснованную критику специалистов, которые успешно лечат больных, в том числе выходя за рамки, предписанные стандартами.

Даже если стандарт корректно описывает «среднего» пациента с тем или иным заболеванием, то это описание актуально только на момент экспертного формирования данного стандарта специалистами. Постоянное накопление опыта диагностики и лечения заболеваний, появление и развитие технологий требуют периодического сопоставления стандартов и реальной клинической практики. Но в настоящее время отсут-

ствует методика проведения такого анализа, отсутствуют оценочные критерии сопоставления стандартов и клинической практики не позволяющие установить требования к оказанию лечебных и диагностических услуг и контролировать качество оказываемой медицинской помощи.

Можно понять стремление к.т.н. Зурабова М.Ю. (Министр здравоохранения с 2004 по 2007 г.г.) и д.э.н. Голиковой Н.А. (Министр здравоохранения с 2007 по 2012 г.г.) «посчитать» подведомственную им систему здравоохранения. То, как это делается, делалось в период их «министерств», и делается сейчас не может удовлетворить любого грамотного экономиста. Попытка формализации медицинской деятельности и выход на считающую экономическую эффективность невозможно без актуальной системы нормативов, а применяемая в здравоохранении система нормирования ресурсов перестала актуализироваться в 80-х годах прошлого века и морально устарела в 2000-х годах.

Стратегическую цель процесса формализации медицинской помощи и создание динамичной и связанной с клиникой системы ресурсного нормирования представлена

на рис.6.

В процессе принятия 323 Федерального закона возникало много вопросов от врачей и организаторов здравоохранения по поводу стандартов медицинской помощи и высказывались серьезные опасения формального отношения в функции нормирования ресурсов, которую несли в себе порядки и стандарты медицинской помощи, обязательные на всей территории РФ. Многие из этих опасений подтвердились в настоящее время.

В информационном письме Минздрава-соцразвития РФ №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г., вышедшем сразу после принятия вышеупомянутого закона, в этой связи пояснялось следующее:

«Учитывая современные требования к качеству и объему оказываемой медицинской помощи, главные внештатные специалисты-эксперты Минздрава-соцразвития России совместно с ведущими специалистами работали новые стандарты медицинской помощи, в первую очередь по наиболее часто встречающимся заболеваниям и состояниям, требующим оказания медицинской помощи в экстренной форме.

В соответствии с Федеральным Законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стандарты медицинской помощи будут утверждены Минздравсоцразвития России и зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации.

В соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения устанавливают медико-экономические стандарты».

Исходя из логики формализации и создания клинико-экономической системы нормирования ресурсного обеспечения (см. Рис.6), федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения брал на себя функцию «перевода» клинического протокола лечения в термины, которыми можно нормировать все виды ресурсного обеспечения (оплату труда, лекарственных средств, питания, оборудования, хозяйственного содержания и т.п.).

Такой общий для всей страны «перевод» позволял, с одной стороны, обеспечить единообразие и сопоставимость лечения одинаковых патологий в любой медицинской организации страны и обосновывать объективные отклонения, а с другой стороны, позволял оценить «реальную» стоимость медицинской технологии и необходимое ресурсное обеспечение.

По этой причине деньги появлялись уже на уровне региона, т.к. существующие

отличия в наличии и стоимости ресурсов по регионам отличаются в разы (средняя зарплата врача в государственном секторе в Москве в 4 раза больше, чем в Махачкале, по данным 2013 года).

Приведенное письмо Голиковой содержит последнее упоминание о медико-экономических стандартах, как закономерного пути от клинической практики к финансовым ресурсам. В настоящее время термин МЭС не используется в разрабатываемых Минздравом РФ и федеральным фондом ОМС нормативных документах.

Создание нормативной базы ресурсного и финансового обеспечения, заложенная в поэтапном преобразовании клинического протокола в его финансовую интерпретацию – медико-экономический стандарт, в соответствии со схемой на рис.6 не была реализована.

Одна из серьезнейших причин – это низкое ресурсное обеспечение современного российского здравоохранения, устаревшее оборудование, низкий уровень заработной платы и «уровнительная» система оплаты труда.

В 2008 – 2013 годах предпринимались попытки переломить ситуацию, повысить уровень ресурсов и «запустить» новые клинико-экономические нормативы в здравоохранении.

Стандарты медицинской помощи для большей части «основных» заболеваний были утверждены Министерством здравоохранения РФ в 212-2013 годах, но так и не стали основой для нормирования ресурсов и финансового обеспечения медицинских организаций, т.к. по самым «скромным» подсчетам требовали 2-кратного увеличения финансирования от имеющихся в распоряжении здравоохранения средств. А для лечения ряда заболеваний (по онкологии, кардиологии, ортопедии и т.п.) расчеты превышают сложившееся финансирование в несколько раз.

Министр здравоохранения РФ, д.м.н. Сковороца В.И., утвердившая стандарты медицинской помощи, неоднократно заявляла, что стандарты медицинской помощи не предназначены для лечения – на их основе принимаются организационно-экономические решения.

Причина нехватки финансовых ресурсов для практической реализации стандартов медицинской помощи и необходимость дифференцировать оплату случаев госпитализации в стационаре в зависимости от заболевания привело к появлению в 2012 году нового финансового инструмента – клинико-статистической группы заболеваний (КСГ).

Рекомендации по применению КСГ

для оплаты стационарной и стационаро-замещающей медицинской помощи были подготовлены рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. № 412).

Руководитель рабочей группы – заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманян.

Заместитель руководителя рабочей группы – помощник Министра здравоохранения Российской Федерации В.О. Флек.

В состав рабочей группы вошли: Н.Н.Стадченко, С.В.Долгих, Л.А.Габбасова, О.В.Чумакова, Д.А.Ким, А.А.Ким, Г.А.Александрова, Н.Н.Михайлова, Ф.Н. Кадыров, М.В.Пирогов, С.В.Козаченко, Е.М.Ахметов, Н.Ф.Соколик, И.А.Железнякова, С.Г.Кравчук, Н.В.Куликова, Т.А.Солоненко, Н.И.Гришина, О.В.Обухова.

В рамках рекомендаций были даны определения основным понятиям и терминам:

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Клинико-профильная группа (КПГ) – группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи.

Клинико-затратная группа (КЗГ) – группа клинически однородных заболеваний, сходных по средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов).

Диагностически связанная (сопряженная) группа (DRG) – группа заболеваний, схожих по этиологии и патогенезу, объединенных сходными диагностическими исследованиями и медицинскими вмешательствами, а также стоимостью лечения пациентов.

Базовая ставка финансового обеспечения стационарной медицинской помощи – средний объем финансового обеспечения стационарной медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного территориальной программой государственных гарантий (средняя стоимость одного случая госпитализации).

Коэффициент относительной затратоемкости по клинико-статистической группе заболеваний – устанавливаемый настоящими рекомендациями поправочный коэффициент затратоемкости клинико-ста-

тистической группы заболеваний, как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансового обеспечения.

Управленческий коэффициент – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий уменьшить количество непрофильных госпитализаций и стимулировать развитие применения современных эффективных технологий.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания стационарной медицинской помощи;

Коэффициент сложности курации пациентов – дополнительный поправочный коэффициент стоимости КСГ, устанавливаемый в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям и др.) и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

В соответствии с терминологией отечественные КСГ и зарубежные DRG являются методологическими аналогами, т.к. затрагивают клиническую (диагнозы, заболевания, услуги) и экономическую (ресурсы, стоимость) стороны лечебного процесса. Клинико-профильные группы объединяют КСГ в традиционной для отечественного здравоохранения форме планирования – по профильным отделениям.

Первоначально (в 2012 году) были предложены 187 КСГ, и представленные как «терапевтические» КСГ – группировка по диагнозам МКБ-10, и «хирургические» КСГ – группировка по оперативным вмешательствам, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг РФ. К концу 2013 года число КСГ было расширено до 201, они были частично переработаны и разделены на «терапевтические», «хирургические» и «комбинированные» – выбор последних осуществляется по нескольким критериям (диагноз – основной или сопутствующий, услуга, возраст и т.п.). Эти новации делают систему КСГ более гибкой и логичной и позволяют точнее определять финансовые затраты. Кроме того, в 2013 году была предложена структура для каждой КСГ, определявшая долю затрат по заработной плате с начислениями, медикаментам, питанию и прочим расходам, что очень важно в условиях «одноканального» финансирования, социально-политической приоритетности некоторых видов затрат и

общей нехватке средств.

Предложенная система КСГ существенно отличалась от идеологии клинико-экономической стандартизации 2004-2012 годов и тех практических шагов, которые были сделаны в этом направлении в ряде «продвинутых» регионов, использующих у себя более детализированную систему МЭС (ныне запрещенную). В этой части был сделан шаг назад. С точки зрения обеспечения единообразия методов оплаты и обеспечения финансового баланса системы ОМС это был, безусловно, шаг вперед.

Такая неоднозначная ситуация (куда идем – «вперед» или «назад») была очевидна разработчикам методических рекомендаций по КСГ, и по этой причине в документ были включены положения, позволяющие на региональном уровне сохранить позитивные наработки и обеспечить сопоставимость применяемых финансовых инструментов.

Перечислим эти положения:

1. При формировании плановых заданий медицинским организациям, выполняющим территориальную программу ОМС, рекомендуется осуществлять детализацию плановых объемов профильного отделения перечнем КСГ или КПП, указывая прогнозное долевое значение данных КСГ или КПП, для проведения мониторинга фактической деятельности медицинской организации и принятия организационно-финансовых решений.

2. Система КСГ должна учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи. К набору рекомендуемых КСГ, а также при отсутствии рекомендуемых КСГ в КПП, субъект Российской Федерации может самостоятельно устанавливать дополнительные КСГ.

3. В субъекте Российской Федерации в составе КСГ могут быть выделены отдельные подгруппы и отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации установлены стандарты медицинской помощи, с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп). При этом оплата стационарной медицинской помощи может быть осуществлена по стоимости стандарта медицинской помощи.

Перечисленные «права» субъекта позволяют учитывать региональные особенности организации и оказания медицинской помощи, ресурсного и финансового обеспечения и оставаться в «рамках» федеральных рекомендаций для сопоставимости результатов и обеспечения единой отчетности в системе ОМС.

Рекомендации по использованию КСГ для целей оплаты не содержат методических и фактических данных, позволяющих считать КСГ объективным финансовым инструментом.

В первую очередь это относится к «основному» коэффициенту КСГ – затратоемкости. Терминологически данный коэффициент определяется как отношение стоимости конкретного КСГ (это затраты на набор диагнозов и/или услуг) к базовой ставке финансового обеспечения.

$K_{3i} = C_{Ti} / B_C$, где

C_{Ti} – стоимость i -го КСГ в рублях;

B_C – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (средняя стоимость одного случая госпитализации в рублях) устанавливается Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации и рассчитывается по формуле:

$$B_C = \frac{O_C}{\sum_{i=1}^n K_{3i}}, \text{ где}$$

, где

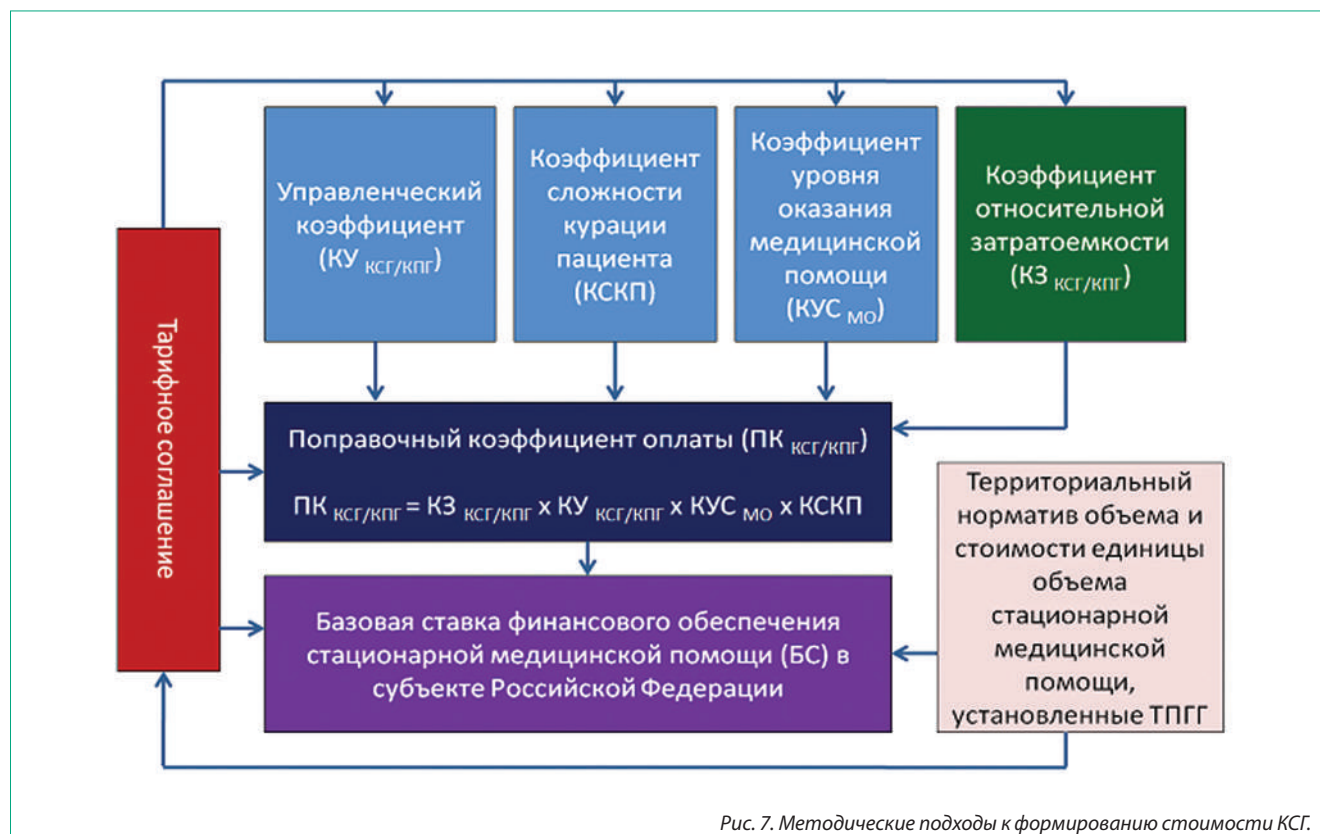
O_C – общий объем средств, предназначенный на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования, рассчитывается как произведение норматива объема стационарной помощи на 1 чел. (в случаях госпитализации), численности застрахованных лиц и норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации;

$Чсл$ – частота случаев госпитализации, подлежащих оплате с учетом поправочного коэффициента стоимости КСГ, поправочный коэффициент оплаты КСГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев) рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в субъекте Российской Федерации по следующей формуле:

$$ПК = K_{3\text{КП}} \times K_{У\text{КП}} \times K_{УС\text{МО}} \times K_{СКП}$$

В свою очередь правила определения коэффициента управления (КУ), коэффициента уровня (КУС) и коэффициента сложности курации (КСКП) в рекомендациях по КСГ носят не расчетный, а экспертный (административный) характер.

Для того, чтобы корректно рассчитать B_C , для последующего расчета K_{3i} , необходимо иметь значения K_{3i} . В формулу расчета B_C невозможно поставить



корректное значение частоты случаев без знания поправочного коэффициента (ПК), в который входит КЗ.

Можно, конечно, пренебречь коэффициентом ПК и учесть статистическую частоту случаев (Ч) в субъекте федерации для расчета БС, используя фиксированные значения КЗ (см. методические рекомендации по КСГ). Но так как общий нормативный объем финансирования у каждого субъекта свой и фактическая частота случаев тоже отличается, то БС у каждого субъекта будет своя собственная.

В этом случае даже при условии равной себестоимости КСГ во всех субъектах РФ, коэффициенты затратоемкости КСГ получаются разными в различных субъектах для одной и той же КСГ, что противоречит методическим рекомендациям по КСГ (см. приложение 1).

Что касается корректности расчета себестоимости КСГ, то методика её расчета определена следующим положением: «Расчет величины коэффициента относительной затратоемкости 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».

Таким образом, для расчета стоимости КСГ необходимо как минимум иметь связь КСГ со стандартами медицинской помощи и относительные частоты стандартов, входящих в КСГ, а также «средние» наборы услуг и лекарственных средств для проведения экономических расчетов. Ни той, ни другой информации в методических рекомендациях не приводится, однако есть существенная оговорка, в существующие КСГ не входят:

- социально-значимые заболевания;
- методы, используемые при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, вошедшие в систему обязательного медицинского страхования с 1 января 2014 года;

- отдельные методы и технологии при лечении заболеваний и состояний, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи установлены нормативы стоимости.

Учитывая рассмотренные особенности использования приведенных в рекоменда-

циях по использованию КСГ формул расчета базовой ставки финансирования (БС) и коэффициента затратоемкости КСГ (КЗ), остается принять эти коэффициенты как «данность» и использовать их для целей практического формирования тарифов в системе КСГ, руководствуясь схемой, представленной на Рис.8. При этом использование остальных корректирующих коэффициентов тоже допустимо при условии их правильной экспертной интерпретации.

Обеспечить баланс имеющихся финансовых ресурсов для территориальной программы ОМС возможно посредством постоянного мониторинга планируемого набора КСГ, используя прогноз частоты их распределения, фиксированные коэффициенты уровня медицинской помощи, сложности курации и управления.

Для этих целей необходимо регулярно (например, раз в квартал) проводить мониторинг оплаченных случаев лечения по КСГ, с учетом используемых корректирующих коэффициентов и суммы средств, запланированной на этот же временной период.

Плановая сумма определяется, исходя из числа случаев по каждой из запланиро-



ванных и тарифа КСГ с учетом перечисленных коэффициентов корректировки.

Для определения базового тарифа по каждой КСГ, т.е. тарифа, учитывающего только коэффициент затратоемкости, необходимо определить расчетное значение территориальной программы ОМС по всем нормируемым показателям (объему и стоимости) и числу застрахованного населения.

Доля стационарной медицинской помощи в расчетной программе должна быть сопоставлена с расходной частью бюджета ТФОМС, направляемой на цели территориальной программы ОМС. При этом учитываются все источники по доходной части бюджета ТФОМС и по расходам, не связанным с оплатой медицинской помощи медицинским организациям субъекта (т.е. МТР не входит в расходы по оплате медицинской помощи в субъекте).

Базовый тариф по КСГ определяется отношением планируемых расходов на стационарную помощь к числу случаев по стоимости базового тарифа и числу случаев, по которым планируется применить корректирующие коэффициенты.

Мониторинг фактических объемов осуществляется «нарастающим» итогом и может проводиться в целом по региону для своевременного определения отклонений плана и факта и анализа структуры и причин отклонения.

Отклонения фактических затрат, не превышающие в целом 5% от запланированных, могут регулироваться за счет корректировки структуры плановых заданий медицинским организациям и корректировкой коэффициентов курации, уровня и управления.

Отклонения, превышающие 5%, должны корректироваться изменением базового тарифа КСГ.

Достижение баланса финансовых ресурсов ОМС в рамках корректировки плановых заданий медицинским организациям как по числу госпитализаций, так и по структуре задания является сложной планово-организационной задачей, требующей участия в данном процессе всех заинтересованных сторон для своевременного и объективного принятия решения комиссией по формированию территориальной программы ОМС и тарифам в системе ОМС.

Методические и практические подходы по формированию плановых заданий медицинским организациям, их корректировки будут рассматриваться автором в последующих публикациях.

Сведения об авторе.

Пирогов Михаил Васильевич – доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере РАНХиГС при Президенте РФ, главный редактор журнала «Экономист ЛУ» ИД «Панорама», pirogov.57@mail.ru

Роль страховой медицинской организации в информировании населения об ОМС

СЕРДЮКОВ А.Г., ТАПАЕВ А.Ш.,

ГБОУ ВПО «Астраханская
государственная
медицинская академия»
Министерства
здравоохранения
Российской Федерации

С целью изучения роли страховой медицинской организации в информировании населения Чеченской Республики об обязательном медицинском страховании были проанализированы отчетные формы № ПГ СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном за 2008-2012 гг.

Для оценки степени информированности различных социальных групп жителей республики по специально разработанным статистическим формам было проведено анонимное анкетирование 585 застрахованных. Установлено, что страховой медицинской организацией проводится большая работа как по публичному, так и индивидуальному информированию граждан. Несмотря на это уровень информированности населения довольно низок. Наименее информированными в вопросах ОМС являются жители Чеченской Республики, проживающие в сельской местности, застрахованные в возрасте 60 лет и старше и лица с начальным образованием. Низкий уровень информированности в большей степени связан не с отсутствием или недоступностью информации, а с нежеланием застрахованных получать эти знания.

Введение.

Для успешной защиты интересов в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) население должно обладать необходимой информацией о своих правах и обязанностях. В соответствии со ст. 79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№ 323-ФЗ от 21.11.2011) медицинские организации обязаны «...информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Получение информации о своих правах и обязанностях является неотъем-



лемым правом пациентов (ст. 19 ФЗ № 323). Информирование застрахованных о правах в сфере ОМС является обязанностью страховых медицинских организаций (СМО), закрепленной Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (№ 326-ФЗ от 29.11.2010) [3]. Содержание информации и степень информированности граждан зависят от информационных каналов, которые доступны и используются застрахованными.

СМО осуществляют информирование граждан двумя путями – путем индивидуального информирования и публичного информирования. Индивидуальное информирование в основном сводится к выпуску наглядных материалов – памяток, плакатов, брошюр, листовок. Публичное информирование проводится путем работы со средствами массовой информации, размещением информации в сети Интернет, выступлениями в коллективах, оформлением информационных стендов в медицинских организациях.

Цель исследования.

Изучить степень информированности различных социальных групп жителей Чеченской Республики об ОМС и оценить роль СМО в информировании населения.

Материалы и методы исследования.

С целью изучения роли СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном в информировании населения были проанализированы отчетные формы № ПГ организации за 2008-2012 гг.

Результаты и их обсуждение.

В соответствии с действующими нормативными актами СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном проводится большая работа как по публичному, так и индивидуальному информированию граждан.

Работа по индивидуальному информированию населения заключалась в выпуске памяток, брошюр и листовок. Так, за период 2008-2012 гг. СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном были выпущены памятки общим тиражом 24566 экземпляров (таблица № 1), листовки тиражом 39967 экземпляров и брошюры тиражом 273 экземпляра. Всего за пять лет СМО было выпущено 64806 экземпляров различных информационных материалов. Наибольшая активность по индивидуальному информированию граждан отмечалась в 2011 году, когда были выпущены информационные материалы общим тиражом 24450 экземпляров, однако в 2012 году это направление работы значительно сократилось, и за год было выпущено всего 1200 памяток и 1000 листовок (общий тираж 2200 экз.).

За пять лет изучаемого периода в рамках публичного информирования сотрудниками СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном было опубликовано 20 статей информационного

Информационный канал	Годы					
	2008	2009	2010	2011	2012	всего
Индивидуальное информирование (тираж)						
Памятки	-	716	1200	21450	1200	24566
Брошюры	-	273	-	-	-	273
Листовки	12641	15726	7600	3000	1000	39967
Всего:	12641	16715	8800	24450	2200	64806
Публичное информирование						
Статьи в СМИ	6	3	2	7	2	20
Выступления на радио	-	5	1	-	-	6
Выступления на ТВ	4	3	1	3	4	15
Выступления в коллективах застрахованных	22	394	290	744	452	1906
Стенды в МО (оформлены или обновлены)	38	207	98	22	85	450
Интернет-ресурсы	-	-	-	1	1	2
Всего:	70	612	392	777	544	2395

Таблица № 1. Динамика показателей работы филиала СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном по информированию застрахованных о правах в сфере ОМС (абс.)

характера в СМИ, сделано 6 выступлений на радио, 15 на телевидении, 1906 в коллективах застрахованных, оформлено и обновлено 450 стендов в медицинских организациях, создан сайт в сети «Интернет». Наибольшая активность в рамках публичного информирования, как и в рамках индивидуального информирования, сотрудники СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном проявляли в 2011 году, однако в 2012 году значительно сократилось число опубликованных статей (с 7 в 2011 году до 2 в 2012 году), выступлений в коллективах застрахованных (с 744 до 452), не было сделано ни одного выступления на радио.

Однако не столь важное значение имеет сам факт выполнения работы по информированию населения или её объем, сколько её результаты. При этом наиболее объективно степень своей информированности в области обязательного медицинского страхования, своих прав и обязанностей может оценить лишь сам человек.

Проведенное анкетирование показало что 11,5% респондентов ответили, что ничего не знают об обязательном медицинском страховании, а 17,3% - что знают, но очень мало. Лишь чуть более четверти участвовавших в анкетировании (25,3%) считают себя хорошо информированными в вопро-

сах ОМС, а 31,5% в основном представляют, что это такое. О своих правах, которые дает обязательное медицинское страхование, хорошо информированы лишь 20,8% застрахованных и 27,4% о них в основном имеют представление. В то время как 34,5% знают, но очень мало, а 17,3% вообще ничего не знают.

Таким образом, несмотря на проводимую страховой медицинской организацией работу по информированию населения, 43,2% застрахованных вообще не информированы или имеют весьма скудный объем информации об обязательном медицинском страховании и 51,8% - о своих правах в ОМС. При этом каждый пятый (21,2%) не знал даже названия своей страховой медицинской организации, которая выдала ему полис ОМС.

Несмотря на низкий уровень знаний о тех правах, которые дает обязательное медицинское страхование, большая часть респондентов (93,8%) знали о том, что страховая медицинская организация обязана защищать их права в области здравоохранения. В то же время 19,8% застрахованных не представляли, каким образом можно обратиться в страховую медицинскую организацию для защиты этих прав.

Для дальнейшей целенаправленной

работы по улучшению степени информированности населения необходимо было определить те социальные группы, которые обладают наименьшим объемом информации и требуют наиболее пристального внимания со стороны работников СМО.

Проведенное анкетирование позволило установить, что ничего не знают или знают очень мало об обязательном медицинском страховании: 40,7% мужчин (таблица № 2) и 44,0% женщин.

О тех правах, которые дает обязательное медицинское страхование, не информированы или плохо информированы 54,9% мужчин и 50,8% женщин. Таким образом, статистически достоверной разницы в уровне информированности об ОМС мужчин и женщин установить не удалось ($t < 2$).

Среди жителей городов Чеченской Республики 44,9% полагали, что ничего не знают или знают очень мало об обязательном медицинском страховании (таблица № 3), 53,8% - о своих правах в системе ОМС. Среди жителей сельской местности таковых было соответственно 56,3% и 51,0%.

Следовательно, в целом об обязательном медицинском страховании более информированы городские жители ($t > 2$). Самооценка знаний о своих правах в области ОМС

Уровень знаний	знания об ОМС		права в ОМС	
	м	ж	м	ж
Ничего не знаю	8,6	12,5	22,5	15,6
Знаю, но очень мало	32,1	31,5	32,4	35,2
В основном представляю	32,1	31,3	23,9	28,5
Хорошо информирован	27,2	24,7	21,2	20,7
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица № 2. Самооценка населением своих знаний и прав в области ОМС в зависимости от пола (в %)

Уровень знаний	знания об ОМС		права в ОМС	
	город	село	город	село
Ничего не знаю	11,9	11,2	16,4	20,0
Знаю, но очень мало	33,0	45,1	37,4	31,0
В основном представляю	34,3	13,6	28,9	23,5
Хорошо информирован	20,8	30,1	17,3	25,5
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица № 3. Самооценка населением своих знаний и прав в области ОМС в зависимости от места проживания (в %)

Уровень знаний	знания об ОМС			права в ОМС		
	до 30 лет	30-59 лет	60 лет и >	до 30 лет	30-59 лет	60 лет и >
Ничего не знаю	10,5	10,0	19,7	15,2	20,1	8,2
Знаю, но очень мало	34,4	29,8	32,8	34,6	30,4	55,7
В основном представляю	36,4	31,1	18,0	32,7	27,1	11,5
Хорошо информирован	18,7	29,1	29,5	17,5	22,4	24,6
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица № 4. Самооценка населением своих знаний и прав в области ОМС в зависимости от возраста (в %)

у городских и сельских жителей статистически значимых отличий не имеет ($t < 2$).

Ничего не знают об обязательном медицинском страховании или знают, но очень мало 44,9% застрахованных в возрасте до 30 лет (таблица № 4), 39,8% в возрасте 30-59 лет и 52,5% в возрасте 60 лет и старше.

Не информированы или крайне мало информированы о своих правах в ОМС 49,8%

жителей в возрасте до 30 лет, 50,5% в возрасте 30-59 лет и 63,9% в возрасте 60 лет и старше.

Таким образом, уровень информированности об ОМС и о своих правах в ОМС жителей в возрасте до 30 лет и 30-59 лет существенно не отличается ($t < 2$). По сравнению с данными возрастными группами наименее информированы в этих вопросах пожилые

люди в возрасте 60 лет и старше ($t > 2$).

Полагали, что ничего не знают или знают, но очень мало об обязательном медицинском страховании 64,7% респондентов с начальным образованием (таблица № 5), 50,3% застрахованных со средним образованием и лишь 23,4% жителей с высшим образованием. Ничего не знали или знали, но очень мало о своих правах в ОМС 72,6% ре-

Уровень знаний	знания об ОМС			права в ОМС		
	начальное	среднее	высшее	начальное	среднее	высшее
Ничего не знаю	33,3	11,8	5,1	31,4	17,3	14,0
Знаю, но очень мало	31,4	38,5	18,3	41,2	38,3	24,6
В основном представляю	21,6	26,4	44,5	13,7	25,6	35,1
Хорошо информирован	13,7	23,3	32,1	13,7	18,8	26,3
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица № 5. Самооценка населением своих знаний и прав в области ОМС в зависимости от образования (в %)

спондентов с начальным, 55,6% со средним и 38,6% с высшим образованием.

Анализ полученных данных указывает на наличие четко прослеживаемой зависимости между уровнем образования и степенью информированности об ОМС – по мере роста уровня образования растет степень информированности. Наименее информированы в вопросах ОМС застрахованные с начальным образованием.

На фоне низкой информированности отмечается высокая заинтересованность населения в получении дополнительных зна-

ний. Так, на вопрос о желании больше узнать об обязательном медицинском страховании и своих правах в здравоохранении, положительно ответили 77,4% респондентов и только 11,3% ответили отрицательно, при этом 11,3% не определились с решением и затруднились ответить на поставленный вопрос.

Наименьшую заинтересованность в получении знаний об обязательном медицинском страховании и своих правах в здравоохранении (таблица № 6) проявили застрахованные в возрасте 60 лет и старше (среди них не хотели бы больше узнать 18,0%), жи-

тели сельской местности (14,0%) и лица с начальным образованием (27,4%).

Закключение.

СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном проводится большая работа как по публичному, так и индивидуальному информированию граждан республики об ОМС. Несмотря на это, уровень информированности населения довольно низок – 43,2% застрахованных вообще не информированы или имеют весьма скудный объем информации об обязательном медицинском страховании,

Социальная группа	Хотели бы	Не хотели бы	Затруднились ответить	Итого
Пол:				
• Мужчины	80,5	10,1	9,4	100,0
• Женщины	76,5	11,6	11,9	100,0
Возраст:				
• до 30 лет	77,7	11,8	10,5	100,0
• 30-59 лет	79,3	9,1	11,6	100,0
• 60 лет и >	72,1	18,0	9,9	100,0
Место жительства:				
• Город	78,0	9,4	12,6	100,0
• Село	73,0	14,0	13,0	100,0
Образование:				
• Начальное	64,7	27,4	7,9	100,0
• Среднее	80,1	8,0	11,9	100,0
• Высшее	76,8	12,4	10,8	100,0
Все население	77,4	11,3	11,3	100,0

Таблица № 6. Распределение жителей в зависимости от наличия желания больше узнать об ОМС, в зависимости от пола, возраста, места жительства и образования (в %)



Филиал СМО ЗАО «МАКС-М» в г. Грозном

51,8% о своих правах в ОМС. Наименее информированными в вопросах ОМС являются жители Чеченской Республики, проживающие в сельской местности, застрахованные в возрасте 60 лет и старше и лица с начальным образованием. Причем низкий уровень информированности в большей степени связан не с отсутствием или недоступностью информации, а с нежеланием застрахованных получать эти знания.

Список литературы

Куприянова В.И. Оценка эффективности деятельности страховых представителей по защите прав застрахованных / В.И.Куприянова // Проблемы городского здравоохранения. - СПб., 2012. - Вып. 17. - С. 270-272.

Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов / В.А.Медик, В.К.Юрьев. - 2-ое изд. испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - С. 338-345.

Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации:[федер.

закон № 326-ФЗ от 29.11.2010: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г.]. - 2010.

Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации:[федер. закон № 323-ФЗ от 21.11.2011: принят Гос. Думой 1 ноября 2011 г.]. - 2011.

Юрьев В.К. Роль службы страховых представителей в защите прав и интересов больных / В.К.Юрьев, В.И.Куприянова // Социология медицины. - 2013. - № 1 (22). - С. 56-58.

Сердюков А.Г., Тапаев А.Ш.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Астрахань, Россия, (414000, Астрахань, ул. Бакинская, 121), e-mail: a g m a o z z @ mail.ru

Рецензенты:

Юрьев Вадим Кузьмич, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здраво-

охранения Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург;

Микиртичан Галина Львовна, д.м.н., профессор, зав. кафедрой гуманитарных дисциплин и биоэтики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Санкт-Петербург.

ТАРИФЫ

Тарифное соглашение – баланс объемов медицинской помощи и финансовых средств в системе ОМС



ТУРПАЛ-АЛИ ГАЙРБЕКОВ,
начальник управления
формирования финансовых
средств и статистической
отчетности в системе ОМС
ТФОМС Чеченской Республики

Историческая справка. Слово «тариф» происходит от названия небольшого острова Тарифа близ Гибралтарского пролива. Во время владычества над обоими берегами пролива арабы взимали в Тарифе по особой таблице сбор со всех судов, проходивших через пролив, соответственно качеству и количеству груза. Впоследствии таблицы для взимания разного рода сборов, в том числе и таможенных, стали применяться и в других странах, и слово «тариф» вошло во всеобщее употребление.

Возникнув как таможенная категория, сегодня понятие тарифа используется более широко: «Тариф - система ставок платы (платёж) за различные производственные и непроизводственные услуги, предоставляемые компаниями, организациями, фирмами и учреждениями. К категории тарифов относят также системы ставок оплаты труда».

В системе медицинского страхования понятие тарифа было введено законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», который был принят в 1991 году, но практическое воплощение положений данного закона началось в 1993 году после внесения в него большого числа правок законом РФ от 02.04.93 № 4741-1. Это «старый» закон о медицинском страховании, регулировавший деятельность системы ОМС с 1993 по 2010 год (18 лет).

В 11 статье данного закона «Финансовые средства государственной и муниципальной системы здравоохранения» были определены направления расходования бюджетных

средств на здравоохранение:

1. Финансирование мероприятий по разработке и реализации целевых программ здравоохранения.
2. Обеспечение профессиональной подготовки кадров.
3. Финансирование научных исследований.
4. Развитие материально - технической базы учреждений здравоохранения;
5. Субсидирование конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию;
6. Оплата особо дорогостоящих видов медицинской помощи;
7. Финансирование медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;
8. Оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения.

Очевидно, что средства бюджета могли попасть в медицинские организации, реализующие программу ОМС, но как инвестиционные расходы, на развитие данных организаций, а это приобретение оборудования, капитальное строительство и реконструкция. Упоминание о «пяти» статьях финансирования за счет средств ОМС в законе 1993 года отсутствовало, а возникновению двухканального финансирования, ликвидировать которое удалось только через 20 лет, система здравоохранения обязана не законодательному решению, а финансовой неопределенности со страховыми взносами

и децентрализации финансирования системы ОМС.

В систему ОМС финансовая категория - Тариф, была введена 24 статьей закона о медицинском страховании граждан РФ от 1993 года.

Согласно этой статье «тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт - Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи».

Законом был определен экономический статус тарифа ОМС как цены, регулируемой соглашением сторон, определен персональный состав сторон, ресурсное обеспечение современной медицинской помощи и наличие составляющей рентабельности или прибыльности медицинских организаций, дополнительно к себестоимости ресурсов.

Необходимо отметить, что за 18 лет действия закона о медицинском страховании, ни одно из положений 24 статьи не было выполнено в полной мере.

В субъектах РФ в состав комиссий, получивших наименование «тарифных», вошли территориальные фонды ОМС, и одной из



согласующих сторон стали профсоюзные организации медицинских работников.

Тарифы не могли обеспечить оплату ресурсов, необходимых для организации современного уровня медицинской помощи.

Тарифы не содержали в составляющей рентабельности.

Причин тому несколько, но основная – нехватка средств в системе ОМС для полноценного финансирования тех направлений, которые были возложены на систему ОМС.

Страховой взнос с работодателей, установленный на уровне 3,6% от фонда оплаты труда, мог обеспечить только 20-25% средств, необходимых для финансирования лечебной сети в 1993 году. Размер страхового взноса на неработающее население в рамках «старой» системы ОМС был не определен, что в условиях 90-х годов минимизировало поступление средств в территориальные фонды из этого источника. Ре-

шена эта проблема была только в 2012 году с принятием федеральных законов «Об обязательном медицинском страховании ...» и «О тарифе страхового взноса на страхование неработающих граждан ..».

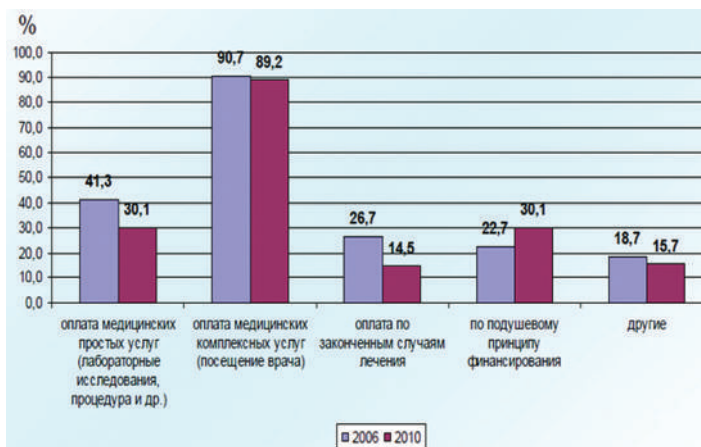
Руководством фонда ОМС, для обеспечения баланса обязательств системы ОМС и недостаточных финансовых средств было принято решение о включении в тариф ОМС только части расходов лечебного процесса, а именно: заработной платы, начислений на заработную плату, питания, медикаментов и мягкого инвентаря, да и то с рядом оговорок и исключений, например, по медицинским инструментам. Приказ ФФОМС от 14.04.1994 №16 «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан» (в дальнейшем – рекомендации) утверждает единые методические подходы при расчетах, согласовании и использовании тарифов на

медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования на всей территории РФ, впервые вводя понятие «пяти статей» и нецелевого использования средств ОМС, положив начало «бюджетно-страховой» медицине, не имеющей аналогов в мире, просуществовавшей в нашей стране до 2013 года.

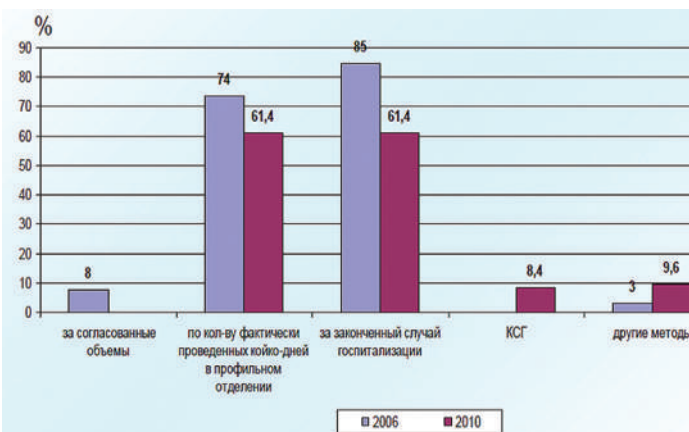
В системе российского здравоохранения сложились и функционируют четыре вида цен на медицинские услуги:

- бюджетные;
- преискуранные;
- договорные;
- тарифы на услуги, предоставляемые по программам обязательного медицинского страхования.

Бюджетные цены сформировались еще в недрах советского здравоохранения для определения бюджетного финансирования. Часто такое финансирование называют



Смешанные формы оплаты применяются в 36 субъектах



Смешанные формы оплаты применяются в 28 субъектах

Рис.1. Способы оплаты в стационаре (вверху) и в амбулатории (внизу).

сметным. Сметное финансирование осуществляется по заранее утвержденному плану (смете расходов) и не зависит от результатов (показателей) деятельности учреждения в текущем периоде, а полностью определяется бюджетной классификацией расходов и сложившейся системой государственного финансирования учреждений здравоохранения. Смета расходов определяется по нормативам, которые могут быть выражены в технологических, кадровых или обслуживаемых единицах (например, количество стационарных коек, количество врачебных должностей, число прикрепленного обслуживаемого населения и т.п.). Так как основным критерием определения ресурсов на будущие периоды являются показатели, не связанные с результатами деятельности, то сметное финансирование не имеет стимулов для повышения внутренней эффективности производителя медицинских услуг. Стимулируется рост показателей, а не результатов, что приводит к преимущественно экстенсивному пути развития отрасли за счет объемного наращивания ресурсного потребления. Состав бюджетной оценки не разделяется на себестоимость и прибыль.

Бюджетные цены все еще используются для формирования бюджета. Данный способ оплаты услуг в сочетании со способом оплаты труда, не ориентированным на результат и качество, может использоваться в случаях производства услуг с признаками «общественного блага» или в случаях, когда экономическая эффективность является не основным приоритетом. В современном управлении общественными финансами та-

кой способ принято называть управлением запасами.

В период нового хозяйственного механизма сложилась методика ценообразования на платные медицинские услуги, функционирующая до настоящего времени. Цены на платные услуги разрабатываются, как государственные, в виде преискурантов. Преискуранты, в отличие от бюджетных оценок, включают фактические затраты лечебно-профилактического учреждения с учетом трудовых и материальных норм и нормативов, а также прибыль в размере отраслевого или территориального коэффициента (процент к себестоимости).

Приняты два метода расчета цен:

1) расчет цен «сверху», в органе управления здравоохранением субъекта РФ, для всех медицинских учреждений территории с применением в некоторых случаях групповых цен для однозначных по номенклатуре учреждений;

2) расчет «снизу», когда цену рассчитывает лечебно-профилактическое учреждение и согласовывает ее с соответствующей финансовой организацией. Обычно преискуранты цен содержат наименование медицинской услуги и цену данной услуги.

Преискурант цен обязательно утверждается структурой, на которую возложена данная обязанность. В зависимости от принятой методики утверждения цен в различных субъектах РФ преискурант цен могут утверждать управления здравоохранением, финансовый орган, глава города или орган местного самоуправления.

Договорные цены - это цены на услуги, выполняемые лечебно-профилактическими учреждениями по договорам с учреждениями и предприятиями или договорам со страховыми медицинскими организациями в рамках выполнения программ добровольного медицинского страхования. Договорные цены не регламентируются государством, являются свободными, содержат и себестоимость для полного покрытия издержек учреждения, и прибыль. При расчете договорных цен возможен индивидуальный подход к определению трудозатрат, сложности трудовых процессов и размерам других затрат. Размер цены согласуется между заказчиком и исполнителем договора и оформляется в виде протокола согласования цены.

Наиболее распространенный вид цен, фигурирующий в настоящее время, - тарифы.

Тариф - это ставка, по которой взимается плата за услуги. По экономической сути цена и тариф совпадают. Цены (тарифы) - это важнейший элемент, от которого зависит финансирование конкретного лечебного учреждения и, следовательно, в целом всей отрасли. Включение или не включение в тарифы тех или иных видов затрат определяется тем, каковы источники финансирования медицинской организации по этим видам затрат.

В качестве финансового инструмента тарифы на медицинские услуги могут возмещать все затраты медицинского учреждения (бюджетное финансирование) или только часть из них (финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования), и могут обеспечивать развитие

медицинской организации, а значит, иметь в структуре прибыль (коммерческое здравоохранение).

Тарифы на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования представляют отдельную группу ценовых показателей, отличающуюся от расчетной стоимости медицинских услуг. Тарифы являются денежными суммами, определяющими уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан.

До 2011 года не существовало нормативного документа, в который включаются тарифы, принятые региональной тарифной комиссией. Традиционно тарифы формировались в виде набора таблиц, и учитывали особенности вида медицинской помощи, её уровня, условий оказания, а также профиль отделений и врачебные специальности. В ряде субъектов РФ данный набор таблиц получал наименование «Тарифного соглашения» или «Генерального тарифного соглашения» и подписывался согласующими сторонами, в состав которых обязательно включался территориальный фонд ОМС. Кроме набора таблиц, в данный документ включались положения, описывающие способ ценообразования, принятый в регионе при расчете тарифов ОМС, порядок оплаты медицинской помощи и учета объемов, с элементами электронного обмена данными. В ряде регионов в тарифном соглашении содержались положения о финансовом взаимодействии субъектов, в том числе о порядке финансирования страховых медицинских организаций и финансовых санкциях к СМО и медицинским организациям. «Генеральное тарифное соглашение» становилось центральным документом территориальной системы ОМС, оставаясь при этом нелегитимным с позиции законодательства.

Набор способов оплаты и методика расчетов тарифов в регионах был очень разнообразен (см. Рис.1). Приказом федерального фонда были определены рекомендуемые способы оплаты для стационаров и амбулаторий, которые допускали выбор любых способов кроме сметного финансирования. Постановлением правительства РФ, утвердившим ПГГ (базовую программу ОМС) на 2007 год, был дан перечень рекомендуемых способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

Наиболее массовыми до 2013 года способами оплаты в стационаре были койко-дни профильного отделения или «средне-профильный» законченный случай лечения. Другие рекомендуемые способы: по МЭС, КЭС, КСГ, КЗГ, за «выбывшего» пациента и за

отдельные услуги – применялись гораздо реже и зачастую как дополнительные к койко-дню. В амбулаторной помощи основным способом оплаты была комплексная услуга – посещение к клиническому специалисту. Оплата отдельных услуг применялась при финансировании стоматологической помощи и консультативно-диагностических учреждений. Подушевое финансирование и законченный случай лечения и оплата по всем оказанным услугам тоже имела место, но гораздо в меньшей степени.

В различных регионах России применялись разные методики формирования тарифов ОМС, так как наряду с методиками, предложенными федеральным фондом ОМС, в практике экономических расчетов применялись методики Минздрава РФ, РАМН и межведомственные методики.

Ниже по тексту приведены методики ценообразования (и формирования тарифов ОМС), разработанные и утвержденные на федеральном уровне:

1. Методические рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги. Утверждены письмом Минздрава РФ от 01.09.1992г. №19-15/03.

2. Рекомендации по расчетам тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан. Приказ ФОМС от 14.04.1994г. №16 «О расчетах тарифов на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования граждан».

3. Методические рекомендации по расчету тарифа на случай амбулаторного и поликлинического обслуживания в системе обязательного медицинского страхования. Приказ ФОМС от 12.10.1995г. №72 «О методических рекомендациях по расчету тарифов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи».

4. Временная инструкция по расчету стоимости медицинских услуг. Утверждена 10.11.1999 г Минздравом РФ № 01-23/4-10 и РАМН. № 01-02/41

5. Инструкция по расчету стоимости простых, сложных и комплексных медицинских услуг. Утверждена приказом РАМН от 27.04.2003г. №42.

6. Методика расчета тарифов на медицинскую помощь (услуги), оказываемые гражданам в рамках программ обязательного медицинского страхования, – сентябрь 2003 года. Согласована 23.09.2003г. №6/н Минздравом РФ, Минэкономразвития РФ, Федеральным фондом ОМС и Пенсионным фондом РФ.

7. Методика расчета затрат на медицинские услуги, являющаяся одним из разделов Номенклатуры работ и услуг в

здравоохранении. Утверждена Минздравсоцразвития РФ 12.07.2004 №6/н.

Все перечисленные экономические методики предлагают разные методы расчета стоимости или тарифа ОМС и опираются на затратные и нормативные способы ценообразования. Замечательно то, что если использовать одинаковые исходные данные для расчета и применить различные методики, то можно получить различные результаты.

Общей характеристикой перечисленных методик при различной математике расчетов является то, что исходными данными являются «сложившиеся» расходы прошлых периодов, за исключением расчетов питания (по натуральным нормам) и мягкого инвентаря (по нормам потребления и списания).

В такой методической неопределенности в большинстве регионов РФ применялась упрощенная схема расчета тарифов ОМС, заключавшаяся в отнесении сложившихся расходов медицинских организаций (по форме 14 или 62), сгруппированная по типам и уровням МО. Очевидно, что такие расчеты сложно назвать научно-обоснованными, т.к. они дают «средний» сложившийся расчет, который не соответствует реальным расходам медицинских организаций и не опирается на нормативы потребления ресурсов.

Данная ситуация несоответствия «среднего» тарифа реальному учреждению привела многие регионы к необходимости использования «тарифных» групп МО, в которые включались «близкие» по фактическим расходам учреждения. В некоторых регионах число таких групп (и подгрупп) доходило до двух десятков, а ряд регионов вообще использовал «индивидуальные» тарифы, отражающие расходы МО, сформированные по принципу сметного финансирования. В некоторых регионах вместо тарифных групп использовали коэффициенты, регулирующие отношение «среднего» (базового) тарифа и фактических затрат учреждения.

Естественно, данные методы «регулировки» тарифной системы не обеспечивают равной оплаты одинаковых медицинских технологий, описанных набором медицинских услуг, лекарственных средств и иных используемых для лечебного процесса ресурсов. Но позволяют контролировать и регулировать процесс ценообразования в системе ОМС, не допуская значительных колебаний тарифов, связанных с нерациональным использованием средств ОМС в медицинских организациях. В большинстве регионов России применялась экспертная, субъективная настройка тарифной системы (т.н. тарифное регулирование), обеспечивающая баланс средств территориального



фонда ОМС и оплаченных объемов медицинской помощи. Расчет тарифов, представляемых в Тарифную комиссию, обычно осуществлялся специалистами территориальных фондов ОМС, но в некоторых субъектах расчетами занимались органы управления здравоохранением, медицинские организации, страховые медицинские организации и даже независимые расчетно-аналитические центры.

С принятием Федерального закона №326 «Об обязательном медицинском страховании» начался процесс упорядочения тарифной политики в системе ОМС Российской Федерации. В статье 30 «Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» данного федерального закона определено следующее:

«1. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 настоящего Федерального закона. Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом.

3. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также в случаях, установленных настоящим Федеральным законом, - в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

4. Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается настоящим Федеральным законом.

5. Уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации размещают на своих официальных сайтах в сети Интернет установленные тарифы на оплату медицинской помощи в срок не позднее 14 календарных дней со дня их установления».

В соответствии с положениями Федерального закона тарифы, установленные комиссией, оформляются в виде «Тарифного соглашения», действующего в рамках территориальной программы ОМС субъекта РФ, структура и состав которого определяется приказом федерального фонда ОМС.

Структура тарифа определяется в рамках положений базовой программы ОМС, определена Федеральным законом №326 и может изменяться правительством РФ при ежегодном утверждении базовой программы ОМС.

В правилах ОМС, утвержденных приказом Минздравсоц-



СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОЛИС (ПОЛИС) ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)

— документ, гарантирующий получение бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации по программе обязательного медицинского страхования.

Полис ОМС удостоверяет, что оплату медицинской помощи, оказанной в системе обязательного медицинского страхования, производит страховая медицинская организация, выдавшая полис.

Застрахованное лицо по обязательному медицинскому страхованию вправе иметь только один полис.

развития РФ от 28.02.2011г. №158н, определена методика расчета тарифов ОМС и дана структура тарифов. Последние изменения в эту методику внесены в 2013 году приказом Минздрава от 20.11.2013г. №859ан.

В новой редакции методики формирования тарифа определено следующее:

«Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения

и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона;

2) дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации в соответствии с частью 8 статьи 35 Федерального закона;

3) расходы, определенные территориальной программой обязательного медицинского страхования в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджет территориального фонда».

В части реализации методики расчета тарифа ОМС, определено следующее:

«Расчет тарифов может осуществляться на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации, 1 обращение в связи с заболеванием, 1 законченный случай при оплате диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме, 1 пациенто-день лечения, 1 вызов скорой медицинской помощи), на медицинскую услугу, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц».

Методикой формирования тарифов предполагается три различных варианта расчетов, охватывающие все многообразие рекомендуемых способов оплаты по территориальной программе ОМС.

1. Тариф на единицу объема, которым

Злокачественные новообразования молочной железы IV стадии - первично; I-IV стадии - прогрессирование (химиотерапевтическое лечение)

Код	Наименование услуги по справочнику МЗ РФ	Стоим.	Доля	К-во	Сум (р.)
A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей	678,93	0,200	1,0	135,79
A04.01.002	Ультразвуковое исследование кожи	1018,3	0,200	1,0	203,68
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	504,83	0,200	1,0	100,97
A04.10.002	Эхокардиография	1671,1	0,010	1,0	16,70
A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	848,66	0,050	1,0	42,43
A04.20.001.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков	848,66	0,050	1,0	42,43
A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	1357,8	0,200	1,0	271,57
A05.23.009	Магнитно-резонансная томография головного мозга	1527,5	0,100	1,0	152,76
A06.09.005.001	Спиральная компьютерная томография грудной полости	1527,5	0,200	1,0	305,52
A06.09.007.002	Рентгенография легких цифровая	339,46	0,100	1,0	33,95
A06.20.004	Маммография	1018,3	0,200	1,0	203,68
A06.30.005.002	Компьютерная томография органов брюшной полости	2036,7	0,200	1,0	407,36
A08.03.001	Цитологическое исследование препарата пунктатов	1780,0	0,300	1,0	534,00
A08.20.008	Гистологическое исследование препарата	1378,7	0,030	1,0	41,35
A11.20.010.001	Биопсия новообразования молочной железы прицельная	141,45	0,050	1,0	0,00
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	367,32	1,000	1,0	367,32
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	258,52	1,000	1,0	258,52
B03.016.006	Анализ мочи общий	204,55	1,000	1,0	204,55
B03.052.001	Комплексное ультразвуковое исследование	1018,3	0,200	1,0	203,68

Медицинские услуги, оказываемые вне профильного отделения 3 526,26

Лекарственные средства (лист назначений пациента)	9 720,00
Питание	2 034,00
Накладные расходы профильного отделения	38 742,81
Накладные расходы медицинского учреждения	4 628,23
Хозяйственные расходы (одноканальное финансирование)	15 707,25

Тариф (руб.), в том числе: 74 358,55

Заработная плата и страховые взносы	41 103,48
Медикаменты	12 987,48
Питание	2 034,00
Мягкий инвентарь и обмундирование	352,21
Прочие медицинские расходы	1 629,06
Медицинский инструмент и оборудование (до 100 т.р.)	545,07
Хозяйственные расходы	15 707,25

Таблица №1

может быть случай госпитализации, обращение в связи с заболеванием и др. «агрегированные» единицы учета медицинской помощи, на которые предполагается относить все виды затрат, включаемых в тариф ОМС. При проведении данного варианта расчета, как правило, используется структурный или экспертный метод расчета и широко используются данные по сложившимся затратам на выбранную единицу объема. Тарифы,

рассчитанные по данным методам, отражают «средние» затраты на единицу объема и могут существенно отличаться от себестоимости данных единиц в конкретных медицинских организациях, даже в рамках структуры тарифа ОМС.

2. Тарифы на медицинскую услугу формируются с учетом стоимости ресурсов, необходимых для реализации данной услуги, выполняемой в соответствии с её «техноло-

гической» картой. Технологическая карта содержит перечень прямых расходов: трудозатраты врачебного и среднего медицинского персонала; перечень и количество необходимых лекарственных средств и предметов медицинского назначения, перечень и время использования многоразовых медицинских инструментов и медицинского оборудования и долю накладных расходов. Наличие такой технологической карты позволяет



использовать нормативный метод расчета тарифа и использовать тариф не только для оплаты медицинских услуг, но и для анализа себестоимости данных услуг в различных медицинских организациях, для устранения неэффективных расходов.

Тариф на оказание i -той медицинской услуги (T_i) определяется по формуле:

$$T_i = \sum_j G_j$$

где G_j – нормативные затраты, определенные для j -той группы затрат на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) на соответствующий финансовый год

3. Тариф для группы заболеваний, в том числе для клинико-статистических групп, может определяться с использованием нормативного или экспертного метода.

Для использования нормативного метода необходимо для объединенной группы заболеваний определить набор медицинских услуг для «среднего» пациента и, рассчитав каждую услугу, входящую в набор по «технологической» карте, суммировать результат с учетом числа услуг конкретного наименования и их частоты применения. При этом сумму накладных расходов по этим услугам можно определить в целом для законченного случая, отнесением на его среднюю дли-

тельность законченного случая (в койко-днях или пациенто-днях).

В составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются следующие группы затрат:

- затраты на коммунальные услуги;
- затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за медицинской организацией на праве оперативного управления или приобретенным медицинской организацией за счет средств, выделенных ей учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у медицинской организации на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (далее – затраты на содержание недвижимого имущества);
- затраты на содержание объектов движимого имущества;
- затраты на приобретение услуг связи;
- затраты на приобретение транспортных услуг;
- затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников медицинских организаций, которые не принимают непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги) (административно-управленческого, адми-

нистративно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственного участия в оказании медицинской помощи (медицинской услуги));

- затраты на амортизацию оборудования, непосредственно не используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги);

- прочие затраты на общехозяйственные нужды.

Затраты на амортизацию оборудования, используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Затраты на коммунальные услуги определяются обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом

изменений в составе используемого при оказании медицинской помощи (медицинской услуги) движимого и недвижимого имущества:

- затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;
- затраты на горячее водоснабжение;
- затраты на теплоснабжение;
- затраты на электроснабжение.

В случае заключения энергосервисного договора (контракта) дополнительно к указанным нормативным затратам определяются нормативные затраты на оплату исполнения энергосервисного договора (контракта), на величину которых снижаются нормативные затраты по видам энергетических ресурсов.

Для определения затрат на коммунальные услуги рекомендуется учитывать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу объема медицинской помощи (медицинской услуги) для группы медицинских организаций, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

Затраты на холодное водоснабжение и водоотведение определяются исходя из объемов потребления и тарифов на холодное водоснабжение и водоотведение по следующей формуле:

$$N_{\text{ХВ,вод}} = T_{\text{ХВ}} \times V_{\text{ХВ}} + T_{\text{Вод}} \times V_{\text{Вод}},$$

где:

$N_{\text{ХВ,вод}}$ - затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

$T_{\text{ХВ}}$ - тариф на холодное водоснабжение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{ХВ}}$ - объем потребления холодной воды (в куб. м) в отчетном финансовом году;

$T_{\text{Вод}}$ - тариф на водоотведение, установленный на соответствующий финансовый год;

$V_{\text{Вод}}$ - объем водоотведения в соответствующем финансовом году;

Затраты на горячее водоснабжение, потребление тепловой энергии, электрической энергии, газа определяются исходя из соответствующих тарифов и общих объемов их потребления в натуральном выражении по следующей универсальной формуле:

$$\sum_{i=1}^4 N_i = \sum_{i=1}^4 (T_i \cdot V_i)$$

где:

N_i - затраты на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (3), газа (4);

T_i - тариф на горячее водоснабжение (1), потребление тепловой энергии (2), электрической энергии (кВт.ч) (3), потребление газа (4) в соответствующем финансовом году;

V_i - объем потребления горячей воды (в куб. м) (1), тепловой энергии (в Гкал) (2), электрической энергии (кВт.ч) (3), потребление газа (4) в соответствующем финансовом году.

Рассчитать тариф ОМС для группы заболеваний можно, используя данные по «среднему» пациенту, заложенные в федеральных стандартах медицинской помощи.

В таблице №1 представлен пример такого расчета при лечении злокачественного новообразования молочной железы, самого частого онкологического заболевания у женщин. Экспертный способ определения тарифа по законченному случаю лечения применяется при использовании клинко-статистических групп заболеваний (КСГ), разработанных под эгидой Минздрава РФ и ФФОМС.

Так как расчет величины коэффициента относительной затратоемкости КСГ 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, то их экспертное значение всегда может быть скорректировано на основе нормативного метода расчета стандартов медицинской помощи или «средних» наборов услуг, входящих в КСГ и скорректированной стоимости всех видов ресурсов.

Оплата специализированной медицинской помощи за счет средств системы обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на основе КСГ осуществляется во всех страховых случаях.

Исключение составляют:

- социально-значимые заболевания;
- методы, используемые при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, вошедшие в систему обязательного медицинского страхования с 1 января 2014

года;

- отдельные методы и технологии при лечении заболеваний и состояний, на которые Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи установлены нормативы стоимости.

При расчете стоимости пролеченного больного с применением способа оплаты по клинко-статистическим группам учитываются затратоемкость по клинко-статистическим группам, количество профильных госпитализаций и применение современных эффективных технологий, стимулирование медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, уровень оказания медицинской помощи, сложность лечения пациентов.

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПГ) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

- 1) базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи (БС);
- 2) коэффициент относительной затратоемкости (КЗ ксг/кпг);
- 3) поправочные коэффициенты:
 - управленческий коэффициент (КУксг/кпг);
 - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУСмо);
 - коэффициент сложности курации пациента (КСКП).

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определяется исходя из следующих параметров:

- 1) общего объема средств на финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи по нормативам, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) частоты случаев госпитализации по каждой медицинской организации и каждой КСГ.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССсл) по КСГ определяется по следующей формуле:

$$СС_{\text{сл}} = БС \times ПК, \text{ где}$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПГ (как интегрированный коэффициент оплаты по данной группе случаев).

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, установленных в субъекте Российской Федерации по следующей формуле:

$$ПК = K_{ЗКСГ/КПГ} \times K_{УКСГ/КПГ} \times K_{УСМО} \times K_{СКП}$$

где:

$K_{ЗКСГ}$ – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, рассчитан методом ступенчатого отнесения затрат медицинских организаций в субъектах Российской Федерации и представлен в приложении 1 к настоящим рекомендациям;

$K_{УКСГ}$ – управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации для данной КСГ определен указанный коэффициент);

$K_{УСМО}$ – коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации для данной медицинской организации определен указанный коэффициент);

$K_{СКП}$ – коэффициент сложности курации пациента (используется в расчетах, в случае если в субъекте Российской Федерации установлен указанный коэффициент).

Коэффициент сложности курации пациентов может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации. Коэффициент сложности курации пациентов устанавливается в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставлением спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний; наличием у пациента тяжелой сочетанной патологии и др.) и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Решение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе, оформляется соответствующим прото-

колом. Значение коэффициента сложности курации пациентов суммарно не может превышать уровень 1,3.

Управленческий коэффициент может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации для конкретной КСГ или КПГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу (для терапевтических групп), или стимулированию медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения (для хирургических групп). Для стимулирования медицинских организаций осуществлять регулирование уровня госпитализации значение управленческого коэффициента должно быть выше 1. Для снижения уровня госпитализации по данной клинико-статистической группе заболеваний значение управленческого коэффициента должно быть ниже 1.

Кроме того, управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе дневных стационаров в больничных учреждениях. Размер управленческого коэффициента не может превышать уровень 1,5.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, в случае, если при прогнозировании размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по КСГ или КПГ, размер финансового обеспечения медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи (областные, городские, районные) отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %. Данный коэффициент отражает разницу в финансовом обеспечении стационарной медицинской помощи на различных уровнях.

При этом установление индивидуальных тарифов для отдельных медицинских организаций недопустимо. Коэффициент уровня стационара не может превышать уровень 1,5.

4. Тариф на основе подушевого норматива может определяться структурно-экспертным методом на основе анализа затрат на медицинскую помощь и отнесении этих затрат на несколько половых возрастных групп с последующими пересчетом на демографическую структуру застрахованных лиц по тем

же группам. При этом в расчеты могут включаться все расходы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (полное фондодержание), расходы на первичную помощь и часть расходов на специализированную или скорую медицинскую (частичное фондодержание), а также только на первичную помощь (без фондодержания).

Если для расчета подушевых нормативов использовать нормативные расчеты по группам болезней, КСГ или стандартам медицинской помощи, то можно реализовать нормативный метод расчета подушевых нормативов.

В этом случае группы болезней, входящих в каждую половозрастную группу и их частоты позволяют нормативно перенести тариф этой группы болезней (КСГ, СМП и др.) на подушевой норматив, обеспечивая его независимость от сложившейся структуры медицинской организации и её фактических затрат.

Рассмотренные положения по формированию тарифов ОМС как цен, регулируемых Тарифным соглашением, и их непосредственная связь с нормативами территориальной программы ОМС позволяют обеспечить баланс объемных и финансовых ресурсов как для территориальной программы ОМС, так и для каждой медицинской организации, выполняющей плановые задания.

Правильность планирования объема медицинской помощи для каждой медицинской организации, постоянный контроль (текущий мониторинг) выполнения объемов и использования средств ОМС каждой организацией и своевременная корректировка планов-заданий и тарифов ОМС в рамках территориальной программ и Тарифного соглашения обеспечивает решение задач республиканского здравоохранения по сохранению и умножению здоровья жителей Чеченской Республики.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

Информационное обеспечение системы ОМС Чеченской Республики. Итоги и перспективы.



УВАЙС МАГОМАДОВ,
начальник управления
информационного
обеспечения ТФОМС
Чеченской Республики

Тема информатизации медицины сегодня необычайно актуальна. Уровень информатизации республиканских медицинских учреждений на протяжении долгого времени оставался низким. Это, пожалуй, одна из тех отраслей, где годами отставало внедрение информационных технологий. Последствия такого положения вещей могут оказаться поистине критическими для каждого из нас. Вызвано это отставание тем, что в последнее время наблюдается взрывной рост количества новых лекарственных препаратов, оборудования, методов лечения и меняющихся способов учета медицинских услуг и их оплаты.

Имея постоянный дефицит квалифицированных кадров в области информационных технологий, информационные системы учреждений здравоохранения относительно инертны, они не успевают за постоянно растущими потребностями новых технологий.

То, что ситуацию надо менять, было ясно давно, но реальные шаги стали предприниматься в последнее время.

За прошедший год наметились положительные тенденции в этой области. Принят ряд мер, призванных существенно улучшить ситуацию в медицине в целом, в том числе и в сфере информатизации отрасли. На этом пути решаются немало задач как по техническому оснащению медицинских организаций, так и по обеспечению этой техники комплексом прикладных программ, позволяющих медикам работать действительно эффективно. В настоящий момент техническую оснащенность медицинских учреждений республики можно считать удовлетвори-

тельной. Следует отметить, что, несмотря на отставание в абсолютных цифрах, переоснащение компьютерного парка идет опережающими темпами по отношению к развитию и внедрению медицинского программного обеспечения, без которого даже самые совершенные компьютеры не принесут лечебному учреждению ощутимой пользы.

Разработка программ для медицины является одной из самых сложных задач среди многих направлений информатизации общества. Такая разработка включает значительный объем разносторонней информации о больных, является сложной по анализу диагностики, прогноза и лечения болезней. Нередко возникают также трудности работы с вычислительной техникой из-за недостаточной подготовки пользователей, сомнений в точности «компьютерных» решений, защищенности информации от несанкционированного доступа. Одной из главных трудностей также является разработка адекватных алгоритмов анализа указанных аспектов медицинской информации. Не вызывает сомнения, что неотложными являются вопросы обучения, усовершенствования врачей, выполнения научных и организационных запросов для обмена опытом, изучения мировых достижений и новых разработок в области медицины, участия в форумах.

Следует обратить внимание на мероприятия как республиканского, так и федерального уровня, которые были призваны улучшить состояние информатизации здравоохранения региона. В частности это постановление Правительства Чеченской Республики №137 от 21 сентября 2010 года «Об утверждении республиканской целе-

вой программы «Информатизация системы здравоохранения Чеченской Республики на 2011-2013 годы» целью которой являлось повышение эффективности управления здравоохранением Чеченской Республики, снижение уровня предотвратимой смертности населения за счет уменьшения уровня врачебных ошибок и их последствий. К задачам программы относились:

- обеспечение всех ЛПУ региона компьютерами, связью и современной медицинской информационной системой обеспечение средствами информатизации процесса непрерывного повышения и объективной оценки квалификации врачей и медперсонала, разработка инструментов статистического анализа централизованных данных о пациентах и производственных процессах в ЛПУ;

- разработка инструментов оперативно-го управления ресурсами здравоохранения в масштабах Чеченской Республики;

- разработка Интернет-портала для предоставления гражданам Чеченской Республики медицинской информации и информационных сервисов.

Кроме того, Федеральным Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» было установлено, что в период 2011-2012 г.г. в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам, осуществляется реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ. В рамках этих программ предусматривались мероприятия по информатизации здравоохранения, которые предполагали такие направле-

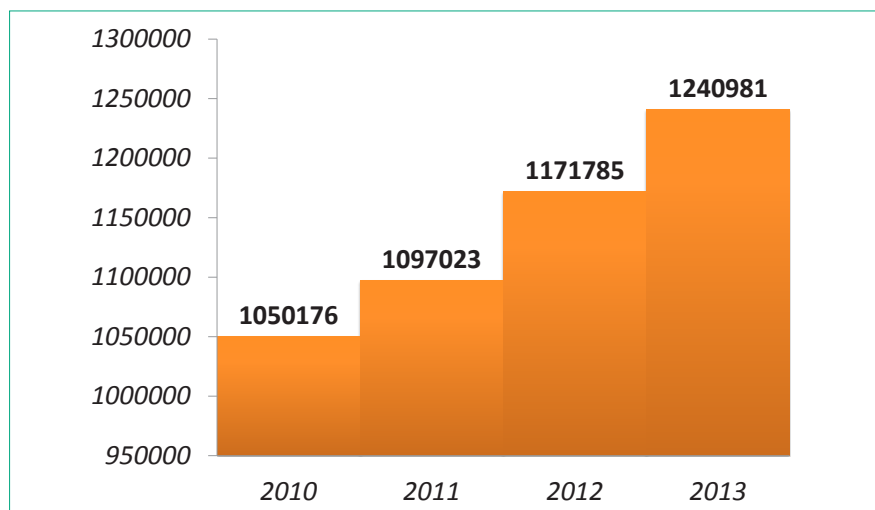


Рис.1 Численность застрахованного населения

ния, как:

- ведение персонифицированного учета оказанных медицинских услуг, электронных медицинских карт граждан;
- запись к врачу в электронном виде;
- обмен телемедицинскими данными;
- внедрение систем электронного документооборота;

- ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта.

За прошедший год требования к информационным системам участников ОМС значительно выросли. Претерпел изменения ряд основополагающих документов в области здравоохранения, и в частности порядок информационного взаимодействия при организации ОМС. К таковым относятся изменения Федерального закона № 326 –ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 года в рамках Федерального Закона №317-ФЗ от 25 ноября 2013 года, изменения «Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденные приказом Федерального фонда ОМС № 79 от 07 апреля 2011 года с изменениями от 22 августа 2011 года (приказ ФФ №154) приказом Федерального фонда ОМС № 276 от 26 декабря 2013 года.

С учетом вышеназванных изменений в законодательной и нормативной базе, Управлением информационного обеспечения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской

Республики совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики и Страховой медицинской организацией оперативно вносятся изменения в нормативных документах регионального уровня, регламентирующих информационное взаимодействие участников ОМС. Ведутся работы по адаптации существующих информационных систем к новым требованиям.

В настоящее время совместными усилиями ТФОМС Чеченской Республики, Министерства здравоохранения Чеченской Республики и страховыми медицинскими организациями, работающими на территории Чеченской Республики, обозначены приоритетные направления на пути дальнейшей информатизации здравоохранения, создания единого медицинского информационного пространства в республике. Обозначены пути стандартизации систем с целью повышения их интеграционных возможностей.

Обозначены лечебные стандарты, необходимые для экспертных функций информационных систем, для которых требуется полная дискретность на всех шагах оказания медицинской помощи.

Большое значение для эффективного управления медицинской организацией, повышения уровня качества и объективности диагностики имеет внедрение медицинских информационных систем (МИС) в здравоохранении. В сети МИС должны функционировать система ведения персонифицированного учета медицинских услуг, ведения электронной истории болезни, компьютерные диагностические системы. Только электронная версия истории болезни может обеспечить при минимальных затратах вре-

мени оперативный учет затрат, связанных с диагностическими и лечебными мероприятиями, использование медикаментов и материалов и т.п. Все это, в частности, имеет также важное значение для функционирования страховой медицины.

Говоря об интеграционных возможностях информационных систем, следует отметить, что мировая практика интеграции медицинской информации основывается в первую очередь на использовании стандартов хранения медицинских данных и обмена ими. Интеграция медицинской информации и создание единых электронных медицинских карт дают ряд преимуществ, которые будут иметь ключевое значение при построении МИС. Прежде всего, это улучшение качества медицинского обслуживания и уменьшение количества врачебных ошибок за счет предоставления медперсоналу своевременного доступа к консолидированной информации о пациенте. Такая информация включает диагнозы, результаты обследований, лабораторные анализы, радиологические снимки и многие другие данные. Ее наличие кардинально повышает скорость и точность принятия решений врачами, а также устраняет необходимость повторного ввода данных о пациентах.

Говоря о вопросах интеграции, нельзя не упомянуть о факторе, с которым приходится сталкиваться в процессе внедрения и развития информационных систем. Это, прежде всего, несовершенство законодательной и нормативной базы. В частности, слабая освещенность в нормативных документах некоторых аспектов, призванных регулировать вопросы доступа к персональ-

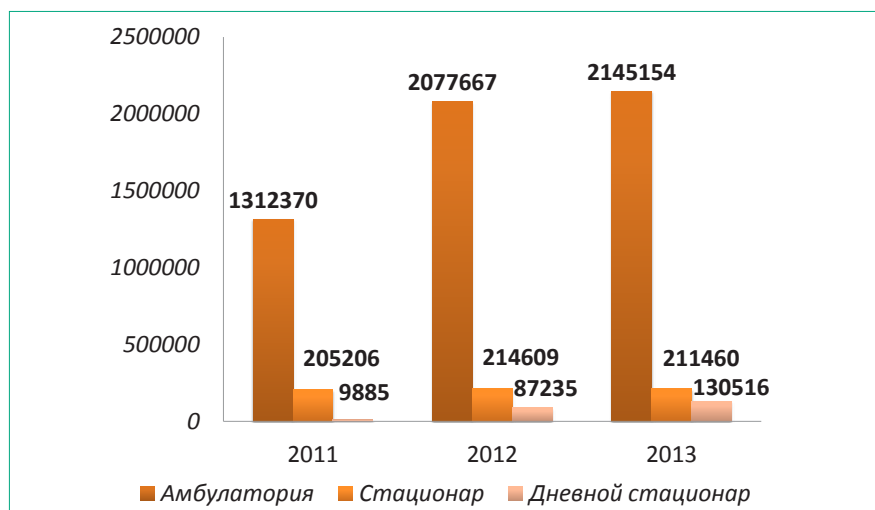


Рис. 2. Количество граждан, получивших медицинские услуги

ным медицинским данным и защиты информации. Многие вопросы в документах лишь обозначаются, но не регламентируются однозначным образом. Большая часть этих вопросов оставлена на усмотрение системных администраторов в соответствии с правилами внутренней политики конкретных организаций. Остаются неурегулированными или слабо регламентированными вопросы о праве передачи персональной медицинской информации третьим лицам (например, работникам другой поликлиники, вышестоящим организациям); этот вопрос также оставлен в распоряжении службы безопасности владельца локальной медицинской системы. Регламенты, включающие простую защиту доступа к данным с помощью паролей, представляются совершенно недостаточными. Интегрированные базы медицинских данных должны иметь многоуровневую комплексную защиту. В качестве возможных организационных мер защиты можно указать следующие:

- хранение серверов и хранилищ данных в физически изолированных помещениях;
- охрана физического доступа к серверам и хранилищам данных;
- исключение одиночной работы лиц с административным доступом к базам данных;
- круглосуточное видеонаблюдение за всеми серверами, хранилищами и консолями с возможностью административного доступа к БД;
- обеспечение ключевых технических средств комплекса надежной защитой от перепадов и отключения электроэнергии;
- система персональной ответственности

всех лиц с высоким уровнем доступа к данным.

Технологические и программные средства защиты могут включать:

- использование систем цифровой подписи, смарт-карт и других дополнительных средств повышения надежности аутентификации пользователей;
- комплекс технических мер для предотвращения сетевых и вирусных атак на серверы и хранилища данных;
- непрерывное ведение журнала всех операций с БД и его периодический аудит;
- регламентированная смена административных паролей и других средств доступа.

Все это говорит о том, что наряду с основными задачами на пути внедрения и развития информационных систем как в системе ОМС, так и во всей региональной информационной системе здравоохранения неизбежно приходится сталкиваться с сопутствующими проблемами, которые отрицательно сказываются на оперативности внедрения тех или иных информационных систем.

Говоря о проблемах защиты информации, хочется отметить, что хотя многие вопросы остаются открытыми, движение в сторону исправления данной ситуации также очевидно, и это позволяет надеяться, что в скором времени большинство препятствий такого рода будет снято и мы станем свидетелями прогресса в этой области.

Опыт внедрения информационных систем в медицинских организациях говорит также о том, что труднорешаемой задачей является заставить врачей вводить данные не только в карту, но и в информационную

систему. Положение усугубляет то, что эта необходимость сегодня не ведет к прямому повышению заработка. Заработок врача сегодня напрямую не зависит от количества принятых пациентов. Так что нет ничего удивительного в том, что эта задача фактически не находит должного понимания со стороны медперсонала. Ну а любая база данных без сведений о пациентах просто не решит поставленные перед ней задачи. В этой связи Территориальным фондом ОМС Чеченской Республики начата работа по принятию мер, стимулирующих ввод данных в информационную систему ведения персонализированного учета медицинской помощи.

В настоящее время Управление информационного обеспечения (УИО) ТФОМС Чеченской Республики успешно решает задачи, связанные с ведением регистра застрахованного населения. Этот ресурс формируется в тесном взаимодействии с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, работающими на территории Чеченской Республики, Пенсионным фондом, органами ЗАГС, Фондом социального страхования на Типовом программном обеспечении (ПО), рекомендованном Федеральным фондом ОМС.

К концу 2013 года численность застрахованного населения в Чеченской Республике составила 1240981 человек или 92.4% от общей численности населения Чеченской Республики по данным Чеченстата.

К числу успешно решаемых Фондом можно отнести задачи информационного обеспечения межтерриториальных взаиморасчетов. Эти задачи выполняются на ПО,

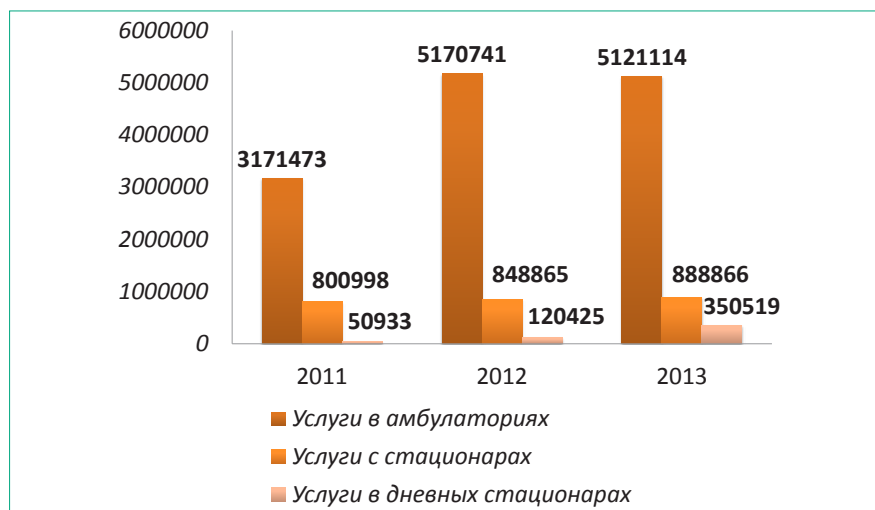


Рис.3 Количество медицинских услуг

специально разработанном по техническому заданию УИО компанией «БарсГрупп» (г.Казань). Программа автоматизирует процесс формирования и обработки поступающих и выставляемых счетов за медицинские услуги гражданам вне территории страхования.

Благополучно решаются задачи, связанные с разработкой и внедрением в медицинских организациях модулей, обеспечивающих функционирование систем по формированию различных информационных ресурсов ТФОМС Чеченской Республики. Также УИО обеспечивает информационное и техническое обеспечение функционирования систем как общего характера (администрирование корпоративных сетей, обеспечение доступа к Интернет-ресурсам, обеспечение функционирования сетевых ресурсов правовой системы и системы антивирусной защиты...), так и задач, связанных с обеспечением деятельности специализированных программных средств различных служб.

К числу задач, которые в соответствии с изменениями нормативных документов требуют серьезных изменений и доработок относятся задачи, связанные с ведением персонифицированного учета оказанных медицинских услуг. Источниками первичной информации для формирования элементов персонифицированного учета медицинских услуг должны стать медицинские организации.

Учитывая, что персонифицированный учет медицинской помощи является основным составляющим в системе формирования базы данных оказанных медицинских услуг, Территориальный фонд обязательного ме-

дицинского страхования Чеченской Республики прилагает все усилия, выступая в роли «локомотива» при решении этих задач. Этот ресурс, наряду с базой данных застрахованного населения служит «точкой опоры» для формирования различных статистических отчетов, экономических расчетов в страховой медицине.

Конечно, есть определенные успехи в этом направлении. В медицинских организациях под руководством Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) Чеченской Республики начато внедрение информационных систем на основе программного обеспечения «ИнтраМед».

В системе «ИнтраМед» реализованы такие функции, как ведение электронных историй болезни пациентов, автоматизированное ведение реестров оказанных медицинских услуг, персонифицированный учет медикаментов, автоматизированное формирование статистической и экономической документации и многое другое.

Подчеркивая положительные моменты в формировании и развитии информационных систем в здравоохранении республики, было бы несправедливым не подчеркнуть масштабную работу филиала страховой медицинской организации ЗАО МАКС-М в г. Грозном. Эта компания своими силами разработала и развернула в лечебной сети программный комплекс собственной разработки, который служит основной системой ведения персонифицированного учета медицинских услуг в республике до ввода в промышленную эксплуатацию разработок в соответствии с новыми требованиями.

В настоящее время данные, посту-

пающие в информационную систему (ИС) ТФОМС Чеченской Республики от системы персонифицированного учета медицинских услуг страховой компании, служат для формирования различных анализов, таких как доля граждан, получающих медицинские услуги в различных условиях, количество медицинских услуг в условиях амбулатории, стационара, дневного стационара и многих других. В заключении следует отметить, что в соответствии с Концепцией развития информатизации здравоохранения в Российской Федерации информатизация должна в частности выйти на:

- ввод в промышленную эксплуатацию государственных информационных систем;
- внедрение единой системы идентификации получателей медицинских услуг на основе использования единой социальной карты гражданина;

- создание системы централизованного ведения и актуализации научно-справочной информации, включая справочники, классификаторы, медико-экономические стандарты;

- создание единой федеральной системы сбора и хранения электронных историй болезни на базе национальных стандартов.

ЛИЧНОСТЬ

Пример энтузиазма и самоотдачи

РАВЗАН ЮНУСОВА

Абубакар Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС, работает в Территориальном фонде ОМС Чеченской Республики с 2001 года.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики был создан решением Главы администрации Чеченской Республики Ахмат-Хаджи Кадырова, в силу имевших место в республике событий, только в марте 2000 года, тогда как в Российской Федерации фонды ОМС существовали с 1993 года. В 2000 году Фонд как бы существовал, однако реально функционировать, как система ОМС, он начал с 2001 года, когда на договорных отношениях в него вошли девять медицинских организаций. Именно тогда и были сформированы территориальная программа ОМС и бюджет Фонда, которые являются основными нормативными документами деятельности системы обязательного медицинского страхования на территории субъекта.

Следует отметить, что первые годы становления Фонда и в целом системы ОМС в Чеченской Республике проходило в очень тяжелых условиях, связанных в основном с объективными причинами. Они складывались из ситуации, сложившейся в целом по республике и в сфере здравоохранения, в частности. Практически все медицинские учреждения были разрушены, владели жалкое существование, повально не хватало медицинских кадров, хромало оснащение, не было простейшего медицинского оборудования, все это было связано с огромным дефицитом бюджета.

Поскольку система ОМС является страховой, Фонд ОМС Чеченской Республики с момента становления и до 2005 года выполнял функции страховщика, то есть функции, связанные со страхованием населения, как работающего, так и неработающего. Учитывая тяжелые условия, связанные с транспортной доступностью, в целях создания удобства населению, были организованы пункты по страхованию населения в районах республики.

С 2005 года эти функции перешли к филиалу страховой медицинской организации ЗАО «Макс-М» в г. Грозном.

Основные проблемы в решении вопросов, связанных с организацией деятельности всей системы ОМС, а также медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, включая их финансовое обеспечение, были связаны в основном с отсутствием на должном уровне всех ветвей органов законодательной и исполнительной власти в Чеченской Республике. Несмотря на тяжелые условия, руководство Фонда через территориальные филиалы (они существовали в тот период) целенаправленно принимало меры, направленные на решение задач, стоящих перед Фондом и системой ОМС в целом. Благодаря усилиям руководства и специалистов Фонда деятельность системы ОМС в республике налажена в рамках требований федеральных и республиканских органов исполнительной власти.

Как известно, Территориальный Фонд ОМС является некоммерческой финансовой организацией, которая призвана решать вопросы финансового обеспечения деятельности медицинских организаций, оказывающих бесплатную медицинскую помощь застрахованному населению в рамках территориальной программы ОМС, ежегодно разрабатываемой в установленном порядке и утверждаемой постановлением Правительства Чеченской Республики в рамках требований Федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению медицинской помощи.

В настоящее время отделом, который занимается вопросами планирования и формирования программы ОМС руководит Абубакар Таймасханов. Как уже отмечалось, он работает здесь с 2001 года, то есть с момента становления Фонда и системы ОМС в Чеченской Республике. Следует отметить, что в то тяжелое время он начал работу в Фонде как начальник финансового отдела, а затем до 2007 года являлся заместителем директора по финансовым вопросам. В связи с дефицитом квалифицированных кадров в системе ОМС в первые годы становления ему приходилось решать вопросы, связанные со всеми направлениями деятельности Фонда: разработкой и формированием бюджета, территориальной программы ОМС, приоритетными

национальными проектами в здравоохранении, межтерриториальными расчетами, связанными с финансированием объемов медицинской помощи, оказываемой населению республики другими субъектами, вопросами, связанными с льготным лекарственным обеспечением отдельных категорий граждан и многими другими.

Особая сложность становления Фонда первых лет состояла в том, что в медицинских организациях полностью отсутствовало информационное программное обеспечение, что не позволяло обеспечивать должным образом ведение персонифицированного учета объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой населению республики в рамках программы ОМС. Несмотря на это, Фонд успешно решал все проблемные вопросы, связанные с финансированием медицинских организаций, работающих в системе ОМС Чеченской Республики. Нужно отметить, что это было крайне непросто, поскольку требования федеральных нормативных актов, касающиеся деятельности ОМС, и реальная ситуация в здравоохранении республики кардинально различались.

По сути территориальная программа ОМС является составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению на территории субъекта. То есть, если программа госгарантий – документ, охватывающий в целом здравоохранение территории субъекта в части объемов медицинской помощи и финансов, территориальная программа ОМС является составной частью программы госгарантий и призвана обеспечить финансирование объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемых застрахованному населению субъекта.

Сложным было и то, что не было специалистов, способных на должном уровне решать вопросы обязательного медицинского страхования в соответствии с предъявляемыми требованиями. Отсутствие в здравоохранении республики того периода кадров, способных решать вопросы, связанные с разработкой Программы государственных гарантий, создавало дополнительные проблемы, которые ежегодно приходилось решать



А. Таймасханову.

Несмотря на имевшие место сложности и проблемы, территориальная программа госгарантий в целом по здравоохранению Чеченской Республики, в том числе, и территориальная программа ОМС усилиями Абубакара Абдул-Керимовича ежегодно разрабатывается и утверждается в установленные сроки в соответствии с нормативными требованиями.

Следует отметить, что Фондом ежегодно принимались все возможные меры, направленные на улучшение условий и качества бесплатной медицинской помощи, оказываемой населению на территории республики и увеличение размеров финансового обеспечения этих объемов. Добиться заметных результатов в решении этих вопросов и особенно связанных с финансовым обеспечением территориальной программы ОМС руководству Фонда удалось с 2006 года, когда во главе республики стал Рамзан Ахматович Кадыров.

С 2006 года наблюдается значительное снижение дефицита бюджета Фонда и территориальной программы ОМС. Следует добавить, что два указанных нормативных документа являются основными, без которых Фонд не может решать вопросы, связанные

с финансированием медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

И особо нужно подчеркнуть, что благодаря вниманию, которое уделяется Главой Чеченской Республики Рамзаном Ахматовичем Кадыровым, с 2006 года Фонд начал финансировать объемы медицинской помощи, оказываемой больным с хронической почечной недостаточностью за счет средств ОМС, что практически не делалось в то время ни в одном субъекте России. И здесь следует добавить, что указанные выше тяжелобольные получили возможность получать сеансы гемодиализа бесплатно за счет средств ОМС в Республиканской клинической больнице им. Ш. Эпендиева. До этого больные с хронической почечной недостаточностью нашей республики вынуждены были ездить в другие регионы России, что было связано с огромными трудностями как транспортировки больных, так и финансовыми затратами.

Нужно отметить и то, что руководством республики и Фонда было уделено серьезное внимание вопросам улучшения условий, связанных с деятельностью системы ОМС республики, территориального фонда ОМС и медицинских организаций. Особо заметно это стало наблюдаться с 2007 года, когда руководителем Фонда был назначен Денил-

бек Шерваниевич Абдулазизов. С 2009 года, благодаря улучшению финансовых возможностей Фонда, медицинские организации, работающие в системе ОМС Чеченской Республики, начали финансировать по 5-ти статьям расходов (в том числе заработная плата, начисления на оплату труда медицинских работников, медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь), когда ранее финансировались только три статьи расходов (медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь). Также улучшились условия деятельности самого Территориального Фонда ОМС, для работников Фонда было построено новое административное здание в г. Грозном (до этого Фонд размещался в приспособленных помещениях в г. Аргун).

Совместными усилиями Правительства Чеченской Республики и ТФОМС под руководством Главы Чеченской Республики Р. Кадырова ежегодно обеспечиваются меры, направленные на увеличение размеров финансовых средств, направляемых на выполнение территориальной программы ОМС, что в свою очередь обеспечивает сокращение дефицита бюджета Фонда и программы ОМС. Если бюджет Фонда и территориальная программа ОМС в 2005 году составляли около 574 млн. рублей, то в 2013 году – 7 742,0



млн. рублей, то есть в 13,5 раз больше уровня 2005 года. И можно сказать, что практически бюджет Фонда и программа ОМС Чеченской Республики не имеют дефицита. Конечно, это не говорит о том, что в здравоохранении республики, в том числе и в системе ОМС, нет проблем, связанных с финансовым обеспечением объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемых застрахованному населению в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Однако эти проблемы решаемы и решаются территориальным фондом ОМС довольно успешно в рамках требований федеральных органов исполнительной власти.

В соответствии с майским (2012 г.) Указом № 597 Президента России обеспечено повышение уровня среднемесячной заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачи, средний и младший медицинский персонал) до уровня индикаторов, определенных на 2013 год в рамках утвержденной «дорожной карты». Благодаря мероприятиям, осуществленным Министерством здравоохранения Чеченской Республики и Территориальным ФОМС в рамках программы модернизации здравоохранения Чеченской Республики, которая реализовывалась под чутким руководством Главы и Правительства Чеченской Республики в 2011-2012 гг., было значительно улучшено материально-техническое обеспечение медицинских организаций, включая оснащение медицинским оборудованием и информационное обеспечение.

Указанные меры явились гарантом того, что заметно повышается качество объемов медицинской помощи, оказываемых населению в рамках программы ОМС, а также

финансовое обеспечение этих объемов. Об этом свидетельствует тот факт, что на 2014 год утверждены объемы бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (Постановлением Правительства ЧР от 19 декабря 2013 г. № 343), финансовое обеспечение которых составляет 8 831,0 млн. рублей, что превышает уровень утвержденной программы ОМС 2013 года на 1 089,0 млн. рублей (более чем на 14 %).

Следует отметить, что вся эта работа выполняется при непосредственном участии А. Таймасханова, который возглавляет один из напряженных участков деятельности системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Абубакар Таймасханов по образованию экономист, с отличием окончил Горский сельхозинститут в г. Орджоникидзе (ныне Владикавказ), 26 лет проработал в сельском хозяйстве, 12 лет – в системе ОМС, его общий трудовой стаж – более 40 лет. За безупречный и добросовестный труд в сфере обязательного медицинского страхования неоднократно награждался Почетными грамотами Федерального фонда ОМС, Благодарственным письмом Главы Чеченской Республики, нагрудным знаком в честь 20-летия системы ОМС РФ, Почетными грамотами Территориального фонда ОМС.

Он считает основным в своей работе обязательное достижение намеченных целей, эффективность и качество выполняемой работы, конечный результат. Постоянно совершенствует свой квалификационный уровень, передает свои знания и опыт молодым специалистам.

Абубакар имеет троих детей, пятерых внуков и правнука. Супруга Абубакара Зу-

лай в настоящее время домохозяйка. Дочь Мадина воспитывает троих детей. Сын Ноха в самое тяжелое для республики время – с 2002 по 2008 гг. – работал в органах милиции. Ныне временно не работает. Второй сын Абубакара в 2006 году безвременно ушел из жизни.

Хотелось бы особо сказать о родителях Абубакара - Абдул-Кериме и Айбике, уроженцах села Герменчук Шалинского района, которые воспитали его, вложили в него всю свою душу и сделали его таким, какой он есть: добропорядочным, самоотверженным, целеустремленным, ответственным и решительным. Родители Абубакара были уважаемыми людьми Герменчука, воспитали девятерых детей, пользовались почтением не только своих односельчан (наха лоруш, дийнах-буса а нахана шайгара пайда хуьлуш, беркате да-нана дара-кх уьш, олу лабдул-Керимна а, Айбикина а, юьртахоша). Родители Абубакара дожили до глубокой старости и ушли из жизни в возрасте 80 и 85 лет (Дала гечдойла царна, Дала декъала бойла уьш). Надо отметить, что ушли они из жизни, оставив после себя добрый след и таких же последователей.

И в завершение хочется от всей души выразить благодарность Абубакару Абдул-Керимовичу за профессионализм. Его работа – это пример энтузиазма и самоотдачи, которые столь необходимы сегодня нашему обществу.

Очень отраднo, что у нас есть такие специалисты, которые имеют профессиональный опыт работы и передают его молодому поколению.

СКОРАЯ В ОМС



АСЕТ ХАСУЕВА,
начальник финансово-
экономического управления
ТФОМС Чеченской Республики

Страховая скорая – и быстрее, и эффективнее

Служба скорой медицинской помощи в Российской Федерации осуществляет свою деятельность в новых условиях финансирования. В соответствии с законами «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», скорая медицинская помощь финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования, а не за счет бюджетных средств, как это было раньше.

Это означает, что во всех субъектах Российской Федерации расходы, связанные с оказанием медицинских услуг бригадами скорой помощи, возмещаются преимущественно из одного источника – за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках одноканального финансирования отрасли здравоохранения.

Перевод российского здравоохранения

на одноканальную схему финансирования – один из ключевых этапов реформирования отрасли. Его цели:

- более эффективное расходование государственных средств;
- прямая зависимость расходов от объемов оказанных медицинских услуг и качества работы бригад «скорой»;
- обеспечение принципа экстерриториальности – доступности скорой медицинской помощи для всех граждан России, независимо от места проживания и регистрации.

Переход на новую схему финансирования не вызвал, вопреки негативным прогнозам и предсказаниям скептиков, волны социального взрыва со стороны пациентов, не имеющих полисов ОМС. Государственными гарантиями предусмотрено оказание бесплатной скорой медицинской помощи, в том числе и специализированной, и такой катего-

рии граждан – не имеющей полисов (постановление Правительства РФ от 22 декабря 2012 г. №1074). Но финансируется такой вид помощи – не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам – уже не за счет средств ОМС, а за счет бюджетных средств соответствующих регионов (письмо Минздрава РФ, №11-9/10/2-5718 от 25 декабря 2012 г.). В России число незастрахованных составляет 1,1 млн – из 143,3 млн населения.

Также в обязанностях региональных бюджетов остается финансирование особых видов услуг скорой медицинской помощи: обеспечения массовых мероприятий, работы в режиме чрезвычайных ситуаций, доставки крови и ее компонентов, безрезультатных вызовов.

«Адвокаты» пациентов



Страховые компании, по замыслу авторов реформы, в некоторых случаях призваны исполнять роль адвокатов пациентов. Пациент, оставшийся недовольным взаимоотношениями с диспетчерской службой или качеством оказания медицинской помощи, вправе обратиться с жалобой в страховую компанию, выдавшую ему полис ОМС, и потребовать проведения экспертизы качества оказанных услуг. Если факт нарушения прав пациента подтверждается, медицинское учреждение обязывается возместить нанесенный ущерб.

Для медицинского персонала службы скорой медицинской помощи суть работы осталась прежней. Вместе с тем в изменившихся экономических условиях усилился контроль качества его работы возросла, ответственность врачей и в целом всей службы

за уровень качества оказываемых услуг.

Экспертиза качества оказания медицинской помощи теперь проводится и в службе скорой помощи, здесь также организован внутриведомственный и вневедомственный контроль. Раньше это касалось только медпомощи, оказываемой в амбулаторных и стационарных условиях.

В территориальных фондах обязательного медицинского страхования формируются реестры врачей-экспертов, которые проводят экспертизу согласно единому порядку, утвержденному приказом ФОМС. В составе экспертов – врачи, имеющие не менее чем 10-летний стаж работы и прошедшие специализацию по экспертизе в области обязательного медицинского страхования. Эксперты контролируют качество помощи и соблюдение отраслевых стандартов.

Деньги – за пациентом



Финансирование службы скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с территориальными программами государственных гарантий (ТППГ). Министерства здравоохранения регионов рассчитывают стоимость Территориальной программы с учетом:

- региональных нормативов объемов СМП;

- демографических особенностей;
- уровня и структуры заболеваемости населения, проживающего на подведомственной территории;

- приоритетности значения службы СМП как первичного звена оказания медпомощи.

В среднем в 2013 году норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, оказываемой в соответствии с программой государственных гарантий, установлен 1435,6 рубля. В 2014 году этот средний норматив за один вызов скорой помощи за счет средств обязательного медицинского страхования составляет

1507,1 рубля. Следует отметить, что установленный средний норматив в целом по Российской Федерации сильно варьируется по регионам, так как зависит от реальных возможностей субъектов по финансированию расходов на скорую медицинскую помощь (где-то он меньше, а где-то больше, в нашей республике – 969,1 руб.).

Нормативы объема скорой медпомощи, в том числе специализированной, рассчитываются на одного человека в год и составляют в среднем 0,318 вызова.

Регионам рекомендовано два основных способа оплаты работы службы скорой медицинской помощи:

- По законченному случаю – выезду с оформлением вызова «скорой».

- По принципу подушевого финансирования.

В условиях высокой интенсивности труда и при высокой потребности в услугах скорой помощи большими преимуществами обладает первый способ финансирования.

Оплата каждого вызова СМП с применением дифференцированных тарифов позволяет наиболее полно компенсировать затраты медицинской организации на оказание этого вида помощи.

Подушевое финансирование тоже обладает рядом преимуществ. Средства из фонда ОМС при использовании такой схемы выделяются в зависимости от числа жителей, а не от объема оказанных услуг. Это позволяет исключить случаи приписок в документах, необоснованных выездов бригад. Служба ежемесячно получает фиксированную сумму за каждого жителя, зарегистрированного в районе обслуживания, вне зависимости от того, воспользовался ли он услугами СМП или нет.

Впервые за время существования службы скорой помощи реальная нагрузка и качество оказания скорой медицинской помощи увязывается с уровнем заработной платы персонала выездных бригад. Это стало возможным благодаря переводу скорой медицинской помощи в систему ОМС.

На время переходного этапа оптимальной признана схема финансирования по подушевому принципу. В регионах определена численность застрахованного населения, и это дает возможность финансировать станции и отделения скорой медицинской помощи исходя из имеющихся статистических данных. Данный метод предусматривает предварительную оплату, и этим выгодно отличается от схемы финансирования по законченному случаю. Благодаря тому, что деньги поступают заранее, у руководителей появляется возможность эффективно распоряжаться ими. При системе финансирования по числу вызовов сначала поступает аванс, а окончательный расчет – только по представлению счетов за фактически оказанную помощь. В обоих случаях работает принцип – «деньги следуют за пациентом».

Дополнительные преимущества дает возможность межтерриториального расчета, который ранее не практиковался. Если пациент, находясь в командировке или на отдыхе, вдали от своего места проживания, вызывает скорую, она обязана оказывать ему необходимую услугу в полном объеме и надлежащего качества. При этом медицинская организация выставляет реестр страховой компании и дополнительно получает деньги – за оказание помощи пациенту, зарегистрированному в другом субъекте РФ.

Положительный опыт регионов

В отдельных российских регионах, как например, Калининградская, Пензенская, Тюменская области службы скорой медицинской помощи работают в системе ОМС достаточно давно: с 2005 – 2007 гг. Некоторые – такие, как Пермский край, например, сумели накопить достаточно большой положительный опыт в рамках пилотных проектов по переходу на новую систему финансирования.

Оптимизация работы службы скорой помощи, эффективное взаимодействие с территориальным фондом ОМС в Калининградской области позволили добиться впечатляющих результатов.

За счет построения четкой системы внутриведомственного контроля и осуществления вневедомственного контроля значительно улучшились показатели качества работы. В 12 раз (до 2 процентов) сократилось число допущенных дефектов при выполнении лечебных мероприятий.

Значительно сократилось время доезда машин скорой помощи до пациента. Благодаря более рациональному использованию бригад и применению системы ГЛОНАСС, в 98,5% случаев оно составляет не более 20 минут. Простой автотранспорта, связанный с проведением ремонтных работ, сократился почти в три раза.

Также появилась экономическая заинтересованность первичного звена здравоохранения (СМП) в обслуживании неотложных вызовов. Это стало возможным благодаря введению регламента взаимодействия с поликлиниками по оказанию неотложной помощи. Поликлиники, как фондодержатели, оплачивают выезды скорой помощи в тех случаях, когда она оказывает услуги по неотложным поводам.

Ввод в действие автоматизированной системы управления «Скорая помощь» позволил наладить электронный документооборот, автоматизировать работу с информацией на всех этапах обработки карт вызова, что в значительной мере обеспечивает эффективность работы по формированию реестров.

Упрощению процесса автоматизации способствовала и разработанная Территориальным фондом ОМС Калининградской области экспертная карта вызова скорой медицинской помощи.

За 3 года работы в новых условиях финансирования – через ОМС – городская станция скорой помощи Калининграда сумела приобрести на заработанные средства 12



автомобилей.

Средняя зарплата врачебного персонала «скорой» возросла с 21642 рублей в 2009 году до 28699 рублей в 2011. С 15411 до 20408 рублей за этот период возросла зарплата среднего медперсонала.

В Пермском крае переход на новую систему финансирования (по законченному случаю) повлек за собой существенное техническое переоснащение службы. Поменялась стратегия применения информационных технологий в СМП.

Использование навигационной спутниковой системы ГЛОНАСС позволило полностью визуализировать процесс передвижения машин «скорой». Видя место реальной дислокации машин, диспетчеры получили возможность оперативно и рационально управлять бригадами.

А это приводит к значительной экономии времени и материальных ресурсов. Исключается нецелевое и нерациональное использование специального служебного автотранспорта.

Все бригады пермской городской станции скорой помощи оснащены мобильными планшетными устройствами. Их удалось приобрести, не выходя за рамки бюджета, запланированного на установку навигационной системы. Карманные компьютеры, благодаря применению технологий 3G, позволяют оперативно подключиться к высокоскоростному Интернету и обеспечить канал передачи данных. С их помощью бригада «скорой» получает мгновенный доступ к базе застрахованных граждан. Персональные данные пациента заполняются в электронном виде и обрабатываются прямо на месте в режиме онлайн. Данные автоматически переносятся в про-

граммный комплекс «АДИС» (автоматизации диспетчерской службы), что значительно оптимизирует процесс составления реестров обслуженных пациентов.

Возможность передавать видеoinформацию или осуществлять связь с кризисными центрами, медицинскими учреждениями через систему СМС-сообщений позволяет обеспечить максимально эффективную встречу больного в месте госпитализации.

Планшеты, как и ГЛОНАСС, имеют тревожные кнопки. В экстренной ситуации сигнал с определением геолокации «скорой» мгновенно поступит на пульт дежурного полиции.

Переход на новую систему финансирования оказался перспективным для пермской городской службы скорой медицинской помощи и в плане получения дополнительных доходов. Ежемесячно за счет интенсивности труда учреждение зарабатывает сверхплановый миллион рублей. Часть этих денег идет на повышение зарплаты работников. В прошлом году зарплата фельдшера СМП в Перми составила около 20 тыс. рублей, врача – 30.

Как считает председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко: «Врачи скорой помощи – это отдельная каста медиков. Порой, когда они выезжают на вызов, им приходится молниеносно принимать решение, за которое потом несут ответственность. Наша задача состоит в том, чтобы они получили повышение заработной платы в рамках реализации Указа Президента Российской Федерации с учетом личного вклада каждого».

НОВОСТИ



В ТФОМС Чеченской Республики прошло расширенное совещание

ПРЕСС-СЛУЖБА ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Накануне в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло расширенное совещание под руководством заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики А. Магомадова. На совещании также присутствовали директор ТФОМС Чеченской Республики Д. Абдулазизов, руководитель Чеченстата Р. Дигаев, заместители министра здравоохранения, представители Минфина, Минтруда, сотрудники Фонда ОМС, главные врачи медицинских организаций республики. Собравшиеся обсудили вопросы реализации майских 2012 года Указов Президента России В.В.Путина в части повышения зарплат медицинским работникам нашего региона.

Так, открывая совещание, заместитель Председателя Правительства А. Магомадов отметил, что в рамках достижения целевых показателей в соответствии с требованиями Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и Плана мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Чеченской Республике», с мая 2013 года принимаются

активные меры, направленные на ежемесячное повышение уровня среднемесячной заработной платы медицинских работников в учреждениях здравоохранения, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

В своем выступлении директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов рассказал присутствующим о работе, проводимой Фондом ОМС в части повышения заработной платы медицинским работникам, в рамках выполнения майских Указов Президента страны. Было отмечено, что постановлением Правительства Чеченской Республики от 19 декабря 2013г. № 343 утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год.

Д. Абдулазизов обратил внимание участников совещания на то, что финансовое обеспечение объемов медицинской помощи в рамках утвержденной на 2014 год Территориальной программы ОМС сформировано в пределах субвенции Федерального фонда ОМС и межбюджетных трансфертов из бюджета Чеченской Республики, предназначенных на финансирование объемов скорой

медицинской помощи.

- Поскольку нормативы объемов по видам медицинской помощи и финансовые нормативы, в соответствии с которыми (с учетом численности застрахованного населения) утвержден размер указанной выше субвенции, следует учесть, что Согласительной Комиссией медицинским организациям распределены на 2014 год гарантированные объемы медицинской помощи и их финансовое обеспечение. Из этого следует, что объемы медицинской помощи, превышающие гарантированные (распределенные Комиссией), не могут быть профинансированы, - отметил Денилбек Абдулазизов.

Участники совещания также обсудили меры, направленные на улучшение условий и качества бесплатной медицинской помощи, оказываемой населению на территории республики.

Завершая встречу, Абдула Магомадов подчеркнул, что совещание имело большое значение.

- Нам удалось обсудить все накопившиеся за последнее время вопросы системы здравоохранения, поделиться своим видением их решения, - отметил А. Магомадов.



Состоялось заседание Координационного Совета по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС

ПРЕСС-СЛУЖБА ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло первое в текущем году заседание Координационного Совета по обеспечению и защите прав граждан в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики. Заседание прошло под председательством заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики, председателя Координационного Совета Зары Баудиновой.

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.

На заседании была заслушана информация о результатах контроля объемов,

качества и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС и организации защиты прав застрахованных лиц по итогам 2013 года. Также на повестку дня были вынесены вопросы о результатах экспертной деятельности филиала страховой медицинской организации «МАКС-М» в городе Грозном, представлен сравнительный анализ результатов ЭКМП 2012 и 2013 годов в разрезе медицинских организаций, освещены вопросы о содержании нормативных актов Чеченской Республики по введению балльной оценки деятельности медицинских работников и стимулирующим выплатам (в рамках выполнения задач 597 Указа Президента РФ от 7.05.2012г.), а также о мероприятиях по информированию граждан о правах и обязанностях застрахованных лиц в системе ОМС.

Начиная работу Координационного совета, начальник отдела контроля качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных ТФОМС Чеченской Республики

Светлана Бишаева рассказала присутствующим об обращениях граждан за консультацией и с жалобами, об условиях и качестве оказания медицинской помощи в проверенных медицинских организациях, а также о результатах социопроса пациентов данных учреждений.

Так, по словам С. Бишаевой, за отчетный период по итогам 2013 года в ТФОМС Чеченской Республики и страховую медицинскую организацию поступило 184 709 обращений, из них по телефону «горячей линии» - 1 214. Большинство обращений связано с выдачей полиса единого образца.

Светлана Бишаева пояснила, что количество жалоб всего – 90, из них обоснованных – 86.

Структура обоснованных жалоб выглядит следующим образом:

- 26 на взимание денежных средств (30%);
- 18 на отказ в медицинской помощи (21%);

НОВОСТИ



-17 на организацию работы МО (19,7%);
-13 на лекарственное обеспечение (15%).

Далее была представлена информация о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе об экспертизах качества медицинской помощи, проведенных внештатными экспертами и о реэкспертизах, проведенных экспертами ТФОМС Чеченской Республики, с указанием выявленных дефектов. Также были подведены итоги соцопроса на предмет удовлетворенности объемом, доступностью и качеством медицинской помощи.

Так, по данным опроса удовлетворенность качеством амбулаторно-поликлинической помощи выглядит следующим образом:

- длительность ожидания в регистратуре – 80,1%;
- удовлетворенность работой врачей – 84,9%;
- доступность врачей-специалистов – 80,4%;
- уровень технического оснащения – 85,4%;

При стационарном лечении:

- длительность ожидания госпитализации – 89,9%;
- уровень удовлетворенности питанием – 94,6%;
- уровень обеспечения лекарственными средствами – 79,1%;
- уровень оснащенности учреждения лечебно-диагностическим оборудованием – 88,6%.

В свою очередь, заместитель директора филиала страховой медицинской организации ЗАО «Макс-М» в г. Грозном Байсари Исмаилова выступила с докладом о результатах экспертной деятельности СМО. Она рассказала, что работниками страховой компании проводятся консультации пациентов, обратившихся к представителям СМО в медицинских организациях. По словам Б. Исмаиловой, часть проблем решается на месте, в части случаев проводится консультация, при этом указывается точный адресат, к которому необходимо обратиться по поводу данной проблемы. В докладе также было отмечено, что за 9 месяцев 2013 года в досудебном порядке рассмотрено 80 обоснованных жалоб, из них 16 с материальным возмещением на общую сумму 26 450 рублей.

Далее Байсари Исмаилова зачитала информацию о планируемых на 2014 год объемах плановых экспертиз и темы, по которым планируются тематические экспертизы качества медицинской помощи.

Затем председатель Координационного Совета Зара Баудинова рассказала о федеральных и региональных нормативных актах, касающихся стимулирующих выплат медицинским работникам в рамках выполнения Указа Президента РФ №597 от 07.05.2012г.. Также до присутствующих доведена информация о содержании приказов МЗ ЧР №305 «О реструктуризации коечной сети», №10 «О порядке маршрутизации детского населения в Чеченской Республике», а также приказа МЗ ЧР №220 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке показателей

эффективности деятельности медицинских работников и учреждений здравоохранения».

В своем выступлении заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики З. Баудинова также отметила, что одним из главных направлений деятельности КС должно быть информирование о правах граждан на получение своевременной, бесплатной и качественной медицинской помощи, используя в том числе и средства массовой информации.

В продолжение данной темы слово было предоставлено начальнику отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС Сулиману Эниеву. С. Эниев доложил о проведенных в 2013 году мероприятиях по информированию населения о правах и обязанностях в системе ОМС. Он также сообщил, что проводится работа по организации информационного обмена между субъектами ОМС для сопровождения застрахованных лиц при плановой госпитализации.

Все члены КС согласились с тем, что в регионе ведется большая работа, направленная на защиту прав застрахованных граждан на доступную и качественную медицинскую помощь, а также по информированию застрахованных лиц и медицинских работников о системе обязательного медицинского страхования.

В конце заседания Зара Баудинова представила на утверждение план работы Координационного Совета на 2014 год.



Здание Правительства Чеченской Республики

В Чеченской Республике идет реализация Территориальной Программы

ПРЕСС-СЛУЖБА ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 19 декабря 2013 года № 343 утверждена Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

Программа утверждена в целях обес-

печения гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Чеченской Республики, в том числе гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования. Программа разработана в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013

года № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 – 2016 годов». Также при подготовке Территориальной Программы учтены:

Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья

НОВОСТИ



граждан в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 2 декабря 2013 года № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»;

Территориальная Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказания бесплатной медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние норма-

тивы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

По словам директора ТФОМС Чеченской Республики Денилбека Абдулазизова, Программа сформирована с учетом порядка оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения в Чеченской Респуб-

лике, основанных на данных медицинской статистики. Она включает в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования, соответствующую требованиям законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

- В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи и эффективной реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи в Чеченской Республике в Программе предлагается формирование трехуровневой системы организации медицинской помощи в Чеченской Республике, - рассказал Д. Абдулазизов.

- В частности расширен перечень критериев доступности и качества, по которым в Чеченской Республике будет проводиться оценка эффективности реализации Территориальной Программы. Также, Программа впервые вводит норматив на оказание медицинской реабилитации. Этого норматива не существовало до настоящего времени, что не позволяло сконцентрировать ресурсы на развитии этого направления. В Территориальной Программе не заложено произвольного снижения коечного фонда и сокращения стационарной помощи, но заложены новые индикаторы оценки стационарной помощи. Программа предлагает отказ от валового показателя – койко-дня, который использовался на протяжении десятилетий. Практика показала, что койко-день – низкий эффективный показатель, потому что он приводит фактически к неэффективной работе койки, и Программа вводит наиболее эффективный показатель – законченный случай госпитализации, - отметил Денилбек Абдулазизов.

Нужно отметить, что впервые в реализации Территориальной Программы примут участие федеральные медицинские учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации, специализирующиеся на оказании дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи.

Скачать Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов можно на официальном сайте ведомства по адресу: www.tfoms-chr.ru.

В Чеченской Республике принято тарифное соглашение в системе ОМС

ПРЕСС-СЛУЖБА ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



Здание ТФОМС Чеченской Республики

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло заседание комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике. В заседании приняли участие Министр здравоохранения – председатель комиссии Шахид Ахмадов, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики – заместитель председателя комиссии Мустапа Сагилаев, директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «Макс-М» в г. Грозном Ахмед Тапаев и другие.

На повестке дня были вопросы рассмотрения и согласования коэффициентов индексации к тарифам, применяемым в системе ОМС Чеченской Республики, рассмотрение и принятие Тарифного соглашения в системе

обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, а также распределение объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения, утвержденных в рамках территориальной программы ОМС на 2014 год между страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики в 2014 году.

В самом начале мероприятия заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики, секретарь комиссии Баудинова З. Ш. довела до сведения присутствующих, что на данном заседании необходимо рассмотреть предложения по индексации тарифов на декабрь месяц 2013 года. В связи с этим

присутствующие рассмотрели данный вопрос и решили согласовать коэффициенты индексации тарифов на декабрь месяц 2013 года на медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями в рамках программы ОМС 2013 года.

Далее Захран Баудинова озвучила второй вопрос заседания, который касался Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования, проект которого представлен на рассмотрение Комиссии.

- Тарифное соглашение и приложения к нему разработаны и подготовлены Территориальным фондом обязательного медицинского страхования совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики и филиалом страховой медицинской организации ЗАО «МАКС-М» в г.

НОВОСТИ



Грозном. Рабочими группами выполнены все необходимые расчеты с учетом материалов анализа за прошлые периоды, методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС, связанные с формированием способов оплаты медицинских услуг и финансированием медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги застрахованному населению в рамках территориальной программы ОМС 2014 года, - пояснила Баудинова З.Ш.

Далее слово было предоставлено первому заместителю директора ТФОМС Чеченской Республики, заместителю председателя комиссии Сагилаеву М. А., который рассказал, что в ходе подготовки предложений по Тарифному соглашению и тарифам, как отметила секретарь Комиссии, были использованы рекомендации Минздрава России и ФОМС по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования.

- Тарифное соглашение подготовлено с учетом требований программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, принятой постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года № 932, а также Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год

и на плановый период 2015 и 2016 годов, - отметил Мустапа Сагилаев.

Нужно отметить, что Тарифное соглашение в системе ОМС Чеченской Республики предполагает следующие способы оплаты медицинской помощи:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

б) за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории Чеченской Республики, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

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

- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу за-

болеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

В обсуждении данного вопроса приняли участие все присутствующие на заседании.

Так, в частности главный врач поликлиники № 2 Зухра Харкимова в своем выступлении предложила Министерству здравоохранения и Фонду ОМС совместным письмом довести до всех медицинских организаций изменения, связанные с организацией деятельности медицинских организаций и финансированием объемов медицинской помощи в 2014 году.

Заслушав выступления членов Комиссии, Министр здравоохранения Ахмадов Ш.С. предложил вынести на голосование вопрос о согласовании Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики с семнадцатью приложениями к нему.

За данное предложение проголосовали единогласно, против и воздержавшихся нет. Комиссия приняла решение согласовать Тарифное соглашение в системе ОМС Чеченской Республики и 17 приложений к нему для применения с 1 января 2014 года.

На этом заседание Комиссии по данному вопросу завершило свою работу.

В ТФОМС Чеченской Республики говорили об объемах мед.помощи

ПРЕСС-СЛУЖБА ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



Распределение объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения на 2014 год между страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики стало основной темой прошедшего накануне заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Чеченской Республике, которое прошло в ТФОМС Чеченской Республики.

Заседание прошло под руководством председателя Комиссии, Министра здравоохранения Чеченской Республики Ахмадова Ш. С. с участием первого заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики, заместителя председателя Комиссии Сагилаева М. А., первого заместителя Министра здравоохранения, заместителя председателя Комиссии Магомадова А.А., директора филиала страховой медицинской организации ЗАО «Макс-М» в г. Грозном Тапаева А. Ш. и других членов Комиссии.

Слово по данному вопросу было представлено заместителю Министра здравоохранения Чеченской Республики Исаковой П.В., которая пояснила, что с октября месяца

2013 года в рабочем порядке проводилась работа, направленная на оптимизацию здравоохранения республики, в том числе путем ликвидации и реорганизации отдельных неэффективных медорганизаций.

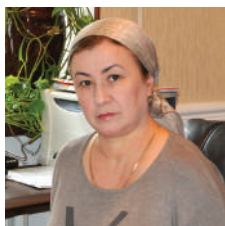
- Данная работа проводилась нами в рамках мероприятий утвержденной «Дорожной карты», а также в рамках мероприятий, выполненных при подготовке Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов. Работа по оптимизации предполагает реорганизацию некоторых медицинских организаций, а также реорганизацию коечных мощностей в отдельных медицинских организациях путем увеличения этих мощностей в условиях дневных стационаров. Разумеется, все это направлено на обеспечение условий оказания медицинской помощи в медицинских организациях здравоохранения Чеченской Республики в соответствии с требованиями Минздрава России и дальнейшее улучшение качества медицинской помощи, оказываемой застрахованному населению в рамках программы ОМС, - пояснила П. Исакова

Нужно отметить, что предложения

по распределению объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС 2014 года между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, представленные на рассмотрение Комиссии, подготовлены с учетом выше изложенных моментов, а также с учетом того, что в рамках программы ОМС с 2014 года оказываются некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе оказываемой федеральными медицинскими учреждениями, включенными в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС.

По итогам заседания Министр здравоохранения Чеченской Республики Ахмадов Ш.С. предложил вынести на голосование данный вопрос. Все присутствующие единогласно проголосовали за данное предложение, после чего члены Комиссии согласовали распределение объемов медицинской помощи с учетом их финансового обеспечения между страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями в рамках территориальной программы ОМС Чеченской Республики 2014 года.

О роли обязательного медицинского страхования



ЭЛИТА АШАГАНОВА,
начальник отдела
организации обязательного
медицинского страхования
ТФОМС Чеченской Республики

Здравоохранение в России за последние годы претерпевает коренные изменения. Самым масштабным стало изменение принципов и структуры финансирования оказания медицинской помощи и перераспределение финансовых потоков. С правовой точки зрения осуществлен переход от административного регулирования финансирования здравоохранения к регулированию нормами гражданского права. С точки зрения экономики и социального обеспечения российская система здравоохранения перестала быть полностью государственной и приобрела черты страховой медицины.

Принципиальное различие между государственной и страховой медициной заключается в том, что при государственной системе организации медицинской помощи здравоохранение полностью финансируется из государственного бюджета. При страховом принципе финансирования средства на здравоохранение формируются за счёт обязательных отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности и организационно-правовых форм, а также взносов предпринимателей без образования юридического лица (индивидуальных предпринимателей).

При этом средства обязательного медицинского страхования не входят в состав федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и изъятию не подлежат.

Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

- 1) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, перечисляемые страхователями;

- 2) недоимок по страховым взносам, налоговым платежам, начисленных пеней и

штрафов, подлежащих зачислению в бюджеты Федерального фонда и территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- 3) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- 4) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

- 5) иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Государственная медицина зачастую не обеспечивает необходимого качества медицинской помощи вследствие недостаточного бюджетного финансирования и неэффективного распределения имеющихся средств, а частная медицина доступна не всем. Поэтому система обязательного медицинского страхования признана наиболее оптимальной формой организации оказания медицинской помощи, которая в рамках базовой программы ОМС в Российской Федерации оказывается застрахованному населению бесплатно.

Обязательное медицинское страхование за счёт своих источников призвано обеспечивать финансирование качественной медицинской помощи любому застрахованному лицу. В этом заключается социальная функция страховой медицины, так как периодичность платежей не соответствует периодичности обращения за медицинской помощью. Реализуется так называемый накопительный принцип страхования. Кроме того, установленная законодательством одинаковая для всех ставка отчислений на

нужды страховой медицины формирует денежные средства, затрачиваемые на лечение в том числе социально незащищённых граждан, обеспечивая равные объём и качество медицинской и лекарственной помощи любому застрахованному в любом медицинском учреждении на территории Российской Федерации.

В России основным нормативным актом, регулирующим медицинское страхование, является Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», принятый 29 ноября 2010 г. (с последующими изменениями и дополнениями), который провозглашает, что обязательное медицинское страхование – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является частью государственного социального страхования (в которое включено также пенсионное обеспечение (за счёт средств, аккумулируемых Пенсионным Фондом РФ), социальное страхование (из средств, поступающих в Фонд социального страхования РФ), социальное обеспечение из средств Государственного фонда занято-



сти населения РФ.

Согласно Закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», ОМС «обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счёт средств ОМС в объёме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования».

В России действуют Базовая и Территориальные программы ОМС, в рамках которых определяется, какая именно амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, в каких именно учреждениях здравоохранения и при каких заболеваниях оказывается за счёт средств ОМС гражданам, проживающим постоянно или преимущественно на данной территории, а также проведение каких именно мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение, осуществляется за

счёт указанных средств.

Базовая программа ОМС разрабатывается Министерством здравоохранения РФ и утверждается Правительством РФ. Территориальные программы ОМС разрабатываются на основе базовой программы ОМС органами управления здравоохранением субъектов совместно с территориальными фондами ОМС и утверждаются органами государственной власти субъектов РФ.

Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определён круг субъектов, участвующих в системе ОМС и обеспечивающих её работоспособность.

Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Страхователями для работающих граждан являются:

1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:

- а) организации;
- б) индивидуальные предприниматели;
- в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского

страхования.

Федеральный фонд - некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией для реализации государственной по-

учреждениями на оказание медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС, осуществляет деятельность по ОМС на некоммерческой основе, выдаёт страхо-

ОМС.

Взаимодействие фонда ОМС с медицинскими учреждениями в основном осуществляется через страховую медицинскую организацию. Однако в рамках обеспечения мер по организации защиты прав застрахованных Территориальный фонд ОМС силами своих специалистов осуществляет контрольные мероприятия, в том числе путем проведения реэкспертизы.

В настоящее время через систему ОМС в Российской Федерации осуществляется финансирование медицинских учреждений, участвующих в реализации базовой программы ОМС, по принципу одноканального финансирования.

С 2013 года состоялся переход на одноканальное финансирование и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи, а также введены способы оплаты по законченному случаю заболевания, в систему ОМС включена скорая медицинская помощь.

Одноканальное финансирование обеспечивает оплату всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат. Оно нацелено на обеспечение принципа доступности медицинских услуг для всех граждан России независимо от места жительства. Также данный метод финансирования позволяет повысить эффективность расходования бюджетных средств в системе здравоохранения.

Территориальный фонд ОМС осуществляет финансирование расходов медицинских учреждений через страховую медицинскую организацию в рамках реализации территориальной программы ОМС.

Показателем эффективности работы территориального фонда является ежегодное увеличение объема финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования, от которой зависит улучшение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой застрахованному населению, и повышение уровня оплаты труда медицинских работников.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года.

Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи предполагается осуществлять за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2015 года, а с 1 января 2014 года из средств ОМС оплачиваются отдельные виды высокотехнологичной медицинской помощи.

литики в сфере обязательного медицинского страхования.

Взносы поступают в Федеральный или Территориальный фонды ОМС. Это самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения, предназначенные для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания целевых финансовых ресурсов. Аккумулированные взносы идут на оплату установленных базовой программой объемов медицинской помощи.

Следующий участник системы ОМС - страховые медицинские организации. Это юридические лица, имеющие лицензию на право деятельности по обязательному медицинскому страхованию. Страховая медицинская организация (страховая компания) заключает договоры с медицинскими

вые полисы, а также осуществляет контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи и защищает интересы застрахованных граждан.

Самыми многочисленными участниками системы ОМС являются застрахованные лица - граждане России, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня дохода, а также иностранные граждане, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, которые имеют право на бесплатное (для них) получение медицинских услуг, включенных в государственную программу обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения независимо от форм собственности, имеющие лицензию на осуществление определенной медицинской деятельности и оказание услуг по программам ОМС, а также имеющие аккредитацию, являются участниками системы





ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:

Д.Ш. Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

Ответственный за выпуск:

С.М. Эниев, начальник отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

Главный редактор:

М.А. Сагилаев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Заместитель главного редактора:

М.В. Пирогов, доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и организации в социальной сфере РАНХ и ГС при Президенте РФ

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

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

А.А. Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТФОМС Чеченской Республики

С. А. Метаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эпендиева

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

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

О.И. Дробышева, заведующая редакцией газеты «ОМС в России», г. Екатеринбург

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Журнал издается РСК «Авакс». Номер подписан в печать 28.02.2014 года. Тираж 4500 экз.

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

© «Обязательное медицинское страхования в Чеченской Республике», 2014.

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики