



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №5 (11)

Общероссийский народный фронт
по вопросам здравоохранения

Денилбек Абдулазизов.
Финансовые основы
функционирования системы ОМС

Финансовое обеспечение
деятельности в сфере ОМС.
Тарифы.
Разъяснения экспертов



ЭСКУЛАП ОТ ХИРУРГИИ



«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



Владимир Путин:
средства на ОМС доходят до
регионов в полном объеме

6

Д.Ш. Абдулазизов.
Финансовые основы
функционирования системы ОМС

14

М.А. Сагилаев, М.В. Пирогов.
Программа государственных
гарантий: региональные
особенности планирования

17

Чеченские специалисты
прошли курсы повышения
квалификации по федеральной
программе «Эффективное
управление ресурсами в
медицинской организации»

24

Информационное
взаимодействие в системе
обязательного медицинского
страхования Чеченской
Республики вышло на
качественно новый уровень

35

На острие медицины

39

Электронная система
«Экономика ЛПУ»

43

Эскулап от хирургии

45

Обобщенные результаты
социологических исследований
отношения населения к системе
здравоохранения

48

Финансовое обеспечение
деятельности в сфере ОМС.
Тарифы. Разъяснения экспертов

52

Новости

64

ДОКУМЕНТЫ:

Приказ Министерства
здравоохранения Российской
Федерации от 02.06.2015
г. №290н «Об утверждении
типовых отраслевых норм
времени на выполнение работ,
связанных с посещением одним
пациентом врача-педиатра
участкового, врача-терапевта
участкового, врача общей
практики (семейного врача),
врача-невролога, врача-
оториноларинголога, врача-
офтальмолога и врача-акушера-
гинеколога

69

Приказ Министерства
здравоохранения Российской
Федерации от 7 июля 2015 г.
№422ан «Об утверждении
критериев оценки качества
медицинской помощи»

73



АКТУАЛЬНО

ВЛАДИМИР ПУТИН:

средства на ОМС доходят до регионов в полном объеме

На прошедшем форуме Общероссийского народного фронта по вопросам здравоохранения Президент Российской Федерации В.В. Путин отметил, что люди должны понимать, какие медицинские услуги должны предоставляться им бесплатно.

«Денежные средства на систему обязательного медицинского страхования выделяются государством в полном объеме и доходят до регионов в установленные сроки, поэтому ссылаться на их нехватку при предложении платных услуг несостоятельно», - заявил Президент Российской Федерации В.В. Путин.

«Средства, необходимые для полноценной работы системы ОМС, выделяются государством в полном объеме, я хочу это подчеркнуть, в полном объеме, и в нужные сроки,

предусмотренные соответствующими документами, доходят до регионов. Поэтому ссылаться на то, что чего-то не хватает, абсолютно несостоятельно», — сказал В.В. Путин на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину».

Он подчеркнул, что гражданин должен точно и ясно понимать и знать, что ему положено бесплатно, а что является дополнительной платной услугой.



ПУТИН ПРОТИВ ОТМЕНЫ ПРОХОДЯЩЕЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Как и предполагалось, одним из предложений озвученных Владимиру Путину, стало введение моратория на намеченные реформы в системе здравоохранения.

Однако Президент РФ данную идею не поддержал. «Нельзя накладывать мораторий на намеченные реформы в системе здравоохранения. А задача активистов ОНФ - не объявлять мораторий на изменения, а направить их в нужное русло. Много было сделано положительного, и это нельзя упустить», - отметил Путин.

Что касается финансирования системы, то все, что было предусмотрено принятыми программами, финансируется в полном объеме. В предыдущие годы на здравоохранение приходилась доля ВВП в 3,4%, в этом году «было чуть побольше, в следующем, по предварительным прикидкам, будет поменьше, но эта величина в среднем будет сохраняться», - сказал президент.

О селе он пообещал поговорить подробнее, поскольку, по словам Владимира Путина, «в ходе работы из общего финансирования на укрепление первичного звена 27,7% средств направлялись на реформы в сельской местности. Но когда речь идет о сокращениях, всегда начинают с села. «Может быть, с точки зрения экономии средств это и закономерно, но людям теперь негде получить помощь, как они говорят, из лекарств у них — только чеснок. Уровень сельской медицины надо повысить», - сказал Владимир Путин.

Когда говорят, что при дефиците медработников проводятся увольнения, надо понимать, подчеркнул президент, что тут «дело не в оптимизации, а в том, что нужны высококвалифицированные специалисты».

УРОВЕНЬ ЗАРПЛАТЫ ГЛАВВРАЧЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИВЯЗАН К РАЗМЕРУ СРЕДНИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОДЧИНЕННЫХ

«Уровень зарплаты руководителей медицинских учреждений может быть ограничен и привязан к размеру средних пока-



зателей у подчиненных», - предложил идею Владимир Путин на форуме ОНФ.

Президент прокомментировал выступление одной из участниц, сославшейся на то, что средние показатели зарплат не всегда отражают истинное положение вещей, так как рядовой медик может получать 20 тыс., а руководитель - сотни тысяч рублей.

«Тут думать долго и не нужно. Мы примерно с такой же проблемой сталкивались в системе образования», - отметил президент, подчеркнув, что в той сфере «путь найден достаточно простой: руководитель высшего учебного заведения, научной организации может получать заработную плату выше, чем средняя по учреждению на определенный процент, и не больше того».

Глава государства уверен, что «в медицине можно сделать то же самое». «И тогда можно будет в этом направлении двигаться», - считает Путин.

ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСПУБЛИКА СТАЛА ОДНИМ ИЗ ЛИДЕРОВ РЕЙТИНГА ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНЫ

Чеченская Республика, Тюменская область, Республика Алтай и Томская область стали лидерами рейтинга «Качество и доступность медпомощи в России», который подготовили эксперты Общероссийского народного фронта /ОНФ/ и фонда «Здоровье». Об этом сообщил директор Фонда независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье» Эдуард Гаврилов на заседании секции по обсуждению вопросов доступности и качества медицинской помощи в рамках форума ОНФ.

«В группу лидеров рейтинга за 2014 год вошли Тюменская область /49,5 баллов/, Чеченская Республика /46 баллов/, Республика Бурятия /45/, Томская область /45/. Неудовлетворительные результаты продемонстрировали Еврейская автономная область /19/, Брянская область /21/, Чукотский автономный округ /26/, Костромская область /27/», - сказал Эдуард Гаврилов.

Вместе с тем отмечается, что при подготовке интерактивной карты за основу были взяты 11 показателей Росстата, связанных со здравоохранением, и индикаторы территориальных программ госгарантий оказания бесплатной медпомощи в 2013 и 2014 годах. Их сравнивали с информацией, представленной на сайте Росстата, а также направленной в ОНФ региональными органами управления здравоохранением.

«В регионах, показавших хорошие результаты, наблюдается снижение смертности населения, в том числе в трудоспособном возрасте, от новообразований, болезней системы кровообращения и прочего. А обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом находится там на запланированном уровне», - рассказал Эдуард Гаврилов.



ОНФ СФОРМИРОВАЛ РЕЗОЛЮЦИИ ПО ИТОГАМ ФОРУМА

По итогам работы пяти дискуссионных площадок в рамках форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!» эксперты сформулировали резолюции. Они посвящены пяти тематическим секциям:

1. «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации»;
2. «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения»;
3. «Лекарственное и технологическое обеспечение здравоохранения – резерв для повышения доступности и качества медицинской помощи»;
4. «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации»;
5. «Экономика и управление системой здравоохранения: устойчивость и развитие».

Источник:

www.chechnya.gov.ru

www.zdrav.ru

ФОРУМ ОНФ «ЗА КАЧЕСТВЕННУЮ И ДОСТУПНУЮ МЕДИЦИНУ!»



РЕЗОЛЮЦИЯ ДИСКУССИОННОЙ ПЛОЩАДКИ «ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИТОГИ ОПТИМИЗАЦИИ»

Участники дискуссионной площадки «Доступность и качество медицинской помощи: итоги оптимизации» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили проблемы территориального планирования при проведении процесса оптимизации в системе здравоохранения и соблюдение критериев доступности медпомощи при ее проведении, применение новых технологий, способных улучшить обеспечение медицинскими услугами население и проблемы расширения объемов платных услуг в системе государственного здравоохранения, препятствующие этому, работу скорой медицинской помощи, а также вопросы совершенствования системы общественной оценки качества работы медицинских организаций и повышение уровня информированности населения о государственных медицинских услугах.

Участники дискуссионной площадки согласились с тем, что вопрос о доступности и качестве медицинской помощи является приоритетным для граждан страны. О значимости этой темы говорил и лидер ОНФ, Президент России Владимир Путин, призвавший еще в 2012г. довести качество и содержание социальных услуг до уровня, существующего в развитых странах. В области, касающейся увеличения доступности и повышения качества медицинских услуг, Президентом было дано порядка 50 поручений, при этом на сегодняшний день половина из них не выполнена и остается на контроле. Острота проблем качества и доступности медпомощи, выявленная в ходе мониторингов, проведенных активистами ОНФ, оказалась в центре внимания на дискуссионной площадке. Проведенное обсуждение показало, что оптимизация без четкого обоснования и расчета последствий принимаемых решений негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи, а также на психологический климат в медицинском сообществе.

В качестве основных причин дисбаланса в получении

медицинской помощи жителями города и села было названо отсутствие продуманного территориального планирования, учитывающего специфику каждого региона, а также отсутствие четких критериев доступности медпомощи, принимающих во внимание особенности субъекта. К сожалению, рекомендации Минздрава России в этом направлении и предпринятые им усилия не реализуются на местах должным образом. Одновременно участники дискуссии отметили, что положение усугубляется кадровым дефицитом в отрасли, который особенно ярко выражен в сельских территориях, где приток молодых специалистов минимален. Существующие меры по привлечению специалистов в отдаленные территории не показывают результатов, способных кардинально изменить ситуацию, в которой должны были помочь, в том числе, новые информационные технологии. И в этой части требуется консолидация всех ответственных за это направление ведомств в целях повышения доступа граждан к информации о возможностях получения медицинских услуг.

В рамках дискуссионной площадки эксперты обсудили работу скорой помощи – важнейшей составляющей системы здравоохранения России. Участники сошлись во мнении, что текущая система финансирования несовершенна, а недостаточное количество квалифицированных работников и низкий уровень материально-технического состояния автомобилей ухудшает доступность для пациентов.

Приглашенные для участия в дискуссии пациенты, представляющие разные регионы нашей страны, отметили, что на доступность медпомощи в государственных медучреждениях значительно влияет расширение объема платных услуг. Росту объема платных услуг способствует и низкая информированность о том, какие виды медпомощи гарантированы государством, а какие оказываются за деньги (по данным Счетной Палаты России в 2014 г., объем платных услуг вырос на 24% и превысил 450 млрд рублей), а также слабое экономическое состояние медучреждений, вынужденных самостоятельно изыскивать средства на оплату услуг ЖКХ и пр.

Участники секции констатировали, что общественная оценка качества медпомощи является серьезным фактором, способным повлиять на улучшение работы медицинских организаций.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний, предлагается:

- проанализировать ход оптимизации в регионах с целью выработки мер, направленных на повышение доступности предоставляемых медицинских услуг;
- наложить мораторий на закрытие медицинских учреждений, находящихся на сельских территориях и отдаленных территориях;
- обратить внимание на совершенствование системы общественной и экспертной оценки работы медицинских организаций с целью повышения качества предоставляемых медицинских услуг;
- активизировать внедрение новых технологий в работу медицинских организаций;
- разработать комплекс мер, направленных на повышение информированности населения о государственных медицинских услугах;
- выработать и реализовать комплекс мер, направленных на сокращение объема платных услуг в системе здравоохранения;
- усовершенствовать работу скорой медицинской помощи, изменив механизм финансирования, а именно вывести из системы ОМС и перевести на бюджетное финансирование;
- рассмотреть возможность внесения изменений в Уголовный кодекс РФ в части усиления ответственности за нападение на врачей и фельдшеров при исполнении ими своих служебных обязанностей;
- не допустить необоснованного замещения в государственных медучреждениях бесплатных услуг платными;
- признать работу домашних хозяйств неэффективной и не призванной к оказанию медицинской помощи;
- создать стимулы для привлечения медработников в малонаселенные пункты, запустив программу «Земский фельдшер» на федеральном уровне;
- внести в список обязанностей властей обеспечить парковочное пространство для пациентов возле медицинских учреждений.

РЕЗОЛЮЦИЯ ДИСКУССИОННОЙ ПЛОЩАДКИ «СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ ДЛЯ НОВОГО КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Участники дискуссионной площадки «Система подготовки медицинских кадров для нового качества здравоохранения» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили вопросы повышения качества подготовки кадров в медицинских вузах, возможные пути решения проблемы дефицита кадров в первичном звене медицинских организаций, актуальные запросы пациентов и системы здравоохранения в части подготовки медицинских работников, механизмы повышения эффективности госзатрат на эти цели, а также проблему формирования деловых и нравственных качеств работников медицинских организаций.

Развитие здравоохранения невозможно без подготовки квалифицированных кадров, способных реализовать принимаемые государством решения в этой сфере и обеспечить новое качество российского здравоохранения. В ходе обсуждения участники Форума отметили, что уровень квалификации врачей падает. В современных условиях необходимо не просто не допустить снижения профессионализма медработника, но и повысить его.

Участники, прежде всего, обсудили проблемы подготовки медицинских кадров в вузах и отметили, что недостаточное получение студентами практических навыков негативно влияет на уровень диагностической и лечебной работы. В связи с этим, особого внимания требует оснащение клинических баз медицинских вузов, которое должно соответствовать современным практикам (в качестве стимулирующей меры для медицинских организаций, на базе которых ведется исследовательская и образовательная деятельность, необходимо предусмотреть механизм компенсации дополнительных затрат в виде повышающего коэффициента к действующим тарифам ОМС).

Кроме того, участники обратили внимание на то, что меры, принимаемые в отношении системы образования в вузах, должны также распространяться на образовательные учреждения среднего профессионального образования. В качестве меры по повышению профессионализма медработников рассматривалась необходимость усиления ответственности общественных профессиональных медицинских организаций за допуск медицинских работников к профессии.

Одной из острых проблем в сфере здравоохранения, беспокоящих население, является нехватка специалистов и их низкая квалификация в первичном звене. Участники предложили механизмы решения проблем дефицита кадров, в том числе за счет расширения действия программы «Земский доктор».

Значительное число тем для обсуждения на площадке, предложенных экспертами, касались обучения специалистов, в том числе новых профессий, и переобучения уже практикующих врачей. В настоящее время на одно из первых мест выходит задача подготовки специалистов, востребованных современной системой здравоохранения: профессиональных управленцев, специалистов, обслуживающих высокотехнологичное оборудование, сферу паллиативной помощи и др. Участники предложили рассмотреть возможность разработки «дорожной карты» по внедрению в образовательный процесс программ по новым специальностям обучения.

Наряду с этим, участники Форума отметили недостатки профессиональной этики и культуры взаимодействия врача и пациента. Был обсужден комплекс вопросов, связанных с формированием деловых и нравственных качеств работников медицинских организаций. В качестве одной из мер было предложено развитие и поддержка социальной рекламы как инструмента по формированию позитивного образа врача.

Напомним, Президентом России было дано более 20 поручений, направленных на решение кадровых проблем системы здравоохранения и улучшение качества подготовки медицинских кадров. При этом по состоянию на сегодняшний день треть из них не выполнены и остаются на контроле.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- сделать акцент на подготовке специалистов, востребованных современной системой здравоохранения для успешной реализации задач информатизации, управления и высокотехнологичной медпомощи;
- разработать комплекс мер и рекомендаций, направленных на повышение культуры общения врача и пациента, обратив особое внимание на соблюдение пациентами врачебных рекомендаций; ввести в законодательство понятие «ответственность пациента»;
- в рамках повышения эффективности бюджетных затрат в системе образования медицинских кадров проанализировать расходование средств на повышение квалификации врачей, подготовку и переподготовку кадров;
- расширить действие программы «Земский доктор» на малые города, численностью до 50 тыс. человек, а также полностью снять возрастной ценз;
- в качестве меры по повышению уровня подготовки и преодолению дефицита медицинских кадров, в том числе первичного звена, предпринять меры по повышению ответственности глав регионов и муниципа-

литетов за трудоустройство молодых специалистов, получивших образование по «целевому» набору от своих регионов;

- решить вопрос о клинических базах, вернуть в программу подготовки врачей прохождения студентами практики на базе клинических кафедр;
- разработать методику, обеспечивающую взвешенное и обоснованное принятие решений об объединении медицинских высших учебных заведений с федеральными университетами;
- рассмотреть возможность внедрения повсеместной для системы здравоохранения практики замещения вакантных должностей исключительно на конкурсной основе и с учетом мнения медицинского сообщества; ввести ответственность региональных властей за соблюдение данного порядка.

РЕЗОЛЮЦИЯ ДИСКУССИОННОЙ ПЛОЩАДКИ «ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: УСТОЙЧИВОСТЬ И РАЗВИТИЕ»

Участники дискуссионной площадки «Экономика и управление системой охраны здоровья: устойчивость и развитие» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили проведение оптимизации системы здравоохранения и критериев ее эффективности, проблемы недостаточной рентабельности затрат в сфере здравоохранения, усовершенствование государственного контроля в системе здравоохранения и вопросы регулирования стоимости платных медицинских услуг в медицинских организациях, а также роль и место страховых компаний в системе ОМС.

Участники дискуссионной площадки отметили отсутствие четкой модели экономического развития системы здравоохранения, а также основы для ее устойчивости. Прежде всего было отмечено сокращение финансирования здравоохранения на федеральном уровне и неисполнение обязательств в этой сфере региональных бюджетов. Что в условиях ухудшающейся экономической ситуации требует особого внимания и осторожности при принятии соответствующих решений. Приоритет здравоохранения должен оставаться безусловным для страны даже в самые трудные времена.

Процесс оптимизации системы здравоохранения проходит без экономически непродуманной модели в условиях отсутствия критериев определения эффективности медорганизации, исключительно за счет ликвидации медицинских учреждений и сокращения койко-мест преимущественно в сельской мест-

ности. Медпомощь становится все менее доступна сельскому населению, увеличивается нагрузка на медперсонал. В рамках программы модернизации здравоохранения отмечено неэффективное использование денежных средств. Участники дискуссии выяснили, что в регионах происходят необоснованные закупки дорогостоящего оборудования, в которых медицинские учреждения не нуждаются и которые в дальнейшем простаивают в подвальных помещениях. При этом в других медицинских учреждениях отмечается нехватка самого необходимого оборудования.

Медорганизации вынуждены восполнять выпадающие расходы за счет увеличения объема платных услуг, двойного списания денежных средств за одну и ту же медицинскую услугу из Фонда ОМС и за счет граждан. Пациенты прибегают к платным услугам в целях сокращения времени ожидания медпомощи. При этом, в вопросе тарификации и ценообразования платных медицинских услуг отсутствует единообразие.

Профессиональное сообщество отмечает негативное отношение врачей к деятельности страховых медицинских организаций (СМО), которая вызывает также вопросы и у пациентов, – населению и врачам не понятна роль СМО в системе здравоохранения. Основной целью СМО в настоящее время вместо информирования граждан об объемах полагающейся им медицинской помощи является наложение штрафов на медицинские учреждения, несмотря на то, что информированность граждан является базовым принципом страхования в системе ОМС. При этом лидер ОНФ, Президент России Владимир Путин указывал именно на необходимость развития принципов страхования в системе ОМС. Участники дискуссии отметили необходимость ускорения работы в этом направлении.

Эксперты также отмечают снижение удовлетворенности граждан медицинской помощью, несмотря на увеличение объемов средств. Очевидно, что государственные траты на систему здравоохранения нуждаются в повышении их эффективности. Участники площадки указали также на недостатки системы государственного контроля как за качеством медпомощи в целом, так и за деятельностью участников системы ОМС: отмечается как недостаток контроля, так и недостаточность полномочий Росздравнадзора в контроле исполнения выписанных предписаний.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний, предлагается:

- необходимо провести инвентаризацию всех средств сферы здравоохранения на федеральном и региональном уровне. Конкретизировать оказание обязательной медицинской помощи. Проанализировать и составить реестр данных по статистике заболеваемо-

сти населения и льготных категорий граждан.

- провести анализ оптимизации здравоохранения и выработать комплекс мер по созданию критериев экономической эффективности и неэффективности медорганизаций;
- необходимо увеличить прозрачность и открытость при разработке и исполнении госпрограмм, а также повысить ответственность чиновников за принимаемые решения;
- разработать механизм по повышению эффективности трат в сфере здравоохранения за счет повышения государственного контроля;
- актуализировать и усилить систему государственного контроля;
- провести аудит деятельности, включая экономическую, работы страховых медицинских организаций в системе ОМС, а также прозрачности деятельности ФОМС;
- создать механизм регулирования стоимости платных медицинских услуг, оказываемых в государственных и частных медицинских организациях и найти решение проблемы двойного списания денежных средств за счет ОМС;
- усилить работу по исполнению указов и поручений Президента в части управления системой здравоохранения.

РЕЗОЛЮЦИЯ ДИСКУССИОННОЙ ПЛОЩАДКИ «ДЕТСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ»

Участники дискуссионной площадки «Детское здравоохранение – актуальные проблемы сохранения здоровья нации» Форума ОНФ «За качественную и доступную медицину!» обсудили роль диспансеризации и профилактики заболеваний в реальной оптимизации здравоохранения, оказание медицинской помощи в образовательных организациях, пути повышения эффективности государственной политики в формировании здорового образа жизни и подвели предварительные итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, установленного по поручению Президента России, Лидера ОНФ Владимира Путина в 2015 г., а также указали на необходимость усиления взаимодействия общества и власти в сфере улучшения системы охраны здоровья граждан, в том числе в части выработки новых подходов в системе здорового питания.

В ходе проведения дискуссионной площадки участники сошлись во мнении, что проблема сохранения здоровья детей

и формирования здорового образа жизни среди населения является не просто чрезвычайно важной, а ключевой для всей нашей страны с учетом особенностей демографической ситуации.

Как показывает мировой опыт, здоровье нации напрямую зависит от эффективной и современной профилактики и диагностики заболеваний. В связи с этим участники дискуссии отметили, что в 2014 г. диспансеризацию прошли 40,1 млн человек или 90% от запланированного числа, однако по итогам первичная выявляемость заболеваний была на невысоком уровне.

Особое внимание было уделено детскому здравоохранению. В ходе дискуссии был отмечен тот факт, что по официальным данным 75% школьников в возрасте 14 лет имеют установленный диагноз. Это говорит о недостаточности внимания к вопросам сохранения здоровья детей, а также профилактики и пропаганды здорового образа жизни. При этом ранее принятые меры по усилению проникновения системы здравоохранения в систему среднего образования сейчас фактически нивелируются. Участники дискуссионной площадки указывали на пагубность сокращения медицинских кабинетов в школах, которое происходит вследствие тотальной оптимизации и реорганизации систем образования и медицины.

Еще в 2013 году Президент России, В.В.Путин призывал стимулировать граждан к здоровому образу жизни. Эксперты площадки затронули вопросы, касающиеся государственной политики в сфере формирования здорового образа жизни, отметив, что данное направление является приоритетным для поддержания, сохранения здоровья нации, а также сокращения доли государственных расходов на здравоохранение. Несмотря на наличие программ в этом направлении, реализующихся Роспотребнадзором, Минздравом, Минобрнауки, Минспортом, на сегодняшний день отсутствует общая координация и межведомственное взаимодействие, что позволило бы добиться глобального эффекта по всей стране.

В рамках дискуссионной площадки эксперты обсудили итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и отметили, что усилия органов власти в этом вопросе оказались недостаточными, а регионы формально подошли к исполнению задачи, поставленной Президентом России В.В.Путиным. Только треть регионов разместили на профильных сайтах информацию о проводимой политике, а врачей-кардиологов нет почти в 30% поликлиник по всей стране.

Между тем, участниками дискуссионной площадки было отмечено, что одной из главных причин возникновения сердечно-сосудистых заболеваний является отсутствие культуры заботы о своем здоровье у населения, приводящей в частности к неправильному питанию не только у взрослых, но и у детей.

По данным института питания РАМН, каждый пятый ребенок в России страдает от ожирения.

В целом эксперты сошлись во мнении, что в сфере охраны здоровья государство в недостаточной степени использует ресурсы профессиональных и общественных медицинских организаций, которые могли бы включиться в работу на всех уровнях, что дало бы ощутимый эффект.

Обобщив предложения участников дискуссионной площадки, итоги мониторингов ОНФ и экспертных совещаний предлагается:

- проанализировать итоги работы по проведению диспансеризации населения и предложить методики по повышению её эффективности;
- проработать меры по недопущению сокращения объемов медицинской помощи в образовательных учреждениях;
- рассмотреть возможность расширения календаря детских прививок;
- в целях привития гражданам культуры здоровья разработать и внедрить систему социально-экономической мотивации граждан к сохранению и укреплению своего здоровья;
- проанализировать итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями и выработать предложения по продолжению работы в данном направлении, в том числе в направлении усиления пропаганды здорового питания населения;
- обратить внимание на необходимость активного привлечения общественных и профессиональных медицинских организаций к работе по популяризации среди населения основ здорового образа жизни и профилактики вредных привычек;
- разработать Индекс здоровья нации как многоаспектный индикатор здоровья населения;
- проанализировать и пересмотреть формат работы Центров здоровья, повысив их эффективность.

ФИНАНСОВЫЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОМС

Денилбек Абдулазизов,
директор ТФОМС Чеченской Республики



Развитие и совершенствование системы здравоохранения нашей страны является одним из приоритетных направлений, определенных Президентом Российской Федерации В.В. Путиным. Большая роль в этом процессе отведена системе обязательного медицинского страхования. В Чеченской Республике этим вопросам уделяется особое внимание со стороны Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадырова, в результате чего в республике налажена эффективная работа по полноценному финансовому обеспечению сферы охраны здоровья.

Как известно за последнее время самым масштабным изменением системы здравоохранения в нашей стране стало реформирование принципов и структуры финансирования медицинской помощи и перераспределение финансовых потоков. С правовой точки зрения произошёл переход от административного регулирования финансирования здравоохранения к регулированию нормами гражданского права. То есть российская система здравоохранения перестала быть полностью государственной и приобрела черты страховой медицины, которая, в свою очередь, призвана обеспечивать за счёт своих источников финансирования качественную медицинскую помощь любому застрахованному лицу.

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 каждому застрахованному лицу.

Наряду с этим обязательное медицинское страхование – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. ОМС представляет собой особый финансовый механизм обеспече-



ния дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг.

Хочется отметить, что, несмотря на многочисленные трудности, сложившиеся в стране, смешанная бюджетно-страховая модель финансирования медицинской помощи привела к ряду положительных достижений. Благодаря системе обязательного медицинского страхования появился независимый дополнительный источник финансирования бесплатной медицинской помощи населению, была определена структура расходов медицинских учреждений за счёт средств ОМС – объёмы расходов на заработную плату медицинского персонала, медикаменты, питание больных и др. В целом, это позволило избежать нецелевого использования средств.

Кроме того были сформированы договорные отношения с чётким определением обязанностей всех участников системы ОМС. Это привнесло в здравоохранение само понятие «ответственность», закреплённое документально. Прогрессивным явлением в условиях переходного периода страны явилась оплата медицинской помощи за фактически оказанные объё-

мы. В свою очередь, методы оплаты по результатам повысили экономическую эффективность медицинского обслуживания. И, наконец, благодаря ОМС была внедрена система контроля и экспертизы качества медицинской помощи пациентам; началось внедрение системы внешнего (вневедомственного) контроля качества оказанной медицинской помощи. Во многом это позволило значительно повысить качество медицинской помощи, а в ряде случаев перейти к реальной защите прав пациентов. Здесь же добавлю, что с появлением новой системы финансирования стала очевидна необходимость новых навыков в работе с информацией. Стали развиваться информационные системы, содержащие сведения о пациентах, медицинских учреждениях, страховых компаниях, медицинских услугах и нормативах.

Во многом благодаря системе обязательного медицинского страхования в здравоохранении стали применяться методы экономического анализа, планирования и прогнозирования объёмов медицинской помощи и финансирования (в рамках программы госгарантий). По сути, программа госгарантий устанавливает минимальный план потребления медицинской помо-



щи и одновременно определяет направления преобразования медицинской помощи. В поисках сбалансированности объемов медицинской помощи и финансовых объемов были обозначены основные направления дальнейшего развития здравоохранения в части внедрения ресурсосберегающих технологий (стационарзамещающие технологии, расширение деятельности дневных стационаров, проведение профилактических мероприятий, увеличение объемов амбулаторной помощи).

Мы можем констатировать, что в системе ОМС накоплено большое количество медико-экономической информации, что с успехом может быть использовано для оптимизации потоков пациентов и финансовых средств на основе современных методов планирования. Это должно обеспечить увязку объемов и структуры медицинской помощи с финансовыми ресурсами. Кроме того, достаточный объем накопленной информации позволяет выработать предложения по совершенствованию сети медицинских организаций.

Хотелось бы напомнить о том, что с 2013 года финансирование медицинских организаций из средств обязательного медицинского страхования осуществляется по полному тарифу, в который включаются все их затраты – с сохранением всех стимулирующих надбавок, предусмотренных в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», внедрения стандартов медицинской помощи и повышения доступности

амбулаторной медицинской помощи в рамках программы модернизации здравоохранения. Также с 2013 года финансирование через обязательное медицинское страхование включает в себя скорую медицинскую помощь, а с января 2014 года – высокотехнологичную медицинскую помощь.

Говоря о ситуации вокруг финансирования территориальных фондов обязательного медицинского страхования и, в частности, о том, как данный механизм функционирует на территории Чеченской Республики, хочу отметить, что благодаря правильно и грамотно выстроенной работе Парламента Чеченской Республики (который принимает бюджет Фонда), Правительства ЧР, при поддержке Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова, а также руководства Федерального фонда обязательного медицинского страхования в лице Н.Н. Стадченко, мы имеем налаженную систему финансирования и обеспечения населения качественной бесплатной медицинской помощью.

Сфера обязательного медицинского страхования стала важной и неотъемлемой частью здравоохранения, прочно войдя в жизнь каждого гражданина Российской Федерации, медицинского учреждения, страховой медицинской организации. Исходя из этого, мы будем работать над дальнейшим совершенствованием системы ОМС.

ЭКСПЕРТ



М.А. САГИЛАЕВ,
Первый заместитель директора
ТФОМС Чеченской Республики



М.В. ПИРОГОВ,
д.э.н., профессор

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ:

*региональные особенности
планирования*

Начиная с 2013 года, существенно меняются нормативы базовой программы ОМС и подходы к формированию территориальных программ. Средние нормативы базовой программы ОМС становятся детализированными, описывающими отдельные элементы государственных гарантий, а с другой стороны, на региональном уровне допускается вносить необходимую корректировку в эти нормативы, с целью адекватного учета различных региональных особенностей. Все эти новации требуется «вписать» в традиционную систему планирования территориальной программы ОМС, одновременно обеспечивая баланс доходов и расходов по территориальной программе ОМС.

Начиная с 2013 года, существенно меняются нормативы базовой программы ОМС и подходы к формированию территориальных программ. Средние нормативы базовой программы ОМС становятся детализированными, описывающими отдельные элементы государственных гарантий, а с другой стороны, на региональном уровне допускается вносить необходимую корректировку в эти нормативы, с целью адекватного учета различных региональных особенностей. Все эти новации требуется «вписать» в традиционную систему планирования территориальной программы ОМС, одновременно обеспечивая баланс доходов и расходов по территориальной программе ОМС.

Индикативное планирование, получившее значительное развитие во многих капиталистических странах в послевоенный период (второй мировой войны), доказало свою высокую эффективность в качестве одного из средств государственного регулирования рыночной экономики.

В самых общих чертах индикативное планирование (ИП) - это совокупность процедур согласования

(координации) процессов: макропланирования, представленного в прогнозах, бюджетных планах и макропрограммах, разрабатываемых и осуществляемых государством; мезопланирования, воплощаемого в прогнозах, бюджетных планах и программах региональных и местных властей; микропланирования, реализуемого в планах предприятий.

Рыночные реформы в России, естественно, актуализируют изучение соответствующего опыта и последующее его использование в подготовке индикативных показателей развития региональной экономики.

Индикативные показатели, определяющие стратегические цели российского здравоохранения, были определены Распоряжением Правительства РФ от 28.12.2012г. №2599-р (ред. от 30.04.2014) «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Данным нормативным документом было определено, что: «Оптимальная структура системы здравоохранения и высокая эффективность



работы каждой медицинской организации являются необходимым условием создания эффективной системы здравоохранения. «Дорожная карта» предусматривает внесение соответствующих изменений в порядке оказания медицинской помощи, разработку и внедрение показателей эффективности деятельности медицинских организаций, разработку программ развития здравоохранения субъектов Российской Федерации, направленных на достижение целевых индикаторов государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с учетом заболеваемости и смертности населения...

Результатом успешной реализации «дорожной карты» является выполнение целевых показателей структурных преобразований системы оказания медицинской помощи, основных показателей здоровья населения и уровня заработной платы работников медицинских организаций, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В данном контексте структура и параметры **эффективной лечебной сети** представляются отличными от тех, которыми обладает действующая лечебная сеть в различных регионах России.

Основной задачей стратегического планирования в субъекте федерации является определение связи между **индикативными показателями**, описывающими цели программы «развития здравоохранения», нормативными параметрами плановых объемов и стоимостью единиц планирования и разнообразными объективными характеристиками региона, делающими его «не средним» регионом России.

Безусловно, ключевая роль в определении

данных связей, их фиксации при формировании региональных программ развития здравоохранения и территориальных программ государственных гарантий с учетом объемно-финансовых характеристик территориальной программы ОМС, адаптирующей «базовую» программу ОМС к условиям в субъекте РФ.

Очевидна связь региональной «дорожной карты» по развитию здравоохранения и территориальной программы ОМС, которая охватывает основную часть финансовых ресурсов здравоохранения и практически все медицинские организации.

При этом ряд индикативных показателей непосредственно связан с формированием территориальной программы ОМС, в то время как другие индикативные показатели имеют связь более сложного порядка, полное проявление которой происходит в среднесрочной или даже долгосрочной перспективе.

Рассмотрим группы таких показателей и их связь с формированием территориальной программы ОМС.

Группа показателей по структурным преобразованиям системы оказания медицинской помощи (соответствующие изменения внесены распоряжением правительства РФ от 30 апреля 2014г. № 721-р):

1. Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи вне медицинских организаций от всех расходов на программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа государственных гарантий) – **6%; 6,4%; 5,9%; 5,7%; 5,6%; 5,5%** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

2. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – **25,3%; 30,6%; 30,7%; 30,8%; 31,5%; 32,2%** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

3. Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме от всех расходов на программу государственных гарантий – **1,4%; 2,1%; 2,2%; 2,4%; 2,5%; 2,6%** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

4. Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов на программу государственных гарантий – **7%; 5,1%; 6,4%; 7,9%; 8%; 8,1%** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

5. Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов на программу государственных гарантий – **60,3%;**

Средние нормативы объема медицинской помощи	2014 год	2015 год (проект)	2016 год (проект)	2017 год (проект)
для медицинской помощи в амбулаторных условиях				
посещений с профилактической целью на 1 жителя	2,77	2,9	2,95	2,98
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений с профилактической целью на 1 застрахованное лицо	2,27	2,3	2,35	2,38
обращений в связи с заболеваниями на 1 жителя	2,12	2,15	2,18	2,18
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений в связи с заболеваниями на 1 застрахованное лицо	1,92	1,95	1,98	1,98
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме				
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений на 1 застрахованное лицо	0,46	0,5	0,56	0,6
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров				
пациенто-дней на 1 жителя	0,665	0,675	0,675	0,675
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, пациенто-дней на 1 застрахованное лицо	0,55	0,56	0,56	0,56
для медицинской помощи в стационарных условиях				
случаев госпитализации на 1 жителя	0,197	0,193	0,193	0,193
в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо	0,176	0,172	0,172	0,172
для медицинской реабилитации в стационарных условиях				
в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, койко-дней на 1 застрахованное лицо	0,03	0,033	0,039	0,039

Таблица 1.

55,8%; 54,8%; 53,2%; 52,4%; 51,6% - соответственно с 2013 по 2018 годы.

Группа показателей, характеризующих использование коечного фонда (круглосуточного пребывания):

1. Число дней работы койки в году - **324,5; 329; 331; 332; 332; 333** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

2. Средняя длительность лечения больного в стационаре - **12,2; 12; 11,7; 11,6; 11,6; 11,5** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

Группа показателей, определяющих уровень общественного здоровья (первые два):

1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении - **70,8; 71,41; 72,02; 72,64; 73,27; 74** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

2. Смертность от всех причин на 1 000 населения - **13; 12,8; 12,5; 12,3; 12,1; 11,8** - соответственно с 2013 по 2018 годы.

Реализацию первой группы показателей, учитывающих финансовые характеристики

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи	2014 год	2015 год (проект)	2016 год (проект)	2017 год (проект)
для медицинской помощи в амбулаторных условиях				
на 1 посещение за счет средств бюджета субъекта РФ	360	448,9	468,2	488,3
на 1 посещение за счет средств ОМС	318,4	351	355,5	386,7
на 1 обращение за счет средств бюджета субъекта РФ	1 044	1 256,9	1 310,9	1 367,3
на 1 обращение за счет средств ОМС	932,8	983,4	1 039,4	1 160,3
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме				
на 1 посещение за счет средств ОМС	407,6	449,3	452,2	491,9
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров				
на 1 пациенто-день за счет средств бюджета субъекта РФ	559,4	734,5	766,8	799,8
на 1 пациенто-день за счет средств ОМС	1 227,9	1 306,9	1 323,4	1 433,2
для медицинской помощи в стационарных условиях				
на 1 случай госпитализации за счет средств бюджета субъекта РФ	61 732,8	79 668,6	83 094	86 667
на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС	191 86,2	22 233,1	23 559,3	26 576,2
для медицинской реабилитации в стационарных условиях				
на 1 койко-день за счет средств ОМС	1 293,8	1 539,3	1 623,4	1 826,4

Таблица 2.

потребления медицинской помощи по видам и условиям оказания, можно обеспечить на уровне финансового планирования объемов медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий и программе ОМС. В проекте программы государственных гарантий (и базовой программы ОМС) на 2015 год сохраняются нормативные характеристики объемов медицинской помощи, с незначительным изменением их величины (см. Табл. 1).

Объемные нормативы ПГГ (базовой программы ОМС) и стоимость медицинской помощи (см. Табл.2) позволяют оценить плановую финансовую структуру территориальной программы, запланировать её объемную характеристику по каждому из перечисленных показателей.

Особенно актуальным для территориальной программы ОМС становится задача адекватного формирования тарифов ОМС (подушевых нормативов)

и обеспечение баланса плановых и фактических расходов системы ОМС, при оплате медицинскую помощь в пределах плановых объемов (финансовых лимитов) и/или применении подушных способов оплаты, в том числе с фондодержанием.

В общем виде расчет плановой стоимости территориальной ПГГ и программы ОМС можно провести по следующей формуле:

$$Ст = O_i * Ч * Кто * \Phi_i * Ку, \text{ где}$$

Ст – плановая стоимость территориальной ПГГ (программы ОМС);

O_i – норматив объема медицинской помощи по i-м видам и условиям оказания;

Ч – численность населения по ТПГГ и ТПОМС;

Кто – рекомендуемый территориальный



коэффициент корректировки объемов медицинской помощи для условий стационара и дневных стационаров всех типов по социально значимым заболеваниям (бюджет);

Φ_i – финансовый норматив для единицы объема медицинской помощи;

Ку – коэффициент удорожания единицы объема медицинской помощи, учитывающий региональную стоимость ресурсов здравоохранения.

Кто для Белгородской области, Костромской области, Московской области, Орловской области, Тамбовской области, г. Москвы, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, Краснодарского края, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия-Алания, Чеченской Республики, Ставропольского края рекомендуется в размере - **0,7**.

Кто для Владимирской области, Ивановской области, Калужской области, Липецкой области, Рязанской области, Республики Карелия, Архангельской области, Республики Адыгея, Волгоградской области, Республики Татарстан, Кировской области, Нижегородской области, Пензенской области, Ханты-Мансийского автономного округа, Ямало-Ненецкого автономного округа рекомендуется в размере - **0,8**.

Кто для Брянской области, Воронежской области, Курской области, Смоленской области, Тверской области, Тульской области, Ярославской области, Республики Коми, Калининградской области, Новгородской области, Псковской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Калмыкия, Астраханской области, Ростовской области, Кабардино-Балкарской Республики, Республики Башкортостан, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Самарской области, Ульяновской области, Курганской области, Тюменской

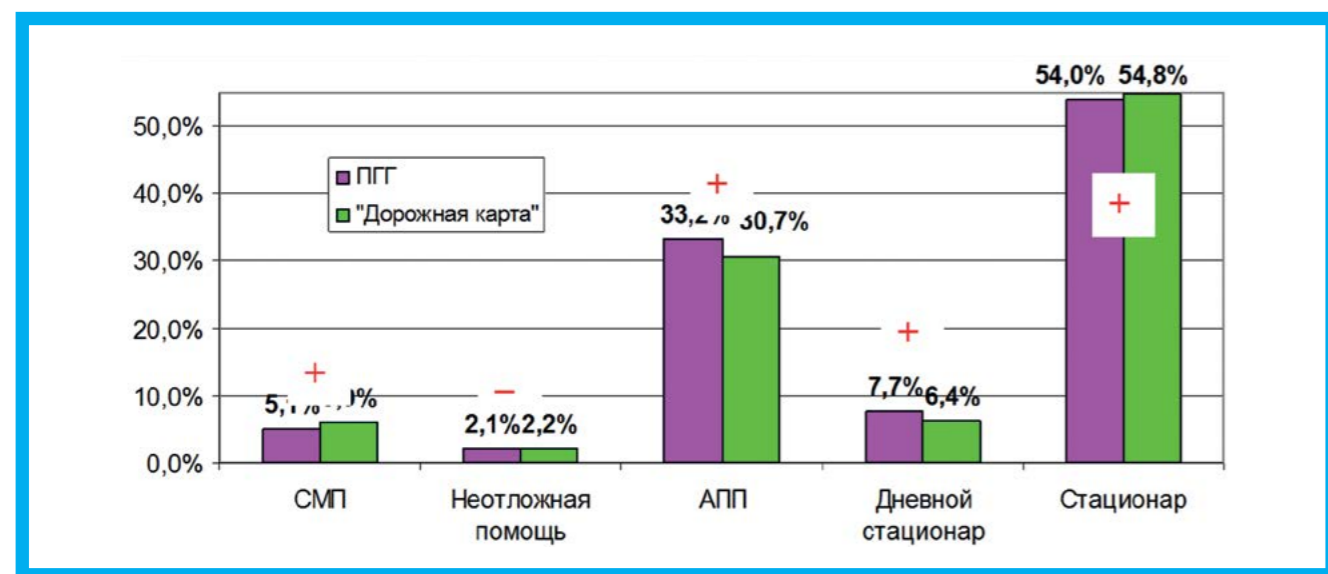


Диаграмма 1.

области, Республики Бурятия рекомендуется в размере - 0,9.

Кто по остальным субъектам РФ - 1.

Понижающие коэффициенты (Кт) определены: «С учетом более низкого, по сравнению со среднероссийским уровнем заболеваемости и смертности населения от социально значимых заболеваний, и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатогеографических особенностей регионов могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, установленным Программой...»

... С учетом использования указанных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи производится коррекция среднего подушевого норматива финансирования за счет средств соответствующих бюджетов¹.

Используя нормативы объемов медицинской помощи и нормативы стоимости, определенные проектом ПГГ (базовой программы ОМС) на 2015 год, рассчитаем стоимость территориальной программы для n-го субъекта РФ с населением 1 млн. застрахованных по ОМС лиц и определим плановые

пропорции финансирования для индикативных показателей дорожной карты на 2015 год.

Для корректности проведения расчета по профилю «Медицинская реабилитация» для перевода койко-дней в госпитализации будем использовать нормативную длительность лечения, равную – 17,5², и то обстоятельство, что объемы медицинской реабилитации являются частью стационарной помощи по базовой программе ОМС.

Общая стоимость территориальной программы государственных гарантий на 1 миллион жителей (и застрахованных лиц), с Кт = К_у = 1 составляет – 10,7 млрд.руб. При расчете учитываются только нормируемые виды помощи и условия оказания, т.е. имеющие нормативный объемный и финансовые показатели. На диаграмме 1 представлены расчетные долевые значения по стоимости видов и условий оказания и индикаторы «дорожной» карты по той же медицинской помощи.

Для субъектов РФ, у которых К_у = 1 и Кт = 0,7 расчетное значение стоимости территориальной программы ОМС на 1 миллион проживающего (застрахованного) населения составляет – 10,1 млрд.руб.

На диаграмме 2 представлены расчетные долевые значения по стоимости видов и условий оказания и индикаторы «дорожной» карты по той же медицинской

² Письмо МЗРФ от 08.11.2013 г. №11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальных ПГГ на 2014 год...».

¹ Проект ПГГ на 2015 год (официальный сайт МЗ РФ)



помощи. Выполнение и перевыполнение «дорожной» карты отмечается по всем видам и объемам медицинской помощи, в том числе по неотложной амбулаторной медицинской помощи, за исключением скорой медицинской помощи. Кроме того, плановая стоимость «базовой» программы ОМС меньше на 700 млн. руб. (около 7%), что позволяет реально учитывать региональные особенности увеличения объемов медицинской помощи или её стоимости в регионе.

Для субъектов РФ с Кт = 0,8 (см. Диаграмма 3) наблюдается выполнение и перевыполнение всех индикативных показателей «дорожной карты» по первой группе индикаторов. Плановая стоимость на 1 млн. жителей составляет 10,3 млрд. руб. (снижение на 4%), что дает определенный маневр при формировании ТП ОМС в рамках субвенции ФФОМС.

И наконец, для субъектов РФ с Кт = 0,9 (см. Диаграмма 4) наблюдается соотношение плановых параметров территориальной ПГГ и индикаторов «дорожной карты», критичное для неотложной медицинской помощи. Плановая стоимость ТП ОМС составляет 10,5 млрд.руб. (порядка 2%), что позволяет компенсировать стоимость «неотложки» за счет увеличения тарифов ОМС и (или) числа посещений при условии отсутствия в субъекте больших объемов «погруженной» ВМП.

Важно: Для выполнения «дорожной карты» по первой группе показателей необходимо строго выполнять средние объемные и финансовые нормативы ПГГ и «базовой» программы ОМС, т.е. стать «средним» регионом.

Напомним, что по демографическим, климатическим, географическим условиям, уровню доступности медицинской помощи и уровню заболеваемости достаточно сложно найти средний регион.

В то же время структура лечебной сети и её «сверхнормативная» мощность, низкая занятость и оборот койки зачастую отражают перечисленные характеристики и не всегда субъективно.

Использование перечисленных региональных характеристик для объективного изменения средних нормативов объема медицинской помощи требует научной методической основы, используемой в субъекте РФ при формировании территориальных ПГГ, и программы ОМС, и используемой контролирующими органами, проверяющими корректность учета региональной специфики.

Продолжение материала в следующих номерах.

ЧЕЧЕНСКИЕ СПЕЦИАЛИСТЫ ПРОШЛИ КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

«Эффективное управление ресурсами в медицинской организации»

Более пятидесяти специалистов медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, прошли курсы повышения квалификации по федеральной программе «Эффективное управление ресурсами в медицинской организации». Двухнедельные занятия прошли на базе Астраханского государственного медицинского университета. В числе обучающихся были руководители медицинских организаций, а также их заместители по финансово-экономической деятельности.

Цель данной программы заключается в формировании способности и готовности заместителей руководителей медицинских организаций по финансово-экономическим вопросам внедрять эффективные технологии управления ресурсами медицинских организаций посредством углубленного освоения теоретических знаний и овладения практическими умениями и навыками в сфере здравоохранения, обеспечивающими совершенствование профессиональных компетенций для самостоятельной профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации.

На занятиях изучалась структура организации и управление здравоохранением, проводился обмен опытом по проблемным факторам функционирования медицинских организаций.

Лекционный курс был подготовлен группой высококвалифицированных экспертов, в числе которых начальник финансово-экономического управления ТФОМС Чеченской Республики Асет Хасуева, чей доклад мы приводим ниже.

Деятельность медицинских организаций в условиях обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике

Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. №326 -ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с



осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское



В соответствии со статьей 9, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом:

1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно опубликовываться иными способами. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности,

страхование неработающего населения.

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;

3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;

4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации и находящиеся за пределами территории Российской Федерации, вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

В реализации территориальной программы ОМС на территории Чеченской Республики в 2015 году участвуют 74 медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в 2015 году.

Всего: 74

из них:

ФГБОУ: 6

в т.ч. иногородние: 6

ФГКУ: 2

в т.ч. иногородние: 2

Государственные бюджетные учреждения: 53

Общества с ограниченной ответственностью: 12

Открытое акционерное общество: 1

В соответствии со статьей 39 Федерального закона заключается договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации

территориальной программы обязательного медицинского страхования и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном Федеральным законом порядке.

По договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации имеют право:

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, предусмотренных Федеральным законом;

2) обжаловать заключения страховой медицинской



организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

Медицинские организации обязаны:

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

2) вести в соответствии с Федеральным законом персонализированный 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, а также показатели доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

(в ред. Федерального закона от 01.12.2012 N 213-ФЗ)

8) выполнять иные обязанности в соответствии с Федеральным законом.

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 31.12.2014 г. №260 (в редакции от 10.06.2015 г. №115) утверждена территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее – Территориальная Программа).

Территориальная Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание

медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также порядок и условия предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Формирование Территориальной Программы выполнено с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Чеченской Республики, основанных на данных медицинской статистики.

Территориальная Программа разработана в соответствии с требованиями постановления Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 года № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и включает территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа ОМС).

Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС в 2015 году составила 10 482,2 млн. рублей, при расчетной стоимости 10 663,6 млн. рублей, т.е. 98,3% от расчетной потребности. Прирост утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2015 года к уровню утвержденной стоимости территориальной программы ОМС 2014 года 1651,2 млн. рублей или 18,7%. Дефицит по средствам ОМС 181,3 млн. рублей или 1,7% к расчетной стоимости.

Нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в целом по Территориальной Программе определяются в единицах объема в расчете на 1 жителя в год, по территориальной программе ОМС - в расчете на 1 застрахованное лицо.

Нормативы объема медицинской помощи, принятые для планирования и финансово-экономического обоснования размера подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных в рамках Территориальной Программы, на 2015 составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию в рамках территориальной программы ОМС - 0,318 вызова на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи

с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала): целом по Территориальной Программе - 2,454 посещения, в том числе за счет средств бюджета - 0,154 посещения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 2,300 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями:

в целом по Территориальной Программе - 2,074 обращения, в том числе за счет средств бюджета - 0,124 обращения на 1 жителя, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - 1,950 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме: в рамках территориальной программы ОМС - 0,500 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров: - 0,640 пациенто-дня на 1 жителя, а в рамках территориальной программы ОМС - 0,560 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в том числе включая высокотехнологическую медицинскую помощь:

- 0,193 случая госпитализации на 1 жителя, в рамках территориальной программы ОМС - 0,178 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (норматив объема по ОМС пересчитан с учетом половозрастного состава застрахованного населения Чеченской Республики: взрослое - 61%, детское - 39% при среднероссийском 80,5% и 19,5% соответственно).

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств бюджета:

- 0,009 койко-дня на 1 жителя.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в рамках Территориальной Программы, в том числе, территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной стоимости - 1710,1 рубль, по утвержденной стоимости - 1305,3 рубль;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной и утвержденной стоимости - 371,7 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной и утвержденной стоимости - 351,0 рубль;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной и утвержденной стоимости - 1078,0 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной и утвержденной стоимости - 983,4 рубль;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной и утвержденной стоимости - 449,3 рубль;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной и утвержденной стоимости - 577,6 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной и утвержденной стоимости - 1306,9 рубль;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной стоимости - 63743,8 рубль и утвержденной стоимости - 48586,2 рубль, за счет средств обязательного медицинского страхования по расчетной и утвержденной стоимости - 22 233,1 рубль;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов по расчетной и утвержденной стоимости - 1708,2 рубль.

Подушевые нормативы финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование территориальной программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования не включают средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляемые в виде иных межбюджетных трансфертов в федеральный бюджет на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС по II разделу перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

В рамках реализации постановления Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и постановления Правительства Чеченской Республики «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» заключено тарифное соглашение в системе ОМС Чеченской

Республики на 2015 год.

Тарифное соглашение заключено на основании Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с учетом условий оказания медицинской помощи, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении требований к структуре тарифного соглашения», **(Слайд 14)** в рамках которого установлена долевая структура состава тарифа в разрезе видов и условий оказания медицинской помощи.

В рамках требований федерального закона доходная часть бюджета территориального фонда формируется за счет:

- 1) субвенции из бюджета ФФОМС;
- 2) межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета ФФОМС;
- 3) платежей субъекта РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации ТП ОМС;
- 4) платежей субъекта РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- 5) доходов от размещения временно свободных средств;
- 6) межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ;
- 7) начисленных пени и штрафов, подлежащих зачислению в бюджет территориального фонда в соответствии с законодательством РФ;
- 8) иных источников, предусмотренных законодательством РФ.

Общая сумма доходов бюджета ТФОМС Чеченской Республики в 2014 году составила 8 923 208,8 тыс. рублей или 100,7% от утвержденного Законом годового показателя.

Безвозмездные поступления за 2014 год составили 8 919 614,1 тыс. рублей при утвержденном показателе 8 861 495,0 тыс. рублей, что составляет 100,7% к утвержденным показателям.

Общая сумма средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, переданных ТФОМС Чеченской Республики в виде межбюджетных трансфертов,

составила 8 525 495,0 тыс. рублей или 100% от утвержденного объема, в том числе:

- субвенции на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации – 8 494 995,0 тыс. рублей, удельный вес в общей сумме доходов – 95,2%.

- межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам – 30 500,0 тыс. рублей, удельный вес в общей сумме доходов – 0,3%.

Межбюджетные трансферты из бюджета Чеченской Республики, переданные бюджету ТФОМС Чеченской Республики на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования составили – 336 000,0 тыс. рублей, удельный вес от общей суммы доходов – 3,8%.

Прочие межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и прочие неналоговые поступления, составили в общем 61 713,9 тыс. рублей или 0,7% от общего объема доходов соответственно.

Расходы бюджета ТФОМС Чеченской Республики за 2014 год исполнены в сумме 9 251 597,7 тыс. рублей или 99,7% к утвержденной сводной бюджетной росписи, в том числе:

- на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в рамках реализации государственных функций в области социальной политики по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов – 9 221 097,7 тыс. рублей или 99,7% к утвержденной сводной бюджетной росписи;
- на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам – 30 500,0 тыс. рублей или 100% от утвержденного показателя;

Расходы ТФОМС Чеченской Республики в 2014 году производились в соответствии с утвержденным бюджетом на 2014 год, а также с учетом фактических поступлений средств.

Доходы бюджета ТФОМС Чеченской Республики на 2015 год сформированы за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Общий объем субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемый



бюджету Фонда на 2015 год, определен исходя из численности застрахованного населения Чеченской Республики по состоянию на 01.04.2014, принятого в количестве 1 268 923 чел. и подушевого норматива финансирования в размере 8 260,7 руб., доведенного до территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.09.2014 № 4969/21-2 «О подушевых нормативах финансирования в 2015 – 2017 годах».

Бюджет сбалансирован по доходам и расходам и составляет – 10 482 192,2 тыс. рублей.

Медицинскими организациями за 2014 год на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС израсходованы средства в сумме 8 165 598,0 тыс. рублей в том числе:

В условиях круглосуточного стационара -4 583 299,8 тыс. руб.;

В амбулаторно-поликлинических условиях – 2 977 053,2 тыс.руб.;

В условиях дневных стационаров – 2 698 178,2 тыс. руб.;

В скорой медицинской помощи, вне медицинской организации – 335 427,8 тыс.руб.

В структуре расходов наибольший удельный вес занимают

расходы на заработную плату с начислениями - 61,9% (в стационарах –55,8%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях –70,3%, в дневных стационарах -43,4%, в скорой медицинской помощи вне медицинской организации-83,4%), приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов, химикатов, стекла и хмпосуды –23,2% (в стационарах –26,14%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях –19,1%, в дневных стационарах -40,4%, в скорой медицинской помощи вне медицинской организации-5,4%), приобретение продуктов питания -5,0%, (в стационарах –8,6%, в дневных стационарах -6,2%), приобретение мягкого инвентаря - 0,3% (в стационарах –0,27%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях –0,29%, в дневных стационарах -0,12%, в скорой медицинской помощи вне медицинской организации-0,24%), хозяйственные и прочие расходы –9,6% (в стационарах –9,19%, в амбулаторно-поликлинических учреждениях –10,31%, в дневных стационарах -9,88%, в скорой медицинской помощи вне медицинской организации-10,96%).

Объемы медицинской помощи, распределенные медицинским организациям на 2014 год в первую очередь обеспечивали потребность каждой медицинской организации в средствах на оплату труда, в том числе, для достижения целевых индикаторов в рамках требований Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также в средствах на обеспечение медикаментами и перевязочными средствами.

По данным мониторинга в 2014 году и 1-го полугодия 2015 года целевые показатели по соотношению средней заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, в целом выполнены.

В составе бюджета территориального фонда для обеспечения финансовой устойчивости ОМС формируется нормированный страховой запас территориального фонда. Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса устанавливаются законом о бюджете территориального фонда.

Нормированный страховой запас (без учета средств для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ) не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год на финансовое обеспечение ТП ОМС.

Средства нормированного страхового запаса Фонда используются на:

1) финансовое обеспечение выполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования в виде дополнительного финансирования страховых медицинских организаций Чеченской Республики;

2) расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в части:

а) возмещения территориальным фондам обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации затрат по оплате стоимости медицинской помощи, оказанной за пределами территории Чеченской Республики лицам, застрахованным на территории Чеченской Республики, в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования;

б) оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Чеченской Республики лицам, застрахованным за пределами территории Чеченской Республики, с последующим восстановлением средств в состав нормированного страхового запаса Фонда по мере возмещения затрат территориальными фондами обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации.

В составе нормированного страхового запаса при наличии финансовых средств могут предусматриваться средства на выплаты:

1) стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи, установленных территориальным фондом. При этом средства нормированного страхового запаса, направляемые на указанные выплаты, не могут превышать 10 процентов общего размера средств нормированного страхового запаса;

2) вознаграждения страховым медицинским организациям за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. При этом средства нормированного страхового запаса, направляемые на указанные выплаты, не могут превышать 5 процентов общего размера средств нормированного страхового запаса.

Использование средств НСЗ ФФОМС

- на увеличение субвенций бюджетам территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения организации ОМС на территориях субъектов РФ с учетом изменения численности на 1 января текущего года;

- на увеличение субвенции на дополнительное финансовое

обеспечение оказания специализированной медицинской помощи федеральными государственными учреждениями.

- на предоставление межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями.

На предоставление субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Межтерриториальные расчеты

Территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме установленном базовой программой, не позднее 25-ти дней с даты представления счета МО с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС и оказавшая медицинскую помощь застрахованному лицу, формирует и направляет счет и реестр счета за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которой выдан полис, в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

В соответствии с Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) от 16.04.2012 г. №73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» проведены контрольные мероприятия по правомерности и эффективности использования средств обязательного медицинского страхования, поступивших на финансовое обеспечение выполнения Территориальной программы обязательного медицинского страхования контрольно-ревизионным управлением ТФОМС Чеченской Республики (далее – КРУ).

В соответствии с Планом проверок медицинских учреждений и организаций, использующих средства

обязательного медицинского страхования, утвержденным ТФОМС Чеченской Республики на 2014 и 2015 г., контрольно-ревизионным управлением проведены проверки целевого и рационального использования средств ОМС.

Количество медицинских организаций и учреждений, включенных в План проверок на 2014 г., составляет 36 организаций, в том числе:

- медицинские организации - 35;
- страховая медицинская организация - 1.

За 2014 г. количество проверенных организаций и учреждений составило 37 организаций, в том числе 36 медицинских организаций (1- проверка внеплановая) и 1 страховая медицинская организация (103% от плана.). Проверке было подвержено 49% медицинских организаций от работающих в системе ОМС.

В ходе проверок в 13-ти случаях (или 36% от проверенных) выявлено нецелевое использование денежных средств обязательного медицинского страхования на общую сумму 2 861,7 тыс. руб. Восстановлено -2 242,6 тыс. руб.

Остаток не восстановленных средств составляет 1 807,2 тыс. руб., в том числе за прошлые периоды – 717,0 тыс. руб.:

- за 2003 г. – 424,4 тыс. руб.;
- за 2008 г. – 25,1 тыс. руб.;
- за 2012 г. – 248,7 тыс. руб.;
- за 2011 г. – 18,8 тыс. руб.

За 1-ое полугодие 2015 г. количество проверенных организаций и учреждений из 44 запланированных составило 22 организаций, в том числе:

- 21 - медицинская организация;
- 1 - страховая медицинская организация.

В ходе проверок в 10 случаях (48% от проверенных) выявлено нецелевое использование денежных средств обязательного медицинского страхования на общую сумму 1 168,9 тыс. рублей, восстановлены денежные средства в общей сумме 1 363,2 тыс. руб.

Остаток невосстановленных средств на конец отчетного периода всего составляет в общей сумме 1 612,9 тыс. руб., в том числе:

- по результатам проверок (ревизий) предыдущих отчетных периодов - 869,0 тыс. руб.

За 2014 г. установлено нецелевое использование средств ОМС по следующим основным видам нарушений:

- оплата видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС – 74,3 тыс. руб.;

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС – 362,7 тыс. руб.;

- финансирование структурных подразделений (служб) медицинских организаций, финансируемых из иных источников – 746,4 тыс. руб.;

- расходование средств в отсутствие подтверждающих документов – 107,9 тыс. руб.;

- оплата собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по ОМС – 83,9 тыс. руб.,

- нецелевое использование средств на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления – 1 486,5 тыс. руб.

За 2015 г. установлено нецелевое использование средств ОМС по следующим основным видам нарушений:

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС – 726,7 тыс. руб.;

- финансирование структурных подразделений (служб) медицинских организаций, финансируемых из иных источников – 343,3 тыс. руб.;

- оплата собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по ОМС – 28,9 тыс. руб.,

- нецелевое использование средств на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления – 70,0 тыс. руб.

Деятельность ТФОМС Чеченской Республики и СМО по защите прав застрахованных лиц и контролю оказанной медицинской помощи отражается в показателях формы отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования».

Защита прав и законных интересов граждан по обращениям ведется в соответствии с федеральным законом от 02.05.2006г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», Положением о порядке рассмотрения обращений граждан в ТФОМС Чеченской Республики от 11.01.2010г. № 006.

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

Обращения застрахованных лиц:

За 2014год - 447 317 обращений

за 2013год – 281 342 обращения

ТФОМС Чеченской Республики и СМО из общего количества обращений:

- принято 445 683 заявления;
- проведено 1 526 консультаций по вопросам ОМС;
- рассмотрено 108 жалоб.

Заявления:

За 2014 год

1. о выборе СМО – 440 893
 2. о выдаче дубликата – 4 790
- в 2013 году – 279 535

1. о выборе СМО – 275993
2. о выдаче дубликата - 3542

Жалобы и их причины:

за 2014 год - 108, из них обоснованных – 100, что составляет 0,02% от общего количества обращений.

за 2013 год - 105, из них обоснованных – 101 или 0,04%.

В 2014 году по сравнению с прошлым годом количество жалоб практически одинаково (разница всего на 1 обоснованную жалобу больше, чем в 2013году).

2014 год

На 1 месте – отказ в медицинской помощи по программе ОМС - 36 (36%);

На 2 месте - организация работы МО - 29 (29%)

На 3 месте – жалобы на взимание денежных средств – 18 (18%);

2013 год

На 1 месте – жалобы на взимание денежных средств – 31 (30,7%);

На 2 месте – отказ в медицинской помощи по программе ОМС - 24 (23,8%);

На 3 месте - организация работы МО - 19 (18,8%)

Анализ причин обоснованных жалоб показал, что в 2014 году обоснованные жалобы на отказ в медицинской помощи по программе ОМС, организация работы МО и жалобы на взимание денежных средств занимают те же лидирующие позиции, что и в 2013 году и составляют 36%, 29% и 18% соответственно.

Медико-экономическая экспертиза:

Медико-экономических экспертиз проведено:

в 2014 году – 152 521 случай оказания медицинской помощи застрахованным гражданам

в 2013 году – 125 263 случая.

Повторных медико-экономических экспертиз:

за 2014 год - 26 578

за 2013 год – 18 612

Примечание: анализ показал, что количество повторных

МЭЭ в 2014 году выросло на 7 966 или 142%, чем в 2013 году. План за 2014 год выполнен на 234% от плана.

Структура нарушений, выявленных при проведении плановых медико-экономических экспертиз 2013-2014гг.

2014год:

на 1 месте дефекты по коду 4.2 (15 324 нарушения) «дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению МЭЭ (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного).

на 2 месте – среди дефектов стоят дефекты по коду 3.2.1 (5753 нарушения) «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица».

на 3 месте среди дефектов стоят дефекты по коду 5.1 (1463 нарушения) нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров-счетов;

2013год:

на 1 месте дефекты по коду 4.2 (19523 нарушения) «дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению МЭЭ (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного).

на 2 месте – среди дефектов стоят дефекты по коду 3.2.1 (5086 нарушений) «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица».

На 3 месте среди дефектов стоят дефекты по коду 5.1 (1112 нарушений) нарушения связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров-счетов;

В структуре основных нарушений, выявленных при проведении медико-экономических экспертиз, аналогично результатам 2013 года лидируют дефекты оформления первичной медицинской документации - более 50% (в 2013г. – 76%) от всех нарушений, из них на первом месте (более 65%) дефекты, связанные с несоответствием данных первичной медицинской документации данным счетов и реестра счетов.

На втором месте дефекты, связанные с нарушениями при оказании медицинской помощи, составляющие 25,3% от общего числа нарушений.

Дефекты, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров-счетов составили 6,4%.

Экспертиза качества медицинской помощи 2013-2014гг:

За 2014 год проведено всего 75 321 страховых случаев

экспертиз качества МП.

1. плановых – 72 093, в том числе:
 - 1.1. методом случайной выборки – 70 793,
 - 1.2. тематических – 1 300;
2. целевых ЭКМП – 3 228 страховых случаев.

За 2013 год проведено всего- 70 123 страховых случая ЭКМП.

1. плановых – 64 220, в том числе:
 - 1.1. методом случайной выборки – 63 123,
 - 1.2. тематических – 1 097;
2. целевых ЭКМП – 5 903 страховых случая

При проведении экспертиз качества медицинской помощи в 2014 году выявлено 13 134 страховых случая, содержащих нарушения или на 1 139 нарушений меньше, чем в предыдущем году (в 2013 году- 14 273 страховых случая, содержащих нарушения).

Анализ дефектов, выявленных при проведении ЭКМП

на 1 месте – дефекты по коду 4.2. «дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению ЭКМП (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)».

на 2 месте среди дефектов стоят дефекты по коду 3.2.1. «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица».

на 3 месте – дефекты по коду 4.1 «Не предоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в МО без объективных причин»

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТАХ:

В 2014 г. за медицинские услуги, оказанные гражданам Чеченской Республики в медицинских учреждениях РФ, в рамках базовой программы ОМС, предъявлено к оплате счетов на сумму 583 120,8 тыс. руб., принято к оплате на сумму 499 089,5 тыс. руб., отказано в оплате на сумму 84 298,9 тыс. руб. Основными причинами отказов являются: нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов реестров, - 60% случаев, нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО, - 38% случаев;



Всего в 2014 году:

- выставлено в регионы РФ счетов реестров к оплате на сумму 65 327,9 тыс. руб.;
 - оплачено в сумме 58 119,1 тыс. руб.;
 - отказано в оплате на сумму 2 972,9 тыс. руб.
- Конец доклада.

Нужно отметить, что одной из ключевых особенностей проекта, было то, что у каждого региона есть свои отличительные черты, которые важно и необходимо учитывать при организации столь масштабного проекта, касающегося значимого аспекта жизни лечебных учреждений. Программа поможет заместителям руководителей медицинских организаций по финансово-экономическим вопросам внедрять в систему здравоохранения региона эффективные технологии управления ресурсами медицинских организаций.

До специалистов была доведена информация о том, как работает и живет система здравоохранения в новых условиях медицинского страхования. Одна из особенностей данной программы состоит в том, что обучение проходит напрямую с заместителями руководителей по экономическим вопросам медицинских организаций и с учетом особенностей каждого региона.

По итогам двухнедельного обучения всем специалистам предстоит защита проектов на тему: «Эффективное управление ресурсами в медицинской организации». После защиты проектов все обучающиеся получают удостоверение о повышении квалификации.

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ

ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики вышло на качественно новый уровень

Информационное обеспечение работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (и вообще, фондов ОМС) – одно из ключевых направлений в техническом осуществлении его деятельности. Оно предполагает преимущественно работу по двум основным направлениям – это учёт застрахованного населения и учёт медицинских услуг, оказанных этому населению на территории региона и за его пределами.

Если работа по учёту застрахованного населения с 2011 года у нас целиком налажена (с использованием рекомендованных Федеральным фондом ОМС унифицированных программных продуктов), то направление по учёту медицинских услуг, а точнее – создание базы, своего рода ресурса, на основании которого бы он вёлся, долгое время оставалось слабым звеном в деятельности нашего фонда, так как не было единого подхода к созданию информационных систем участниками ОМС, отвечающих современным требованиям и к вопросам интеграции этих систем некой универсальной программы, которая могла бы синхронно работать со всеми лечебными учреждениями, фондами и т.д.

Прежде чем подробно остановиться на вопросе учёта медицинских услуг, хотелось бы отметить, что одним из решений, инструментов учёта застрахованного населения является полис обязательного медицинского страхования. Механизм здесь такой: полисы на каждого застрахованного лица со своим ЕНП (единый номер полиса) изготавливаются в Гознаке. В самой системе работает программа с двумя модулями – один для взаимодействия с Гознаком, другой – для взаимодействия со страховой компанией. Это сложная, но эффективная и надёжная схема.

Теперь подробнее остановимся на втором направлении информационного обеспечения деятельности Фонда – учёте медицинских услуг, оказанных населению. Нужно отметить, что до 2011 года этот учёт вёлся стихийно, все территориальные фонды работали фактически, как могли, в своих регионах формировали нормативные документы



на уровне правительства и министерства здравоохранения, территориальных фондов и работали по этим нормативным документам. Были общие принципы, но единого подхода не существовало.

Стандартизация ведения персонифицированного учета началась с 2011 года. 25 января 2011 года вышел приказ



Минздрава РФ №29-н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования, который стал документом, давшим старт внедрению новой системы учёта медуслуг.

Далее Федеральный фонд ОМС в апреле 2011 года издал приказ №79, где прописал общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС. Данный документ уже обязывает вести учёт застрахованных лиц, и оказанных медицинских услуг по определённой схеме. Приказ регламентирует все взаимодействия между участниками ОМС, определяет требования к информационным системам участников ОМС, а также прописывает структуры и форматы фалов информационного обмена.

Стало очевидно, что информационное взаимодействие между участниками ОМС в соответствии с выше названным приказом возможно только при наличии статических и динамических ресурсов и инструментов для их формирования и обработки. То есть была обозначена, в первую очередь, необходимость наличия информационных систем (ИС) на основе специальных мощных программных продуктов, для выполнения информационных обменов в соответствии с приказом федерального фонда, где прописан весь механизм (на 414 страницах) взаимодействия и перечень того, что данная программа должна предусматривать.

Таким образом, был дан старт стандартизации всей системы ведения учёта застрахованных лиц и медицинских услуг в нашей республике.

На раннем этапе становления и развития системы обязательного страхования в нашей республике перед нею стояло гораздо меньше задач, чем сегодня. Только 3 статьи

расходов системы здравоохранения финансировались через систему обязательного медицинского страхования, да и лечебных учреждений, работающих в системе ОМС, было гораздо меньше.

До 2005 года всеми этими задачами занимался ФОМС – оформление и выдача полисов, учёт застрахованных лиц, создание программных продуктов (относительно примитивных на сегодняшний день, так как функций и больниц было меньше).

С 2005 года, с началом функционирования в республике страховых медицинских организаций (СМО), часть функций ТФОМС была передана страховым медицинским организациям. Тогда страховая компания в лице «Филиала ЗАО МАКС-М в Чеченской Республике» предложила свои программные продукты по ведению учёта застрахованных лиц и медицинских услуг. В тот период в страховые компании по всей стране передали функции экспертизы и проверки больниц. И до сих пор работает эта схема: страховая компания страхует людей и проверяет, полноценно ли им оказывается медицинская помощь при наступлении страхового случая. А фонд контролирует саму страховую компанию, поскольку является источником финансирования.

Постепенно задачи Территориального фонда ОМС расширились, статьи финансирования увеличились (сейчас основная доля финансирования здравоохранения обеспечивается через систему ОМС), это в свою очередь требует автоматизации различных процессов, внедрения новых информационных технологий. Назревала необходимость обозначения главенствующей роли в системе здравоохранения органа управления здравоохранения региона и территориального фонда ОМС как в плане разработки нормативной документации регионального уровня, так и в

плане решения технических задач.

Отвлечение страховой медицинской организации на несвойственные задачи могло повлиять на качество ее работы. Более того, организация учета медицинских услуг всей системы здравоохранения на разработках страховой компании, являющихся ее собственностью, была связана с определенными рисками. Схема такой организации персонифицированного учета медицинских услуг и информационного взаимодействия была уязвима как в плане возможного расширения количества субъектов ОМС, так и в плане их возможного уменьшения.

Уже в прошлом году мы вплотную подошли к Рубикону, когда работать в прежней системе стало уже практически невозможно. Дело в том, что у нас в республике в системе ОМС более 70 больниц, не считая структурных подразделений, врачебных амбулаторий, участковых больниц – это огромная сеть. Для финансирования системы здравоохранения требовалась организация персонифицированного учета оказанных медицинских услуг и формирование реестров счетов, которые являются основанием для счета. Были предприняты попытки организации персонифицированного учета медицинских услуг в разворачиваемой в медицинских организациях медицинским информационно-аналитическим центром (МИАЦ) информационных систем. Однако массовость этой работы и отсутствие у многих медицинских организаций материально-технической базы для ее оперативного развертывания ставило под сомнение возможность оперативного решения этой проблемы.

В конце 2014 года стало очевидно, что в том ритме, который требуется на нынешнем этапе, с теми правилами, которые прописаны на федеральном уровне, у нас никак не получается наладить систему. Нам нужно было переходить на новые форматы, новые системы, усложнить и расширить систему, форсировать работу. Эта задача при имеющихся условиях оказалась невыполнимой.

По инициативе нашего руководства, в лице директора Денилбека Абдулазизова, было решено развернуть мощную информационную систему (ИС) ТФОМС «процессинговый центр» – инструмент для обработки поступающих от медучреждений информационных потоков на основе современных web-технологий.

Процессинговый центр – это универсальный, многофункциональный «инструмент», который предусматривает все рабочие процессы ИС ТФОМС, автоматизация многих процессов, формирование любых отчетов, любого уровня. Внедрение системы велось модульно. На первом этапе, еще два года назад, был развернут модуль ведения межтерриториальных взаиморасчетов. Далее был развернут модуль мониторинга госпитализации. И уже с начала 2015 года – модуль ведения персонифицированного учета

медицинских услуг, модуль ведения нормативно-справочной информации (НСИ) и модуль ведения экспертиз.

Прежде чем остановить выбор на определенном разработчике, мы изучали IT-рынок в здравоохранении, каждый год участвовали на выставках «Medsoft» в Москве и следили за IT-рынком, привозили продукты, изучали сайты. Рынок IT-решений для медицинских организаций достаточно велик. Однако немногие IT-компании пишут для ТФОМС.

В конце 2014 года с целью подстраховки на случай оперативной адаптации информационных систем под новые требования, которые намечались на 2015 год, было решено развернуть в лечебных учреждениях дополнительный новый относительно легкий программный продукт, который решал бы одну из задач, а именно учет медицинских услуг и формирование реестров лицевых счетов.

Задача состояла в том, чтобы быстро распространить инструмент, который будет выработать этот файл, исходя с первичных документов врачебных учреждений. Для поликлиник – это талон амбулаторного пациента, а для стационара – карта выписавшего из стационара. То есть те документы, где фиксируется случай, код лечения, код болезни, дата лечения, цель обращения и т.д. Это должен был быть лёгкий, доступный, удобный программный продукт, который бы не требовал интернета, чтобы его мог заносить оператор среднего уровня, то есть простой, интуитивно понятный инструмент. И, главное, чтобы он не стал бременем и нагрузкой для больниц и не отвлекал врача, который должен лечить, а не сидеть над документами.

Времени было действительно мало, мы рисковали потерять подходящий случай. Как правило, разработчики сопровождают программные продукты в течение одного года. Мы не могли допустить, чтобы работы по развертыванию «процессингового центра» были приостановлены на пару лет, и чтобы хаос в системе информационного взаимодействия продолжался.

Кроме того, в системе ОМС готовились к созданию единого информационного ресурса с использованием стандартных региональных информационных ресурсов (аналогичных ресурсу застрахованного населения).

Уже в декабре 2014 года мы основательно взялись за эту работу, написали техническое задание, выбрали людей, которые могут это быстро и эффективно сделать. В середине января 2015 года у нас уже была готова первая версия программного продукта для медицинских учреждений. 19-20 января мы провели семинар для операторов всех лечебных учреждений, продемонстрировали, как установить программу, как вносить данные, приложили подробную инструкцию на 20-30 страницах (руководство администратора, руководство пользователя), отдали всем дистрибутив.

Был дан старт второму этапу модернизации системы



информационного взаимодействия. Надо признать, что не всё сразу гладко пошло.

Команда из 4 человек и день и ночь сидели на телефонах, отвечая на вопросы, возникающие у операторов лечебных учреждений. Естественно, с первого раза в программном продукте мы не смогли всё предусмотреть, мы не знали, насколько специфичные моменты в здравоохранении могут встречаться. Мы – работники технической, информационной службы, врачебной практики у нас не было, и мы столкнулись с разнообразием деятельности медицинских учреждений. Такими как, например, онкологические больницы, которые повторно ходят, получают химиотерапию, одни и те же услуги (а по программе одна и та же услуга два раза не должна повторяться, так как она фиксируется как дубль – неправильный ввод). Или гемодиализ, или работа фельдшерско-акушерских пунктов, или диспансеризация (первый, второй, этапы), медицинские осмотры детей.

Все эти медицинские манипуляции имели специфические особенности и требовали нестандартных подходов в системе учета услуги, и всё это не должно было пересекаться. Нюансов оказалось действительно много. Мы работали над каждым предложением, каждой ошибкой, всё регистрировалось, привлекали врачей, и в первый месяц мы закрыли практически весь спектр возникавших брешей.

Считаем, что это был настоящий переворот в системе персонализированного учета медицинской помощи. Мы фактически одновременно по всей республике запустили достаточно сложную систему. Были предложения постепенного перехода, но тогда мы получили бы пёструю лоскутную базу, с которой работать было бы гораздо сложнее, поэтому с определенным риском внедрили всё одновременно.

В настоящее время у нас все лечебные учреждения работают с новым программным продуктом, форматы выгрузки соответствуют нормативным документам федерального фонда. Располагая ресурсом, сформированным в соответствии с

современными требованиями и по общепринятым стандартам, мы будем готовы к интеграционным процессам федерального уровня, будем готовы оперативно получать и обрабатывать информацию по разовым нестандартным запросам.

Подводя итоги работы предыдущих нескольких месяцев, мы можем констатировать, что система информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики поднялась на качественно новый уровень.

Сегодня мы уже работаем над тем, чтобы обеспечить максимальную автономность наших информационных систем, уйти от зависимости от внешних IT-разработчиков, минимизировать потребность сопровождения наших программных средств. Мы также работаем над внедрением современных web-технологий

Наша конечная цель – это правильный учёт средств, облегчение работы врача, предоставление населению наиболее комфортных условий в получении медуслуг, сведение к минимуму врачебных ошибок, переход на электронную регистратуру, чтобы в целом вся работа была прозрачной.

То есть, мы стремимся к тому, чтобы привести врачебную систему в максимально правильный, общепринятый формат. Мы должны прийти к тому, что во всём мире принято делать (формирование электронных медицинских карт, различных архивов лабораторных исследований и т.д.), и если мы не будем делать к этому шаги сегодня, то завтра мы будем замыкающимися в таблицах рейтингов.

Увайс Магомадов,

начальник Управления информационного обеспечения ТФОМС Чеченской Республики

МНЕНИЕ

НА ОСТРИЕ МЕДИЦИНЫ

Асланбек Магомадов,
главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи имени У.И. Ханбиева»



Качественная организация медицинского обслуживания населения – это, как мы знаем, один из главных критериев благополучного развития общества и показатель эффективности государственной политики в области здравоохранения.

Чеченская Республика, благодаря постоянному вниманию к вопросу о благосостоянии её народов со стороны Главы региона, Героя России Рамзана Кадырова, уверенно движется вперёд по всем направлениям. В настоящее время идёт интенсивное наращивание жизнеобеспечивающей инфраструктуры, где одним из главных приоритетов остаются вопросы улучшения медицинского обслуживания населения и создания максимальных условий для оказания помощи человеку, страдающему тем или иным недугом.

Под личным контролем Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова постоянно строятся новые учреждения здравоохранения, открываются современные больницы и отделения, идёт их интенсивное оснащение новейшим медицинским оборудованием. Проводятся уникальные операции по опыту врачебной практики мирового уровня.

В 2013 году в рамках реализации майских указов Президента Российской Федерации была разработана и в настоящий момент реализуется программа «Развитие здравоохранения Чеченской Республики 2014-2020 годы», которая утверждена соответствующим постановлением Правительства Чеченской Республики. Данная программа предполагает нацеленность основных усилий медицинской отрасли нашего региона на снижение показателей смертности от предотвратимых причин. Так, в структуре причин общей смертности населения ведущую роль играют следующие классы заболеваний: болезни системы кровообращения – 55,7%, новообразования – 16,2%, несчастные случаи, травмы, отравления – 4,3% от числа всех случаев.

В этой связи хочу напомнить, что для внедрения первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний,

совершенствования оказания медицинской помощи больным с сосудистыми поражениями головного мозга и сердца, снижения заболеваемости населения, инвалидизации и смертности, вследствие их осложнений на базе Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи (о которой подробнее речь пойдёт чуть ниже) создан и успешно функционирует Региональный сосудистый центр.

Снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий в республике, в первую очередь, достигается путём реализации мер, инициированных Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Ахматовичем Кадыровым, а также республиканской программы «Совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим при ДТП». Вместе с тем для лечения пострадавших в ДТП в республике организованы травмоцентры, в том числе на участке федеральной автомобильной дороги М-29 «Кавказ» и при Республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи.

Если говорить о статистике общей заболеваемости населения Чеченской Республики последних трёх лет, то здесь преобладают болезни органов дыхания, системы кровообращения, болезни мочеполовой системы. Реализуемые региональные и федеральные комплексные мероприятия в социальной сфере позволяют прогнозировать в дальнейшем высокую рождаемость и продолжительность жизни, снижение смертности, а также достижение целевых показателей, предусмотренных «Дорожной картой».

Нужно отметить, что показательным примером активного развития медицинской сферы Чеченской Республики является ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой

медицинской помощи имени У.И. Ханбиева», которой совсем недавно исполнилось 20 лет. Данное медицинское учреждение является одним из крупнейших в регионе по объему оказываемой круглосуточной экстренной медицинской помощи жителям. Подобный многопрофильный медицинский центр в республике был организован в 1995 году на базе городской клинической больницы № 9, так как на тот момент это было наиболее сохранившееся после разрушительных военных действий в г. Грозном здание.

В настоящее время РКБСМП состоит из 22 специализированных отделений, 13 из которых функционируют при оперативных вмешательствах. Ежедневно в отделения больницы госпитализируется от 50 до 60 больных. Стационар одновременно может принять и разместить 535 больных. Здесь круглосуточно оказывают экстренную медицинскую помощь по следующим профилям: общая и гнойная хирургия, травматология, сочетанная травма, нейрохирургия, эндохирургия, сосудистая хирургия, урология, проктология, кардиология, гинекология, челюстно-лицевая хирургия, неврология и др.

В приёмном отделении круглосуточно дежурит бригада из шести врачей: нейрохирург, уролог, терапевт, хирург, травматолог, гинеколог. Именно в этой больнице находится главная хирургическая служба республики. На базе данного лечебного учреждения также организуются семинары и научные конференции, проводятся практические занятия со студентами

медицинского института Чеченского государственного университета. Республиканская клиническая больница является многопрофильным медицинским учреждением, и сюда круглые сутки со всей республики поступают больные, нуждающиеся в срочной помощи. Для их приёма и размещения созданы максимально возможные условия.

Должен отметить, что благодаря пристальному вниманию к данному медицинскому учреждению и в целом всей системе здравоохранения региона со стороны Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова, той поддержке, которую мы всегда видим со стороны Министерства здравоохранения Чеченской Республики (в лице министра Шахида Ахмадова), наша больница имеет практически все возможности для полноценного функционирования (не считая отдельных кадровых вопросов, которые будут затронуты чуть ниже).

Отдельно следует сказать о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, том постоянном внимании, которое им уделяется РКБСМП и скорейшему решению тех вопросов, которые здесь возникают. Учитывая огромную нагрузку на медучреждение, большой поток больных и необходимость оказания им мобильной медицинской помощи, руководитель Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов с особым вниманием относится к деятельности ГБУ «Республиканская клиническая



больница скорой медицинской помощи имени У.И. Ханбиева», и мы фактически никогда не имеем ситуации с нерешёнными вопросами.

В частности, в больнице не возникает проблем с финансовым обеспечением на приобретение лекарственных препаратов. Закупка строго проводится по федеральному законодательству, в котором регламентированы сроки. Нужно отметить, что информатизация и автоматизация учёта лекарственных средств позволяет нам экономить средства на приобретение ненужных лекарств и создаёт прозрачность в обеспечении больного лекарственным препаратом. При содействии Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики мы работаем над тем, чтобы максимально обеспечить лекарствами стационарных больных, и на сегодняшний день у нас есть практически все препараты за редким исключением.

Между тем, наряду с базовым предоставлением бесплатного лечения в настоящее время прорабатывается вопрос оказания платных медицинских услуг. На коммерческой основе планируется сделать 15% от общего объема всех услуг, оказываемых РКБСМП населению в настоящем, что явится большим стимулом и для врачей, которые в свободное от основной работы время в отделении могут принимать больных. Это такие услуги как МРТ, КТ, УЗИ, а также некоторые анализы. Платными услуги станут и для граждан, не имеющих российского гражданства. Такого типа услуги уже практикуются в лечебных учреждениях Урус-Мартана, Гудермеса.

Надо отметить, что на базе ГБУ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи имени У.И. Ханбиева» регулярно проводятся мероприятия по формированию здорового образа



жизни в части обеспечения дальнейшей работы, направленной на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактики алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

Остающаяся актуальной на сегодняшний день проблема – это нехватка квалифицированных кадров в системе здравоохранения. Несмотря на предпринимаемые Министерством здравоохранения Чеченской Республики меры по сохранению кадрового потенциала, повышению его профессионального уровня, оптимизации численности и состава медицинских работников, пока не достигнут необходимый уровень обеспеченности врачами. Данная ситуация, конечно, отражается и на нашей больнице. В настоящее время

в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» Государственной программы Чеченской Республики «Развитие здравоохранения Чеченской Республики на 2014-2020 годы» планируется поэтапное устранение дефицита медицинских кадров и повышение обеспеченности врачами.

Сегодня коллектив больницы составляет более тысячи человек. В их числе 268 врачей, около 500 медицинских сестер и 400 младшего медицинского персонала. Есть опытные врачи с большим стажем работы, зарекомендовавшие себя прекрасными профессионалами своего дела. Это Салман Яндаров, врач-травматолог, заслуженный врач РФ; Саидбек Межидов, хирург, заслуженный врач РФ; Лом-Али Казбеков, заведующий 2-м хирургическим отделением, отличник здравоохранения РФ; Азиз Качаев, заведующий первым хирургическим отделением, отличник здравоохранения ЧР; Мовсар Идалов,



главный нейрохирург Минздрава ЧР; Роман Умаров, врач-нейрохирург; Айна Калаева, врач-терапевт приемно-диагностического отделения; Усман Хунариков, заведующий сосудистым отделением; Шита Хамбиев, заведующий рентгеноэндovasкулярной хирургией; Али Махтиев, врач компьютерной томографии, который консультирует всех врачей по кардиологии; два брата-близнеца, врачи-хирурги Иса и Муса Арсанукаевы; Абдула Гакаев, врач-уролог и др.

Как руководитель я хочу, чтобы весь медицинский персонал относился к своим обязанностям с полной отдачей, чтобы каждый чувствовал свою причастность к постановке на должный уровень всей работы нашей больницы. В неделю один раз я сам лично обхожу все отделения, включая столовую, кухню, санузлы, все палаты. Разговариваю с пациентами, сам наблюдаю, как выполняется больными режим, каково санитарное состояние и т.д. В настоящее время в нашей

больнице произведены строительные работы и отделочные внутренние работы в отделениях, замены системы отопления, строится зал ожидания для сопровождающих лиц на территории больницы. Будет обустроен удобный крытый въезд для машин скорой помощи. Всё это делается в целях создания максимального комфорта для пациентов и посетителей

В числе наших достижений и положительных моментов хочу отметить, что в течение десяти дней, с 7 по 18 сентября этого года, в ГБУ «РКБСМП им. У.И. Ханбиева» прошёл мастер-класс известных докторов из клиники Дюссельдорфа (Германия) под руководством профессора, заведующего кардиологическим отделением Кельм Мальте в составе заведующего отделением реанимации, доктора Вестенфельда Ральфа, докторов Хельхаммер Катарины, Кляйн Катрин и медицинского технологического аналитика Владимира Андриаса.

Программа является важной помощью в освоении высокоспециализированной медицинской помощи для врачей больницы, а также для 40 пациентов, которые были отобраны как нуждающиеся в оказании медицинской помощи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Более 55 пациентов смогли получить бесплатную и высококвалифицированную помощь, в том числе 32 из них с установкой стентов. Как мы знаем, операция на сердце – это очень тонкая и кропотливая работа, связанная со множеством рисков. Профессор досконально объяснил всем участникам мастер-класса, врачам из больницы каждую манипуляцию в процессе оперативного вмешательства, все нюансы. А также после каждой операции профессор Кельм Мальте практиковал её обсуждение с коллегами.

Бесценный опыт передовых специалистов, который получили наши врачи, в дальнейшем для системы здравоохранения Чеченской Республики открывает широкие возможности в плане улучшения качества медицинской помощи. Значение данного мастер-класса сложно переоценить; он крайне важен как для врачей, принимавших в нём участие, так и для пациентов, получивших уникальную возможность избавиться от многолетних болезней, и это самое главное. Хочу добавить, что профессор Кельм Мальте подчеркнул, что чеченские врачи отличаются ответственностью, мотивированностью и грамотным подходом.

Мы стараемся строить медицинское обслуживание населения республики по нарастающей, чтобы каждому, кто нуждается в помощи, она была оказана незамедлительно. И это удается осуществлять, потому что имеем огромную поддержку со стороны руководства республики – в первую очередь, Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова.



ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ЧИТАТЕЛЕЙ от экспертов Электронной системы «Экономика ЛПУ»



КАК ОПРЕДЕЛИТЬ, ДОЛЖНА ЛИ БЫТЬ ОКАЗАНА МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА КОНКРЕТНОМУ ПАЦИЕНТУ, ЕСЛИ В СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧАСТОТА ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ УКАЗАНА МЕНЕЕ ЕДИНИЦЫ?

Стандарт медицинской помощи является медико-экономическим документом, содержащим усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг (ч. 4 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Хотя медицинская организация обязана осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ), медицинские работники обязаны оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями (ч. 2 ст. 73 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Таким образом, решение о предоставлении медицинской



КАК УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС ИЗМЕНЕНИЕ СТОИМОСТИ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА?

услуги находится в усмотрении лечащего врача и определяется наличием соответствующих медицинских показаний у пациента, которые должны быть отражены в медицинской документации.

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный территориальной программой ОМС, является усредненным показателем и учитывает затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом в течение года.

Медицинские организации резервируют средства, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС, и используют их в течение года, исходя из потребности в них в пределах общего объема финансового обеспечения, установленного территориальной программой ОМС.



НАСКОЛЬКО ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБВЕНЦИИ В ТФОМС УЧИТЫВАЕТ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ?

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ ограничивает полномочия Российской Федерации и регионов в сфере ОМС. Полномочие Российской Федерации – утвердить базовую программу ОМС, а полномочие субъекта Российской Федерации – реализовать ее непосредственно на территории региона за счет субвенций, предоставляемых Федеральным фондом территориальным фондам.

Отмечу, что сама программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (включая базовую программу ОМС) формируется с учетом особенностей половозрастного состава населения РФ, уровня и структуры заболеваемости. Но программа содержит не только «медицинское» наполнение, но и ее финансовый эквивалент, «оцифрованный», исходя из соответствующих статистических данных по подушевому, организационному и «профильному медицинскому» принципу. Размер субвенции, являющейся финансовым обеспечением базовой программы ОМС, определяется исходя из ее финансового эквивалента.


Эта взаимосвязь отражена и в методике распределения между регионами субвенций на 2013 г. и плановый период 2014-2015 гг. (утвержденной постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462). Она довольно проста: объем субвенций определяется как произведение численности застрахованных по ОМС (по состоянию на 1 апреля года расчета субвенции)

на норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на год расчета субвенции (в 2013 г. – 5942,5 руб.) и коэффициента дифференциации региона.


«Выравнивающая» составляющая изначально предусмотрена законом об ОМС как гарантирующая выполнение обязательств государства – чтобы медицинская помощь на территории всей страны соответствовала уровню, определенному базовой программой ОМС. Коэффициент дифференциации – это также «выравнивающий» показатель, учитывающий не только «северные» районные коэффициенты к заработной плате, надбавки за стаж работы, и уровни средней заработной платы в регионах, но и расчетные уровни индекса бюджетных расходов, которые позволяют учитывать повышенные расходы на предоставление услуг в конкретном регионе в силу особенностей его социально-экономического положения.

Таким образом, размер субвенции увеличивается с учетом «удорожающих факторов», обеспечивая реализацию базовой программы во всех регионах. В соответствии с законодательными нормами, региональные особенности программы ОМС учитываются в территориальных программах, утверждаемых региональными органами государственной власти. Хочу напомнить, что, как и в предыдущие годы, в регионы направлено письмо Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.»

Электронная система «Экономика ЛПУ»



- Проводники по темам
- Разъяснения экспертов
- Вопрос-ответ
- Шаблоны и образцы
- Нормативная база
- Видеосеминары
- Консультации экспертов
- Электронные калькуляторы
- Электронные версии журналов
- Календарь-планировщик



Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru

Ответы на эти и другие вопросы вы сможете получить в системе экспертных рекомендаций «Экономика ЛПУ».

Закажите тестовый доступ к электронной системе для экономистов ЛПУ на www.elpu.ru

ЭСКУЛАП ОТ ХИРУРГИИ

На счету у одного из старейших и лучших чеченских медиков Саидбека Межидова – более 30 тысяч операций



Известный российский психолог Владимир Бехтерев как-то заметил, что «если после разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач». Действительно, мы иногда недооцениваем силу доброго, внимательного и неравнодушного слова, которое зачастую действует на человека как живительный бальзам. Особенно важно, когда оно произносится устами доктора – ведь оно может прозвучать либо приговором, либо послужить спасительным кругом.

дня рождения и 50-я годовщина врачебной деятельности.

Будущий доктор родился 10 января 1940 года в г. Грозном. 23 февраля 1944 года его семья вместе со другими чеченцами была насильственно депортирована. В суровых степях Казахстана и прошли детство и юность Саидбека, которому за эти годы довелось познать все ужасы жизни спецпереселенца – голод, холод, смерть близких и вопиющая несправедливость.

Здесь же, в Лениногорске, от неизвестной болезни умерла мать Саидбека. Глубокое потрясение, вызванное этим драматическим событием, оставило в судьбе мальчика неизгладимый след, именно оно предопределило будущий выбор профессии Саидбеком, который раз и навсегда решил, что обязательно станет врачом и будет помогать людям.

В 1958 году в г. Джамбуле Саидбек с отличием оканчивает среднюю школу. А в 1958-м их семья возвращается на историческую Родину. Вскоре после смерти отца Саидбек всё отчетливее начинает понимать, что для преодоления обрушившихся на его осиротевшую семью трудностей должен усиленно учиться и работать. Конечно, мечта стать врачом ни на минуту не оставляла его. И в 1959 году он поступает на лечебный факультет Северо-Осетинского государственного медицинского института. В 1965 году, получив красный диплом, Саидбек становится специалистом в области хирургии. В этом же году он начинает работать хирургом в Надтеречном районе Чечено-Ингушетии.

Целых семнадцать лет, начиная с 1968-го года, Саидбек

Герой нашей публикации как раз из плеяды тех врачей, которые вместе с мастерством вкладывают в свой труд всю душу. У таких людей есть четкое и непоколебимое осознание: скальпель лечит только тело, истинное же врачевание имеет духовную природу... В этом году у достойнейшего представителя чеченского народа, врача-хирурга Саидбека Абдурахмановича Межидова двойной юбилей – 75-летие со



Межидов бесменно работает ординатором, а с 1980-го года – заведующим хирургическим отделением Республиканской больницы и больницы скорой помощи. Уже в 1990 году его назначают главным хирургом Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

Нужно отметить, что Саидбек Абдурахманович постоянно совершенствует свои знания, проходит повышение квалификации по абдоминальной, торакальной, сосудистой, лазерной хирургии в лучших клиниках Ростова-на-Дону, Москвы, Ленинграда. Он постоянно оказывает хирургическую помощь в период военных кампаний раненым, пострадавшим, больным. Также становится руководителем подготовки врачей-интернов, по совместительству преподаёт в Медицинском колледже г. Грозного.

Говоря о вкладе Саидбека Межидова в развитие медицинской сферы республики, нужно отметить, что за период своей работы он внедрил в практику республиканской больницы лазерную хирургию, операции с применением прецизионной техники, проводил анализ клинико-экономической эффективности применения лазера при различных

заболеваниях, а также организовал специализированную помощь больным с повреждением сосудов.

Здесь же хочется упомянуть о совершенно особенном отношении Саидбека к больным. Наблюдая за его работой, становится очевидно, что у Саидбека Межидова золотые не только руки, но, прежде всего, душа. Являясь хирургом, он, вместе с тем, остаётся мягким, чутким и сострадательным человеком, способным глубоко прочувствовать боль своего пациента, способным мысленно поменяться с ним местами, оказать помощь добрым, искренним словом там, где скальпель уже бессилён.

На сегодняшний день общий врачебный стаж Саидбека Межидова составляет 50 (!) лет. За время своей трудовой деятельности он внёс огромный вклад в становление и развитие хирургической службы Чеченской Республики. Под руководством Саидбека Абдурахмановича подготовлено около 380 хирургов по военно-полевой хирургии, врачей общего профиля и более 400 операционных медицинских сестёр.

За время боевых действий 1994-1999 годов в тяжелейших условиях бомбёжки и артобстрелов в любое время суток



Саидбек Межидов выезжал для оказания неотложной помощи раненым. Благодаря большому профессионализму и огромному опыту С.А. Межидова вернули своё здоровье и трудоспособность многие жители Чеченской Республики. Достаточно сказать, что за весь период своей врачебной деятельности С.А. Межидов сделал более 30 тысяч операций. И сейчас свой богатый трудовой опыт он продолжает щедро передавать молодым специалистам.

Выдающийся вклад С.А. Межидова в развитие здравоохранения Чеченской Республики и России, в целом, его плодотворный труд высоко оценены на республиканском и федеральном уровне. В 1992 году Указом Президента РФ ему присвоено почётное звание «Заслуженный врач Российской Федерации». Он также награждён орденом Кадырова и медалью «За заслуги перед Чеченской Республикой», почётными грамотами Министерства здравоохранения РФ, Главы, Парламента и Правительства Чеченской Республики.

Огромные заслуги С.А. Межидова получили и общественное признание. Высокой оценкой его многолетнего труда стали такие яркие события, как присвоение ему в 2006 году почётного звания «Человек года» и объявление в 2009 году лауреатом премии Интеллектуального центра Чеченской Республики в номинации «Здравоохранение» с вручением диплома и символа «Серебряная сова».

В 2008 году Саидбек Межидов был избран депутатом Парламента Чеченской Республики второго созыва, он являлся членом Комитета по вопросам социальной политики, в котором

курировал сферу медицины. За время работы в высшем законодательном органе он подготовил и инициировал целый ряд законопроектов (в том числе о льготах для медработников), направленных на совершенствование и дальнейшее развитие системы здравоохранения региона. Также, будучи депутатом, проводил регулярные встречи с избирателями, оказывал активное содействие в решении поднимаемых ими проблем.

В настоящее время Саидбек Межидов продолжает работать в г. Грозном, в Республиканской клинической больнице скорой медицинской помощи им. У.И. Ханбиева, являясь практикующим хирургом, врачом высшей категории.

...Вне всяких сомнений, богатая, яркая, исключительная биография такого замечательного хирурга, как Саидбек Межидов, послужит путеводной звездой для нынешних и последующих поколений чеченских медиков, она является подлинным эталоном того, каким действительно должен быть человек, наделённый полномочиями великой, доброй и вечной профессии Врач.

Редакция журнала «Обязательное медицинское страхование» выражает С.А. Межидову от имени всех своих читателей и огромной армии его пациентов большую благодарность за его многолетний добросовестный труд. От души поздравляем Саидбека Абдурахмановича с 75-летием и 50-летием трудовой деятельности! Желаем ему долгих счастливых лет жизни, поменьше новых пациентов и побольше радостных мгновений!

ОБОБЩЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Министерством здравоохранения Российской Федерации обобщены результаты социологических опросов, проведенных ведущими организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения, по теме здравоохранения.

Результаты социологических опросов, проведенных в 2014–2015 годах, в целом показывают позитивную динамику удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением.

Так, наиболее репрезентативное по выборке исследование Службой специальной связи и информации ФСО России, охватывающее ежегодно до 90 тысяч респондентов из всех регионов страны, показывает **исторический максимум удовлетворенности населения медицинской помощью** в марте–июле 2015 года – 40,4% (по сравнению с 2006 годом – повышение на 10,4%, по сравнению с 2012 – на 5%) (рис.1).

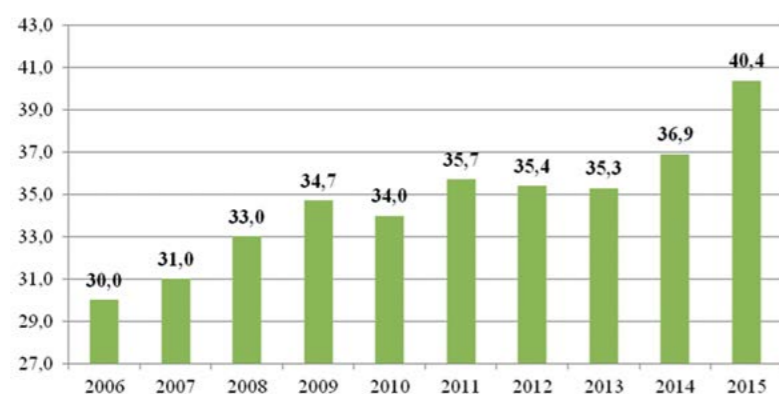


Рис. 1. Динамика удовлетворенности населения Российской Федерации медицинской помощью (в %)

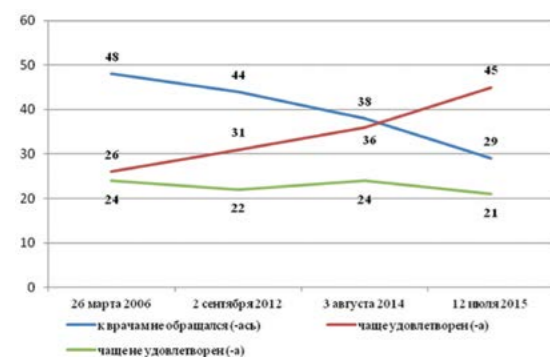


Рис. 2. Удовлетворенность качеством медицинской помощи (% от всех опрошенных)

При этом удовлетворенность работой участкового врача повысилась до 46,6% (в 2012 – 41,9%), скорой помощью – до 44,6% (в 2012 – 40,9%), врачами – специалистами в амбулаторном звене – до 37,6% (в 2012 – 32%), стационарной помощью – до 32,9% (в 2012 – 26,7%). Однако выявлены существенные различия между регионами – от максимальной удовлетворенности в 61,5%, до минимальной в 22,6%.

Эти результаты в целом подтверждает опрос, проведенный в июле 2015 г. фондом «Общественное мнение» (53 субъекта, 1500 респондентов): **увеличение доли населения, удовлетворенного медицинской помощью**, составило 45% по сравнению с 26% в 2006 году и 31% в 2012 году (рис. 2).

Число лиц, плохо оценивающих ситуацию в здравоохранении, сократилось с 58% в 2006 и 2011 годах до 32% в 2015 (рис. 3).

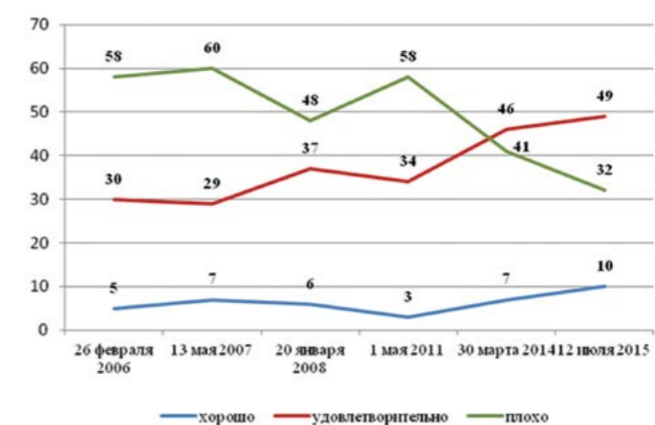


Рис. 3. Оценка ситуации в российском здравоохранении (% от всех опрошенных)

Важно отметить, что данная тенденция характеризует не только города, но и сельскую местность (рис. 4).

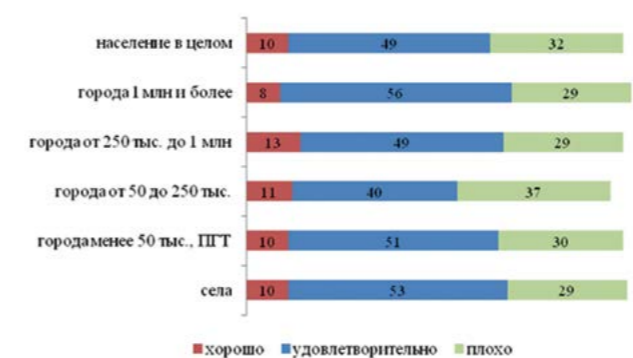


Рис. 4. Оценка ситуации в российском здравоохранении зависимости от места проживания (% от всех опрошенных)

Одновременно с этим существенно выросло доверие к государственным медицинским учреждениям (с 52% в 2012 году до 65% в 2015), в них в 2015 году обращаются 81% населения (рис. 5).

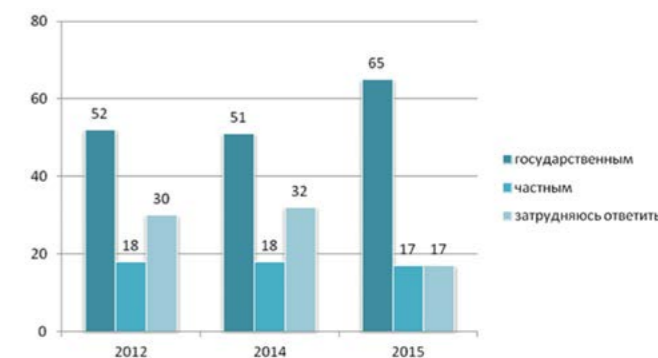


Рис. 5. Каким медицинским учреждениям Вы доверяете больше - государственным или частным (% от всех опрошенных)

Позитивные изменения в работе больниц и поликлиник за последний год увидели также 42 % опрошенных Левада-центром в конце 2014 года. 48 % населения уверены в том, что ситуация в российском здравоохранении улучшится.

Позитивная оценка перемен в больницах и поликлиниках сопровождается **высокой удовлетворенностью результатами оказанной помощи**: амбулаторной – 78%, стационарной помощи – 82%, диагностическими обследованиями – 91%, стоматологической помощи – 93%.

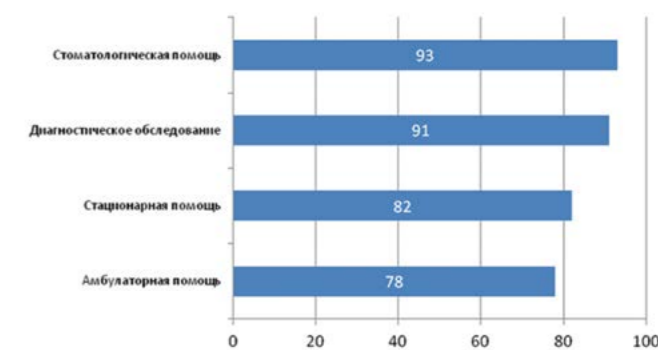


Рис. 6. Общая оценка изменения работы больниц, поликлиник за последний год (% от всех опрошенных)

Граждане в целом высоко оценивают доступность медицинской помощи. По данным исследования, проведенного компанией S-media совместно с Национальной медицинской палатой,

88,4% населения положительно оценивают транспортную доступность амбулаторно-поликлинической помощи (шаговой доступности или менее 30 минут транспортом) (рис. 7).

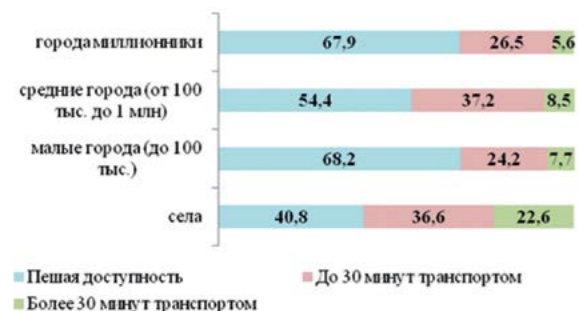


Рис. 7. Транспортная доступность амбулаторно-поликлинических медицинских организаций в зависимости от места проживания (% от всех опрошенных)

При этом больше половины населения (55%), по оценке Левада-центра, из населенных пунктов всех типов, включая сельскую местность, высказываются в пользу качества медицинской помощи, даже в случае, если ради ее получения придется ехать в достаточно удаленные районы или другие населенные пункты. Территориальная доступность оказалась важнее для 38% респондентов (рис. 8).

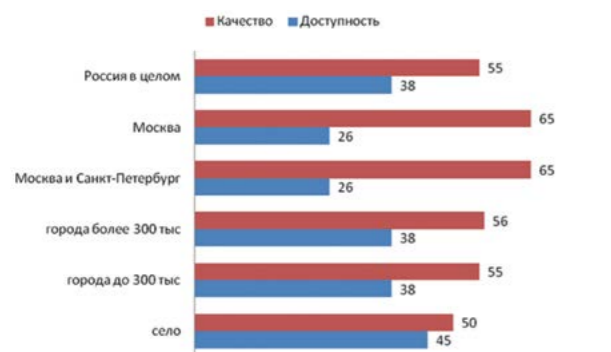


Рис. 8. Предпочтения «качество vs доступность» у жителей разных типов населенных пунктов (в % от числа живущих там респондентов, N = 4500 чел.)

Длительность ожидания медицинской помощи в подавляющем большинстве случаев соответствует установленным регламентным срокам. Так, по данным исследования Национальной медицинской палаты, более 80 % плановых госпитализаций осуществляются в пределах двух недель (рис. 9).



Рис. 9. Длительность ожидания госпитализации (% от всех опрошенных)

Отдельного внимания заслуживает тема платы за медицинскую помощь. По данным Левада-центра, подавляющее большинство пациентов не платили за медицинскую помощь во время последнего посещения (рис. 10).

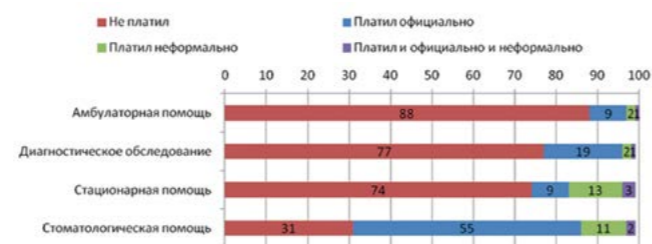


Рис. 10. Оплата медицинской помощи во время последнего посещения (% от всех опрошенных)

Аналогичные данные содержатся в исследовании, проведенном компанией S-media при поддержке Национальной медицинской палаты: 86,6 % пациентов не платили за медицинскую помощь во время последнего визита (рис. 11).

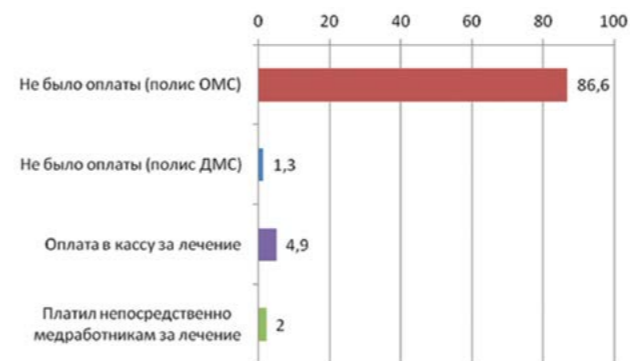


Рис. 11. Оплата медицинской помощи во время последнего посещения (% от всех опрошенных)

При этом если говорить об опыте оплаты в целом, то, по данным ФОМ, 46% такой опыт за последний год имели. При этом доля тех, кто платил официально, увеличилась (рис. 12).

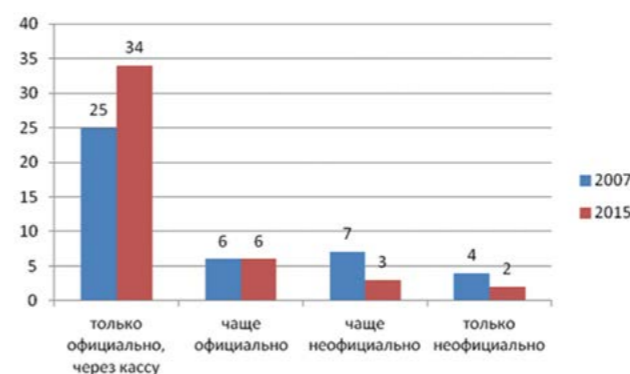


Рис. 12. Оплата медицинской помощи (% от всех опрошенных)

Важно отметить также, что повысилась и самооценка населением своего здоровья. Число оценивающих здоровье хорошо увеличилось с 26% в 2011 году до 38% в 2015, тогда как число оценивающих плохо – снизилось с 22 до 13% (рис. 13).

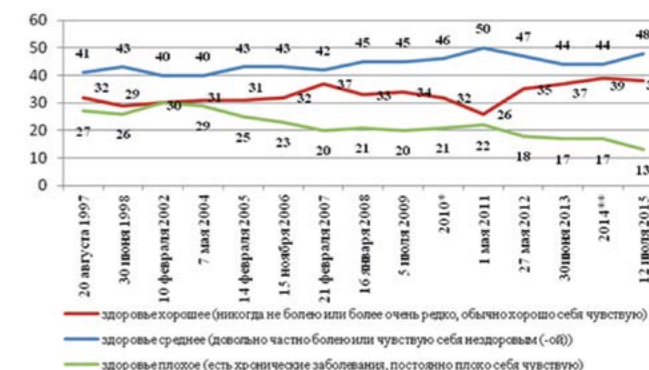


Рис. 13. Самооценка состояния своего здоровья (% от всех опрошенных)

На 20% по сравнению с 2008 годом выросло число людей, следящих за своим здоровьем (рис. 14).

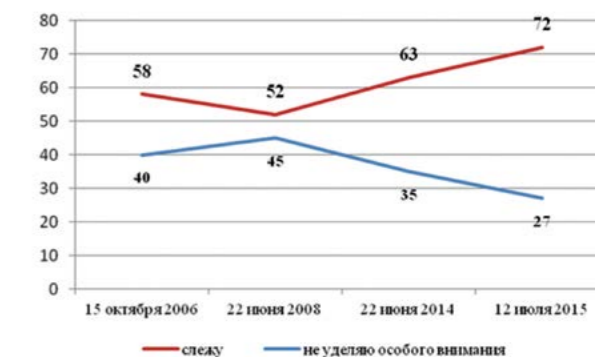


Рис. 14. Доля лиц, ответственных за свое здоровье (% от всех опрошенных)

Таким образом, выявлены определенные положительные тенденции в оценке населением системы здравоохранения и оказания медицинской помощи.

Вместе с тем существующие межрегиональные различия подчеркивают значительные резервы для дальнейшего совершенствования системы. Повышение ответственности россиян за свое здоровье и продолжение предпринимаемых государством мер по повышению качества и доступности медицинской помощи являются надежной основой для дальнейшего увеличения удовлетворенности населения российской медициной.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОМС. ТАРИФЫ. *Разъяснения экспертов*



ЖЕЛЕЗНЯКОВА И.А.,
заместитель начальника финансово-экономического управления
Федерального Фонда ОМС

КАК УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС ИЗМЕНЕНИЕ СТОИМОСТИ КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА?

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный территориальной программой ОМС, является усредненным показателем и учитывает затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом в течение года.

Медицинские организации резервируют средства, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС, и используют их в течение года, исходя из потребности в них в пределах общего объема финансового обеспечения, установленного территориальной программой ОМС

УЧИТЫВАЮТСЯ ЛИ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС ЗАТРАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА УПЛАТУ НАЛОГОВ?

На основании ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010

№ 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за счет средств ОМС, определяется базовой программой ОМС и включает в себя в том числе прочие расходы.

В соответствии с Приказом Минфина РФ от 21.12.2012 № 171н в состав группы 200 «Расходы» ст. 290 «Прочие расходы» включены расходы на:

- уплату налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, разного рода платежей в бюджеты всех уровней:
 - налога на добавленную стоимость и налога на прибыль (в части обязательств государственных (муниципальных) казенных учреждений);
 - налога на имущество;
 - земельного налога, в том числе в период строительства объекта;
 - транспортного налога;
 - плату за загрязнение окружающей среды;
 - государственных пошлин и сборов в установленных законодательством случаях;
 - погашение задолженности по налогам, в том числе организацией-правопреемником;
 - уплату штрафов, пеней за несвоевременную уплату налогов и сборов, оплата санкций за несвоевременную уплату поставки товаров, работ, услуг, других экономических санкций.

Таким образом, финансовое обеспечение расходов на уплату налогов осуществляется за счет средств ОМС в соответствии со структурой тарифа, установленной территориальной программой ОМС.



УЧИТЫВАЕТСЯ ЛИ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС АМОРТИЗАЦИЯ ОБОРУДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМОГО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НО НЕ УКАЗАННОГО В СТАНДАРТЕ ОСНАЩЕНИЯ?

Согласно ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ 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 ОМС (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н) и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

В соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи в расчет тарифов включаются затраты на амортизацию оборудования, используемого в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации

(ее структурного подразделения) медицинским оборудованием.

Ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ определено, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Оснащение оборудованием осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным в Порядках оказания медицинской помощи населению.

Таким образом, при расчете тарифов целесообразно учитывать амортизацию оборудования, предусмотренного порядками оказания медицинской помощи.

УЧИТЫВАЮТСЯ ЛИ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС ЗАТРАТЫ НА МЕДИКАМЕНТЫ, НЕ ВХОДЯЩИЕ В СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

На основании ч. 4 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты и применения медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, а также иные усредненные показатели, учитывающие особенности конкретного заболевания (состояния).

В соответствии с Письмом Минздрава РФ от 30.04.2013 № 13-2/10/2-3113 превышение усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи, допускается при условии наличия медицинских показаний с учетом индивидуальных особенностей пациента, особенностей течения заболевания, по назначению лечащего врача.

Кроме того, при наличии показаний и по результатам лабораторных и инструментальных исследований могут проводиться дополнительные диагностические исследования, не включенные в стандарт. В целях обеспечения безопасности медицинской помощи, при развитии конкурирующего, фонового или сопутствующего заболевания, лечение данного заболевания осуществляется, исключая дублирование медицинских услуг.

Стандарты медицинской помощи содержат перечень лекарственных препаратов по международному непатентованному наименованию, а также указание средних доз применения лекарственного средства, что позволяет формировать заявки медицинских организаций



на приобретение препаратов с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Учитывая изложенное, медицинская организация при оказании медицинской помощи рекомендует осуществлять планирование применения лекарственных препаратов (по торговым наименованиям), входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также иных необходимых для профилактики, диагностики и лечения лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с учетом потребностей граждан в бесплатной медицинской помощи за счет средств, предусмотренных на финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий, в том числе территориальных программ ОМС.

КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС ЦЕНА МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАПАСОВ, ПОТРЕБЛЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Согласно ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ 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 (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н) и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Перечень расходов, относящихся к материальным запасам, определен классификацией операций сектора государственного управления, утвержденной Приказом

Минфина РФ от 21.12.2012 № 171н в составе группы 300 «Поступление нефинансовых активов» ст. 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

В соответствии с п.158.5 Правил ОМС, затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

ПОТРЕБЛЕНИЕ КАКИХ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАПАСОВ УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС?

Перечень расходов, относящихся к материальным запасам, определен классификацией операций сектора государственного управления, утвержденной Приказом Минфина РФ от 21.12.2012 № 171н в составе группы 300 «Поступление нефинансовых активов» ст. 340 «Увеличение стоимости материальных запасов».

К данной статье относятся расходы по оплате договоров на приобретение (изготовление) объектов, относящихся к материальным запасам, в том числе:

- медикаментов и перевязочных средств;
- медицинской техники, вживляемой в организм пациента;
- продуктов питания;
- горюче-смазочных материалов;
- строительных материалов;
- мягкого инвентаря, в том числе, имущества, функционально ориентированного на охрану труда и технику безопасности, гражданскую оборону (специальной одежды, специальной обуви и предохранительных приспособлений (комбинезонов, костюмов, курток, брюк, халатов, полушубков, тулупов, различной обуви, рукавиц, очков, шлемов, противогазов, респираторов, других видов специальной одежды);
- запасных и (или) составных частей для машин, оборудования, оргтехники, вычислительной техники, систем телекоммуникаций и локальных вычислительных сетей, систем передачи и отображения информации, защиты информации, информационно-вычислительных систем, средств связи и т.п.;
- кухонного инвентаря;

- приобретение бланочной продукции (за исключением бланков строгой отчетности); другие аналогичные расходы.

КАКОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЗАПАСОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС: ФАКТИЧЕСКОЕ ИЛИ НОРМИРОВАННОЕ?

На основании ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за счет средств ОМС, определяется базовой программой ОМС и включает в себя расходы на приобретение материальных запасов.

Согласно ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ 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 ОМС (утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н), и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.



В соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, затраты на материальные запасы включаются в состав тарифа в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания.

Затраты на материальные запасы определяются исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении и включают в себя затраты на приобретение материальных запасов, непосредственно используемых для оказания медицинской помощи (медицинской услуги) (п.158.5 Правил ОМС).

КАКАЯ ПЕРИОДИЧНОСТЬ И СТОИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПЕРСОНАЛА (МЕДИЦИНСКОГО И НЕМЕДИЦИНСКОГО) УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ РАСЧЕТЕ ТАРИФОВ ОМС?

Ч. 4 ст. 196 ТК РФ 197-ФЗ установлено, что в случаях, предусмотренных федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, работодатель обязан проводить повышение квалификации работников, если это является условием выполнения работниками определенных видов деятельности.

В соответствии со ст. 72, 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе на профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством РФ, а медицинская организация обязана обеспечивать профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации медицинских работников.

Сроки повышения квалификации определяются Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, установленными Приказом Минздравсоцразвития РФ от 07.07.2009 № 415н, не реже, чем один раз в пять лет. Конкретные сроки проведения повышения квалификации работодатель может устанавливать самостоятельно. Работодатель обязан обеспечить повышение

квалификации в сроки, необходимые для получения и продления сертификата специалиста медицинским работником.

Стоимость повышения квалификации включена в тариф ОМС и ограничена значением норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в субъекте РФ.

КАКИМ ОБРАЗОМ ФИНАНСИРУЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ПРЕБЫВАНИЕ БОЛЬНЫХ В ОТДЕЛЕНИЯХ СЕСТРИНСКОГО УХОДА?

В соответствии с Программой, утвержденной постановлением Правительства РФ от 18.10.2013г. № 932, пребывание больных в больницах сестринского ухода, отнесено к оказанию паллиативной медицинской помощи и осуществляется бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г.г.

Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов субъектов РФ (выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) в соответствии с ч. 4 ст. 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и письмом Минздрава РФ от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 г. (утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932), установлены средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. В расчете на 1 койко-день в медицинских организациях (структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) они составляют (за счет средств соответствующих бюджетов) на 2013 г. - 1537,1 руб., на 2014 г. - 1654,3 рубля, на 2015 г. - 2137 рублей, на 2016 г. - 2228,9 руб..

Ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ допускается установление территориальной программой ОМС дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, превышающих аналогичные параметры, установленные базовой Программой ОМС. При этом финансовое обеспечение дополнительного перечня



страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи осуществляется за счет платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет территориального фонда.

Таким образом, финансирование за счет средств ОМС пребывания больных в больницах сестринского ухода допускается при включении паллиативной помощи в территориальную программу ОМС и дополнительных платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет территориального фонда.

УЧИТЫВАЕТСЯ ЛИ ПРИ РАСЧЕТЕ СРЕДНИХ ПОДУШЕВЫХ НОРМАТИВОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС ТОЛЬКО НАСЕЛЕНИЕ, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ В СУБЪЕКТЕ РФ ИЛИ (И) ВРЕМЕННО ПРОЖИВАЮЩЕЕ?

В соответствии с Письмом Минздрава РФ от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 установленные программой средние подушевые нормативы финансирования определены, исходя из средних нормативов объема медицинской помощи в расчете на 1 жителя (застрахованное лицо) и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи без учета влияния районных коэффициентов.

Для определения объемов по территориальной программе ОМС используется величина норматива объема предоставления медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 апреля предыдущего года.



Таким образом, при расчете средних подушевых нормативов финансирования территориальной программы ОМС учитывается численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации, которым выдан полис ОМС.

МОЖЕТ ЛИ КОРРЕКТИРОВАТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НОРМАТИВ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОМС, В СЛУЧАЕ НЕДОСТАТКА СРЕДСТВ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА?

Ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ допускается, что норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС норматив ее финансового обеспечения в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, установления дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, превышающих аналогичные параметры, установленные базовой Программой ОМС.

При этом в бюджет территориального фонда уплачивается сумма, равная разнице между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом

финансового обеспечения базовой Программы ОМС. Плательщиком выступает субъект РФ.

Территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи устанавливается в соответствии с базовой программой ОМС. При этом стоимость утвержденной территориальной программы не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда. При изменении размера бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленного законом о бюджете территориального фонда ОМС, норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи может корректироваться.

МОЖЕТ ЛИ НОРМАТИВ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА КОНКРЕТНОГО ВИДА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УСТАНОВЛЕННЫЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММОЙ ОМС, БЫТЬ НИЖЕ, ЧЕМ УСТАНОВЛЕННЫЙ БАЗОВОЙ ПРОГРАММОЙ ОМС?

В соответствии со ст. 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой

программой ОМС.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 годов, утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932, определены средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования.

Письмом Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309 предусмотрена методика корректировки нормативов объема медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, учитывающая особенности субъекта РФ.

Учитывая, что стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда, норматив финансовых затрат может лишь незначительно корректироваться (в большую или в меньшую сторону).

УЧТЕНЫ ЛИ В НОРМАТИВЕ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАТРАТЫ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ?

В соответствии с Письмом Минздрава РФ от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров планирования семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики осуществляется за счет средств ОМС.

При этом объемы оказанной первичной медико-санитарной помощи подлежат учету, контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, экспертизе качества медицинской помощи) и оплате в соответствии с тарифами и способами оплаты данного вида медицинской помощи, принятыми в рамках тарифного



соглашения, действующего на территории субъекта РФ.

Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья гражданам, не застрахованным по ОМС, осуществляется в соответствии с законодательством РФ за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

УЧТЕНЫ ЛИ В НОРМАТИВЕ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАТРАТЫ НА ВЫЕЗДЫ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

В соответствии с методикой расчета тарифов в расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации, но не связанные с процессом оказания медицинской помощи.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг., утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932, установлены средние нормативы объема скорой медицинской помощи (0,318 вызова на 1 жителя) и средний норматив финансовых затрат на один вызов за счет средств ОМС (1507,4 руб.).

Норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, установленный территориальной программой ОМС, является усредненным показателем и учитывает затраты на любые выезды в соответствии с установленным нормативом объема скорой медицинской помощи.



ИЗ КАКОГО ИСТОЧНИКА ДОЛЖНЫ КОМПЕНСИРОВАТЬСЯ ЗАТРАТЫ НА ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НЕ ЗАСТРАХОВАННЫМ ПО ОМС?

В соответствии с ч. 2 ст. 11 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932, объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

Субъект РФ или муниципальное образование должны предусмотреть в своем бюджете средства на эти цели и установить порядок возмещения расходов на оказание

экстренной помощи незастрахованным гражданам.

ИЗ КАКОГО ИСТОЧНИКА ДОЛЖНЫ КОМПЕНСИРОВАТЬСЯ ФАКТИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕВЫШАЮЩИЕ УСТАНОВЛЕННЫЙ НОРМАТИВ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ?

Согласно ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ медицинские организации имеют право получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС и в иных случаях, предусмотренных Федеральным законом.

Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленный территориальной программой ОМС, является усредненным показателем и учитывает затраты, необходимые для оказания медицинской помощи и обеспечения деятельности медицинской организации в целом в течение года.

Медицинские организации аккумулируют средства, полученные за оказанную медицинскую помощь в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС, и используют их в течение года, исходя из потребности в них в пределах общего объема финансового обеспечения, установленного территориальной программой ОМС.

Фактические расходы на оказание медицинской помощи, превышающие установленный норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по территориальной программе могут компенсироваться за счет собственных средств медицинской организации (при их наличии).

КАКИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ ИСПОЛЮЮТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НОРМАТИВОВ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ОМС?

В соответствии с Письмом Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 для определения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления

медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС необходимо провести коррекцию путем умножения величины соответствующих средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям ее оказания за счет средств ОМС, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов на величину коэффициента дифференциации.

Например, стоимость одного койко-дня в субъекте Российской Федерации с районным коэффициентом 1,1700 составит: 1657 руб. x 1,1700 = 1938,7 руб.

При расчете используются также относительные коэффициенты стоимости медицинской помощи по основным профилям медицинской помощи (специальностям) согласно рекомендациям Минздрава России по способам оплаты медицинской помощи.

ДЛЯ ЧЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ И КАК РАССЧИТЫВАЕТСЯ КОЭФФИЦИЕНТ УДОРОЖАНИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОМС?

В соответствии со ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС устанавливается в базовой программе обязательного медицинского страхования, утверждаемой Правительством РФ.

В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг., частью которой является базовая программа ОМС (утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932), указано, что средние подушевые нормативы финансирования устанавливаются органом государственной власти субъекта РФ исходя из средних нормативов объема медицинской помощи (р. V Программы) и средних нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи (р. VI Программы) с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг устанавливается ежегодно Федеральным законом о бюджете федерального фонда ОМС (на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. - Федеральным законом от 02.12.2013 № 321-ФЗ), для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания



которой установлены базовой программой ОМС.

Согласно ст. 6 Федерального закона от 02.12.2013 № 321-ФЗ, на 2014 г. коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг установлен в размере, равном 1,0.



МОЖЕТ ЛИ ОПЛАЧИВАТЬСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ?



ПЕЧЕРЕЙ И.О.,
канд. мед. наук, доцент каф. судебной
медицины и медицинского права
ГБОУ ВПО «МГМСУ
им. А.И. Евдокимова»

В соответствии с п.п. 3 п. 1 ст. 8 Федерального закона от 24.07.1998 № 125-ФЗ обеспечение по обязательному социальному страхованию осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, в т.ч. на лечение застрахованного, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

Условия, размеры и порядок оплаты расходов на лечение застрахованных лиц определены Положением об оплате дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованных лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утв. Постановлением Правительства РФ от 15.05.2006 № 286.

Согласно п.п. «а» п. 2 р. I и р. II Положения дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица включают в себя расходы на лечение застрахованного лица, осуществляемое на территории РФ непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности.

Согласно п. 4 р. I Положения оплата дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию застрахованного лица производится страховщиком за счет средств, предусмотренных на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (Письмо ФФОМС от 3.03.2010 № 427/30-4).

КАК РАССЧИТАТЬ СТОИМОСТЬ ВЫЗОВА БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

ЭКСПЕРТНАЯ ГРУППА ИНФОРМАЦИОННОГО ЦЕНТРА «МЦФЭР-МЕДИЦИНА»

Скорая медицинская помощь предоставляется гражданам бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932. При этом финансирование медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС (п. 1 ч. 5 ст. 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Организация деятельности по оказанию скорой медицинской помощи имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при расчетах стоимостных показателей вызова. Представляется необходимым учитывать фактическое количество вызовов, состав и специализацию бригад, обслуживающий персонал, затраченное на вызов время и т.п.

Так, профессором В.М.Шиповой предложен ряд формул по расчету стоимости вызова бригады скорой медицинской помощи:

1. Общий размер стоимости вызова скорой медицинской помощи (W):

$$W = (V_{осн} + V_{обсл}) \times (1 + f) + M + R + J + K,$$

где $V_{осн}$ - оплата труда основного персонала с начислениями

$V_{обсл}$ - оплата труда персонала обслуживания с начислениями;

f - коэффициент накладных расходов;

M - расходы на медикаменты;

R - расходы на амортизацию оборудования;

J - расходы на мягкий инвентарь;

K - коммунальные и прочие расходы (включая транспортные).

2. Расходы на оплату труда:

2.1. Выездной бригады

$$V_{осн} = (S_{вр} / B_{вр} + S_{ср} / B_{ср} \times d_{ср} + S_{мл} / B_{мл} + S_{вод} / B_{вод}) \times t \times (1 + k_{ож}),$$

где $S_{вр}$, $S_{ср}$, $S_{мл}$, $S_{вод}$ - годовой фонд оплаты труда с начислениями должности врача, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала, водителя;

$B_{вр}$, $B_{ср}$, $B_{мл}$, $B_{вод}$ - годовой бюджет рабочего времени должности врача, среднего медицинского персонала, младшего медицинского персонала, водителя;

$d_{ср}$ - нормативное число среднего медицинского персонала в бригаде;

t - среднее время выполнения вызова (с затратами на дорогу);

$k_{ож}$ - коэффициент ожидания вызова.

Коэффициент ожидания вызова рассчитывается по формуле:

$$K_{ож} = ((24 \times 365 - (t \times b)) / (24 \times 365)),$$

где t - среднее время выполнения вызова (вместе с затратами на дорогу);

b - число обслуженных бригадой вызовов в течение года.

2.2. Обслуживающего персонала

$$V_{обсл} = V_{осн} \times (1 + k_{обсл}),$$

где $k_{обсл}$ - коэффициент отношения оплаты труда должностей персонала обслуживания к оплате труда должностей основного персонала.

3. Расходы на медикаменты.

$$M_{заб} = \sum (c_i \times N_{ei}),$$

где c_i - цена разовой дозы (или упаковки при несовпадении разовой дозы и упаковки);

N_{ei} - частота назначения при данном заболевании.

Для определения общих расходов на лекарственные средства по станции «Скорой помощи» с учетом стандартов (М) и сравнения этих данных с фактическими расходами проводится расчет с учетом затрат на лекарственные препараты по каждому заболеванию и структуры этих заболеваний в общем числе вызовов по формуле:

$$M_{станд} = \sum (M_{заб} \times y_i / 100),$$

где y_i - удельный вес заболевания в структуре вызовов.

ЧТО ТАКОЕ ПОЛНЫЙ ТАРИФ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС?

ШАМШУРИНА Н.Г. Д-Р ЭКОН. НАУК, ПРОФ.

КАФЕДРЫ СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ, ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГБОУ ВПО «ПЕРВЫЙ МГМУ ИМ. И.М. СЕЧЕНОВА»

В соответствии со ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются по методике расчета тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе правил ОМС (утв. приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н), и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Структура тарифа включает в себя расходы:

- на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;
- на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, реактивов и химикатов, медицинского инструментария;
- на приобретение мягкого инвентаря, прочих

материальных запасов;

- на приобретение продуктов питания, на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, на арендную плату за пользование имуществом;
- на оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы;
- на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

Поскольку указанные расходы медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, являются суммой прямых и косвенных затрат, такой тариф получил название «полного» и превратился в цену медицинской услуги, равную себестоимости, но не содержащую прибыль.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 годов (утв. Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932) величина тарифа отражается в таком расчетном показателе, как средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2014 г. составляют:

- на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств ОМС - 1507,4 руб.;



- на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (далее - соответствующие бюджеты) - 360 руб., за счет средств ОМС - 318,4 руб.;

- на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов - 1044 руб., за счет средств ОМС - 932,8 руб.;

- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС - 407,6 руб.;

- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов 559,4 руб., за счет средств ОМС - 1227,9 руб.;

- на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств ОМС - 113109 руб.;

- на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов - 61732,8 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования - 19186,2

руб.;

- на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования - 1293,8 руб.;

- на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов - 1654,3 руб.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются соглашением между уполномоченным государственным органом субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников и формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи.

К сожалению, во многих субъектах РФ тарифы не достигают установленных средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, что свидетельствует о сохраняющемся дефиците финансовых ресурсов.

Новости



Путин подписал перечень поручений по вопросам здравоохранения

По итогам прошедшего в Москве Форума Общероссийского народного фронта Президент России Владимир Путин подписал ряд поручений.

Первое поручение – это обеспечить централизацию на федеральном уровне государственных закупок лекарственных препаратов для лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Срок исполнения поручения - 1 февраля 2016 года.

Второе – определить единственного поставщика препаратов плазмы крови, закупаемых за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета. Срок исполнения поручения - 15 ноября 2015 года.

Ответственным за исполнение первых двух поручений назначен Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Кроме того, Минздраву и Минпромторгу поручено обеспечить проведение независимого технологического аудита локализации отечественными производителями полного цикла производства лекарственных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов. Срок – 15 января 2016 года. Ответственные: Скворцова В.И., Мантуров Д.В., Чemezov С.В.

Поручение Владимира Путина по сути призвано вернуть принцип закупок лекарств для ВИЧ-инфицированных,

больных гепатитом и туберкулезом, при котором за это отвечает одно ведомство — Минздрав. В Минздраве заявили, что централизованная система имеет «преимущества по сравнению с закупкой лекарств» регионами: «Она позволит более эффективно расходовать бюджетные средства, а также снизит риски неполучения гражданином необходимых лекарственных препаратов в требуемый срок».

Как пишет сегодня «Коммерсантъ», несмотря на возвращение Минздраву роли главного оператора, новая система закупки лекарств все же будет отличаться от той, что была до 2013 года. Если тогда Минздрав получал препараты от нескольких фармкомпаний, то теперь поставками будет заниматься одна структура. Централизация закупок, указанных в поручениях Владимира Путина препаратов, будет осуществляться на базе национальной иммунобиологической компании («Нацимбио»), входящей в госкорпорацию «Ростех». «После централизации есть вероятность, что Минздрав будет урезать заявки из регионов и закупать меньше лекарств, чем нужно: так было как раз при закупках препаратов Минздравом», — заявил «Ъ» координатор движения «Пациентский контроль» Андрей Скворцов. Правительству, по его мнению, необходимо провести «строгую инвентаризацию заводов-производителей и сформировать высокие требования к ним».

В России готовят переход на новую модель ОМС

Страховое сообщество готовит к внесению в Госдуму РФ законопроект об увеличении капитализации отрасли – повышение уставных капиталов страховых медицинских организаций в системе ОМС.

Об этом сообщил президент Всероссийского союза страховщиков Игорь Юргенс. «У страхового сообщества есть готовые наработки по поэтапному переводу медицины на рисковую модель страхования, которая предусматривает создание страховых резервов, расширение выполняемых функций и повышение ответственности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование. В настоящее время также разрабатывается соответствующая «дорожная карта» по ее реализации», - рассказал Юргенс.

Переход на новую систему позволит страховым медицинским организациям (СМО) более активно участвовать в повышении эффективности использования средств обязательного медицинского страхования (ОМС) и доступности бесплатной медицинской помощи, что особенно важно в современных экономических условиях, а также в реализации актуальных мер профилактической направленности здравоохранения.

Вопрос внедрения страховых механизмов в медицине обсуждался на недавнем форуме Общероссийского народного фронта с участием Владимира Путина. Президент РФ сказал, что нужно повышать ответственность страховых медицинских организаций и придавать им страховое качество, необходимо вносить изменения в законодательство. Страховым сообществом в ближайшее время будут обобщены и направлены предложения по этому вопросу в Минздрав РФ, Федеральный фонд ОМС, Банк России и другие заинтересованные ведомства.



Изменен порядок проверок оказания медицинской помощи по ОМС

Внесены изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС

Приказом ФОМС от 21 июля 2015 года N 130 внесены изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года N 230

В предмет проверок включено соблюдение клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Так, экспертиза качества медицинской

помощи должна проводиться также путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Уточнены сроки проведения целевой медико-экономической экспертизы. Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации. При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации). Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Из объема ежемесячных медико-экономических экспертиз исключены случаи оказания медицинской помощи вне медицинской организации. 1,5% от числа поданных на оплату случаев оказания медицинской помощи вне медицинской организации включены в объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи.

Установлена возможность продления сроков проведения экспертизы качества медицинской помощи. В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается. Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.

При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного

выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится независимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

Установлен перечень дефектов медицинской помощи и нарушений при оказании медицинской помощи.

Внесены изменения в формы документов: акта медико-экономической экспертизы страхового случая, актов целевой и плановой экспертизы качества медицинской помощи и сводного акта медико-экономической экспертизы.

Внесены изменения в перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). Исключены следующие случаи отказа в оплате / уменьшении оплаты:

- необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи;

- включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией;

- несоответствие сроков лечения, согласно первичной медицинской документации, застрахованного лица срокам, указанным в реестре счета.

www.zdrav.ru



Утверждены критерии оценки качества медпомощи

Приказом Минздрава России от 7 июля 2015 года N 422ан, зарегистрированным в Минюсте России 13 августа 2015 года, утверждены критерии оценки качества медицинской помощи.

Среди критериев качества, установленных для амбулаторной медицинской помощи, названы в том числе:

- заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- проведение осмотра пациента в случаях, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру

медицинской организации;

- включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей;

- оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме.

Среди критериев качества, установленных для медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара, названы в том числе:

- заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

- наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

- проведение первичного осмотра пациента в случаях, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно (кроме дневных стационаров);

- проведение осмотра пациента в случаях, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

- проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар);

- установление предварительного диагноза не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

- установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

- установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

- принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

- проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную

карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

- осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации;

- осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию;

- проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия;

- отсутствие расхождения клинического и патолого-анатомического диагнозов.

www.zdrav.ru

Минздрав разработал программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи на 2016 год

Минздрав России выставил на общественное обсуждение проект постановления Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов».

Как говорится в пояснительной записке к документу, проект постановления содержит ряд новых положений по сравнению с программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением № 1273.

Проект программы дополнен положением о возможности финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ зубного протезирования, а также санаторно-курортного лечения отдельным категориям граждан, что позволит субъектам в законах о бюджетах предусматривать выделение бюджетных ассигнований на указанные цели.

При этом указано, что расходы на эти цели не включаются в средние подушевые нормативы финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов, что позволит развивать указанные направления без снижения доступности медицинской помощи при социально значимых заболеваниях.

Конкретизирован перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.

При подготовке программы продолжен переход от валовых показателей объема медпомощи (посещения, койко-дни, пациенто-дни) к показателям, характеризующим законченные случаи лечения пациентов. В целях разработки единых подходов к планированию и оплате медпомощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в качестве норматива объема такой помощи предлагается вместо 1 пациенто-дня ввести 1

случай лечения в дневном стационаре.

Программой также предусмотрено увеличение норматива объема посещений с профилактической и иными целями в 2016 – 2018 гг. При этом норматив объема обращений в связи с заболеваниями, финансовое обеспечение которого осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, в 2016 – 2018 гг. сокращается, что обусловлено снижением уровня социально значимых заболеваний. Вместе с тем, норматив объема обращений в связи с заболеваниями, финансовое обеспечение которого осуществляется за счет средств ОМС, наоборот, возрастает в 2016 – 2018 гг., что связано с ростом общей заболеваемости населения.

Проведена оптимизация норматива объема скорой медпомощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, оказываемую в рамках базовой программы ОМС. При этом программа дополнена положением о том, что нормативы объема для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, включая медицинскую эвакуацию, устанавливаются субъектами.

Средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, и паллиативной медицинской помощи на 2017 и 2018 годы стабилизированы на уровне 2016 года.

Внесены корректировки в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, являющийся приложением к программе.

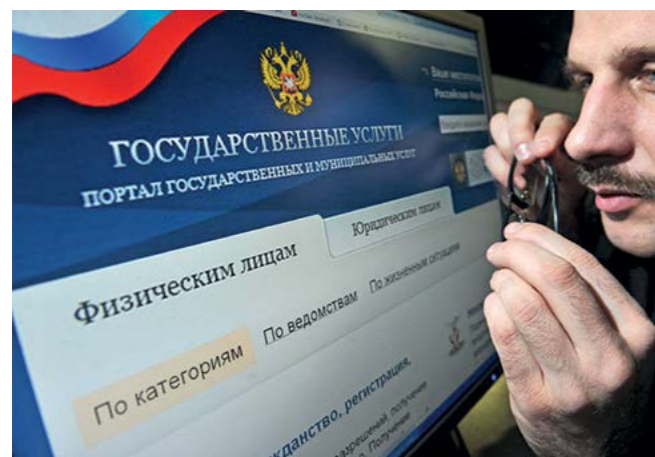
При расчете стоимости программы использована методика, основанная на учете усредненных фактических, технологически-обусловленных стандартами медицинской помощи затрат медицинских организаций.

В соответствии с представленным проектом программы средние подушевые нормативы финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ на 2016 и 2017 годы соответствуют средним нормативам, утвержденным постановлением № 1273. Указанный подушевой норматив на 2018 год проиндексирован в соответствии с макроэкономическими показателями на 5,5 % (сценарные условия, основные параметры прогноза социально-экономического развития РФ и предельные уровни цен (тариф) на услуги компаний инфраструктурного сектора на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов, одобренные на заседании Правительства Российской Федерации 23 апреля 2015 г.)

При расчете средних подушевых нормативов финансирования и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет

средств ОМС, учтен прогноз доходов бюджета Федерального фонда ОМС на соответствующий год.

www.medvestnik.ru



Минкомсвязь и Минздрав предложили оформлять полис ОМС через портал госуслуг

Минкомсвязь и Минздрав РФ совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ФФОМС) подготовили предложения по порядку получения гражданами полиса ОМС в электронном виде. Предполагается, что оформление полисов будет осуществляться на Едином портале государственных и муниципальных услуг, информирует ТАСС.

Пилотный проект будет запущен в Санкт-Петербурге. По мнению разработчиков, перевод услуги в электронный вид, а также исключение из обращения бумажных полисов ОМС существенно упростит для граждан процедуру их получения.

Сегодня для получения полиса ОМС граждане лично подают заявление в выбранную страховую медицинскую организацию, имея при себе соответствующий пакет документов. Страховая компания выдает заявителю временное свидетельство, а через 30 дней - постоянное. Для его получения также необходимо лично посетить страховую компанию.

В будущем для получения полиса ОМС будет достаточно подать заявление через портал госуслуг. При этом с заявителя снимется необходимость лично посещать страховую компанию, так как часть сведений будет предоставляться Единой системой идентификации и аутентификации, а другая часть - через систему межведомственного электронного взаимодействия.

www.remedium.ru



Минздрав России продолжает систематическую работу по снижению «бумажной» нагрузки на врачей

Для сокращения времени, которое врач тратит на заполнение документов, Минздравом России проводится последовательная работа по анализу существующей системы отчетности и сокращению отчетной документации, утратившей свою актуальность, замена более удобными электронными формами, рассматриваются вопросы передачи обязанностей по заполнению некоторых документов среднему медицинскому персоналу.

Все это позволяет врачу освободить больше времени для непосредственного общения с пациентом.

Одна из обязанностей врача – заполнение федеральных мониторингов статистической информации, которые формируются на основе сведений из специальных статистических форм. Цель таких мониторингов – получение статистической информации, необходимой для принятия правильных управленческих решений.

Однако с течением времени отдельные мониторинги утрачивают свою актуальность, а заполнение ненужных статистических форм создает избыточную нагрузку на медицинских специалистов.

По поручению Министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой специалистами Минздрава России проведена экспертная оценка 65 федеральных мониторингов статистической информации. В результате проделанной работы 22 мониторинга федерального уровня были признаны утратившими свою актуальность и будут отменены.

В настоящее время экспертную оценку проходит еще 51 мониторинг Минздрава России и 12 мониторингов Росздравнадзора.

www.rosminzdrav.ru

ДОКУМЕНТЫ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

П Р И К А З

2 июня 2015 г.

Москва



МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО

Регистрационный № 38647

от 24 августа 2015

№ 2904

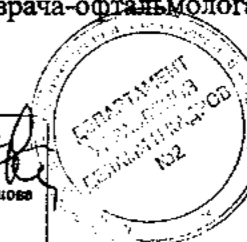
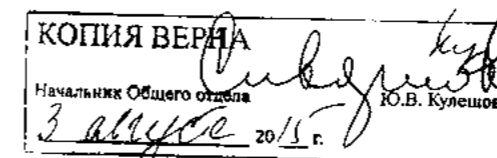
Об утверждении

типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога

В соответствии с пунктом 3 Правил разработки и утверждения типовых норм труда, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2002 г. № 804 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, № 46, ст. 4583), и пунктом 19 плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 2, ст. 130; № 45, ст. 5863; 2014, № 19, ст. 2468), п р и к а з ы в а ю:

Утвердить по согласованию с Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации прилагаемые типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога.

Министр



В.И. Скворцова

УТВЕРЖДЕНЫ

приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 1 » июня 2015 г. № 290Н

**Типовые отраслевые нормы времени
на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом
врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового,
врача общей практики (семейного врача), врача-невролога,
врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога
и врача-акушера-гинеколога**

1. Типовые отраслевые нормы времени (далее – нормы времени) на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога (далее – врач-специалист), применяются при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе при посещении врачом-специалистом одного пациента на дому*.

2. Нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей медицинских организаций, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

3. Нормы времени на одно посещение пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, необходимые для выполнения в амбулаторных условиях трудовых действий по оказанию медицинской помощи (в том числе затраты времени на оформление медицинской документации):

- а) врача-педиатра участкового – 15 минут;
- б) врача-терапевта участкового – 15 минут;
- в) врача общей практики (семейного врача) – 18 минут;
- г) врача-невролога – 22 минуты;

* Пункт 2 части 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, 6928; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1425; № 14, ст. 2018).

- д) врача-оториноларинголога – 16 минут;
- е) врача-офтальмолога – 14 минут;
- ж) врача-акушера-гинеколога – 22 минуты.

4. Нормы времени на повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием, устанавливаются в размере 70–80 % от норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

5. Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять не более 35 % от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием в соответствии с пунктами 3 и 6 настоящих норм времени.

6. Нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью устанавливаются в размере 60–70 % от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием, установленных в медицинской организации или иной организации, осуществляющей медицинскую деятельность (далее – медицинская организация), в соответствии с пунктами 3 и 6 настоящих норм времени.

7. В медицинских организациях, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, нормы времени, указанные в пунктах 3 и 6, устанавливаются с учетом плотности проживания и половозрастного состава населения, а также с учетом уровня и структуры заболеваемости населения путем суммирования корректирующих коэффициентов норм времени.

При этом применяются следующие корректирующие коэффициенты:

- а) плотность проживания прикрепленного населения выше 8 человек на кв. км: -0,05;
- б) плотность проживания прикрепленного населения ниже 8 человек на кв. км (за исключением районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей): +0,05;
- в) уровень заболеваемости населения выше на 20 % среднего значения по субъекту Российской Федерации: +0,05;
- г) уровень заболеваемости населения ниже на 20 % среднего значения

по субъекту Российской Федерации: -0,05;

д) доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения выше 30 %: +0,05 (для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет выше 8 %: +0,05);

е) доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения ниже 30 %: -0,05 (для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет ниже 8 %: -0,05).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Приказ от 7 июля 2015 г. N 422ан

Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

В соответствии с частью 2 статьи 64 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165) приказываю:

Утвердить прилагаемые критерии оценки качества медицинской помощи.

Министр

В.И. Скворцова

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 7 июля 2015 г. N 422ан

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Настоящие критерии оценки качества медицинской помощи (далее - Критерии) сформированы на основе порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разработанных и утвержденных медицинскими профессиональными некоммерческими организациями <1>.

<1> Часть 2 статьи 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Критерии применяются в целях оценки качества медицинской помощи при следующих заболеваниях и состояниях:

новообразования;
болезни эндокринной системы;
расстройства питания и нарушения обмена веществ;
болезни нервной системы;
болезни крови, кроветворных органов;
отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
болезни глаза и его придаточного аппарата;
болезни уха и сосцевидного отростка;
болезни системы кровообращения;
болезни органов дыхания;
болезни органов пищеварения;
болезни мочеполовой системы;
болезни кожи и подкожной клетчатки;
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
врожденные аномалии (пороки развития);
деформации и хромосомные нарушения;
беременность, роды, послеродовой период;
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде,
а также при оказании медицинской помощи при проведении искусственного прерывания беременности.

3. Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях <1>, истории развития ребенка, индивидуальной

карты беременной и родильницы (далее - амбулаторная карта):

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный N 36160).

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;
наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство <1>;

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 июня 2013 г., регистрационный N 28924).

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:
оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

проведение осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме не позднее 2 часов с момента обращения в регистратуру медицинской организации;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций

врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей <1> с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

<1> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

и) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

к) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения);

л) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком <1>:

<1> Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (зарегистрирован Минюстом России 25 июня 2013 г., регистрационный N 28883), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714) (далее - приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н).

оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации <1>;

<1> В соответствии с пунктом 4.7 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 5 мая 2012 г. N 502н (зарегистрирован Минюстом России 9 июня 2012 г., регистрационный N 24516), с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 2 декабря 2013 г. N 886н (зарегистрирован

Министерством юстиции Российской Федерации 23 декабря 2013 г., регистрационный N 30714).

м) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <1>;

<1> Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

н) лечение (результаты):

отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией; отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

о) осуществление диспансерного наблюдения в установленном порядке <1> с соблюдением периодичности осмотров и длительности диспансерного наблюдения;

<1> Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. N 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения» (зарегистрирован Минюстом России 14 февраля 2013 г., регистрационный N 27072).

п) проведение диспансеризации в установленном порядке <1>, назначение по результатам диспансеризации, в случае необходимости, дополнительных медицинских мероприятий, в том числе установление диспансерного наблюдения.

<1> Приказ Минздрава России от 3 февраля 2015 г. N 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрирован Минюстом России 27 февраля 2015 г., регистрационный N 36268).

4. Критерии, применяемые при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

а) ведение медицинской документации - медицинской карты стационарного больного, истории родов, истории развития новорожденного (далее - стационарная карта):

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении или профильном структурном подразделении (далее - профильное отделение) (дневном стационаре) или отделении (центре) анестезиологии-реанимации медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно <1>;

<1> Не применяется при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара.

проведение первичного осмотра пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, не позднее 2 часов с момента поступления пациента в приемное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

проведение первичного осмотра врачом профильного отделения медицинской организации не позднее 3 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар);

в) установление предварительного диагноза врачом приемного отделения или врачом профильного отделения (дневного стационара) или врачом отделения (центра) анестезиологии-реанимации медицинской организации не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) включение в план обследования и план лечения перечня лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом лекарственных препаратов, включенных в стандарты медицинской помощи, имеющих частоту применения 1,0, и клинические рекомендации (протоколы лечения);

ж) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

з) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

и) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения):

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

к) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <1>;

<1> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту <1>;

<1> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

м) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

н) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. N 1175н:

назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения <1> и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации <2>, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

<1> Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. N 2782-р.

<2> Статья 48 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

о) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

п) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке <1>;

<1> Статья 59 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

р) лечение (результаты):

отсутствие прогнозируемых осложнений, связанных с проводимой терапией;

отсутствие осложнений, связанных с дефектами обследования, лечения, выбора метода хирургического вмешательства или ошибок в процессе его выполнения;

отсутствие внутрибольничной инфекции;

с) проведение при летальном исходе патолого-анатомического вскрытия в установленном порядке <1>;

<1> Приказ Минздрава России от 6 июня 2013 г. N 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 декабря 2013 г., регистрационный N 30612).

т) отсутствие расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов;

у) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

Зарегистрировано в Минюсте России 13 августа 2015 г. N 38494



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:

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

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

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

А.А. Таймасханов, начальник отдела формирования территориальной программы ОМС ТФОМС Чеченской Республики

С. А. Метаев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эпендиева

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

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

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Журнал издается ООО «Рубикон-М». Номер подписан в печать 20.10.2015 г. Тираж 5000 экз.

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

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

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ