



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №6

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

Шахид Ахмадов
**Чеченская медицина:
марафон достижений**

Денилбек Абдулазизов
**Эффективное управление
в сфере здравоохранения**

Рита Термулаева:
**«Медорганизации должны
делать всё, чтобы обеспечить
потребности пациентов»**



Абдул Магомадов: «ОМС – важнейшее из обязательств человека»



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

Президент Российской Федерации
В.В. ПУТИН



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

Председатель Правительства Российской Федерации
Д.А. МЕДВЕДЕВ



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

Глава Чеченской Республики
Р.А. КАДЫРОВ



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

Министр здравоохранения Российской Федерации
В.И. СКВОРЦОВА



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

Председатель ФОМС
Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



СОДЕРЖАНИЕ:

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

6

Абдул Магоматов: «ОМС – важнейшее из обязательств человека»

11

Шахид Ахмадов. Чеченская медицина: марафон достижений

13

Денилбек Абдулазизов. Эффективное управление в сфере здравоохранения

15

Рита Термулаева: «Медорганизации должны делать всё, чтобы обеспечить потребности пациентов»

24

Сложные вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной по программе ОМС и на возмездной основе

26

Центр стоматологической службы республики

43

Визит представителей Северо-Кавказского федерального округа на Кубань

46

Врач - это человек, посвятивший себя служению людям!

47

На охране окружающей среды

50

ДОКУМЕНТЫ:

Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования

53

АКТУАЛЬНО

НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО: «РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОХОДИТ УСПЕШНО»



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



- Добрый день, Наталья Николаевна. Редакция журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» выражает Вам благодарность за

то, что нашли время ответить на наши вопросы. Переходя непосредственно к ним, вначале я хотел бы поговорить с Вами об использовании в качестве метода оптимизации расходов на медицинскую помощь способа расчета оплаты по клинко-статистическим группам. Чеченская Республика вошла в число «пилотных» регионов, которые перешли на КСГ. Расскажите о перспективах внедрения данного метода.

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

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



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

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

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

- Разработка российской классификации КСГ, начиная с ее ранней версии, осуществлялась, в том числе, совместно со специалистами Всемирного банка – при этом учитывался

передовой опыт других стран в вопросе перехода к оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинко-статистических групп заболеваний. Следует отметить, что во всех странах внедрение КСГ начиналось с небольшого количества групп, не более 200. А затем осуществлялось развитие модели «от простого к сложному». Аналогично происходит и с российской моделью КСГ.

- А что дает переход на КСГ непосредственно медицинским работникам?

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

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

- Использование клинко-статистических групп



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

- Наталья Николаевна, далее я хотел бы поговорить на тему высокотехнологичной медицинской помощи. С 2014 года через системы ОМС начали оплачивать 459 методов ВМП. Предполагается, что уже с 2015 года через ОМС будет оплачиваться вся высокотехнологичная

медицинская помощь. В связи с этим такой вопрос. Нормативы стоимости ВМП будут устанавливаться федеральным центром, или же каждый субъект сам будет определять стоимость того или иного вида ВМП?

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

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

медицинского страхования.

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

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

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

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

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

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

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



обязательного медицинского страхования. Все это создало условия для повышения качества за счет усиления конкуренции.

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

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

В целях реализации указанного Поручения приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 июля 2014 года № 108 (в редакции приказа ФОМС от 22 августа 2014 года № 126) «О внедрении системы информирования застрахованных лиц о стоимости

медицинской помощи» создана рабочая группа по внедрению в медицинских организациях системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи.

В рабочую группу входят представители 7 субъектов Российской Федерации, в которых в пилотном режиме осуществляется информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи с 01 сентября 2014 года. Это Брянская область, Краснодарский край, Московская область, Нижегородская область, Новгородская область, Республика Татарстан, Тульская область. Информирование застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи началось с 01 сентября 2014 года в 320 медицинских организациях с последующим увеличением:

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

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

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

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

Всего медицинских организаций, участвующих в

помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования». Разработанные по информированию документы были доведены до всех субъектов Российской Федерации.

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

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

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

- Для того, чтобы дать объективную оценку работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, необходимо учесть целый ряд факторов. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики - это фонд,

созданный в тяжелых условиях, в которых находилась вся Чеченская Республика в начале 2000-х годов. Фонд начал свою деятельность тогда, когда здравоохранение Чеченской Республики собиралось по кусочкам, оставшимся после двух военных кампаний.

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

государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Чеченской Республики проходит успешно.

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



пилотном проекте в 2014 году, составит 1 171 медицинская организация.

С участием рабочей группы были разработаны форма «Справки о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования» и «Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской

ОФИЦИАЛЬНО



Абдула Магомадов,

заместитель Председателя Правительства Чеченской Республики

ОМС – ВАЖНЕЙШЕЕ ИЗ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ЧЕЛОВЕКА

Особенности формирования современной системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации уходят корнями к самой истории данного явления.

Оказание помощи гражданам при возникновении болезни имеет давнюю традицию. Например, в Древней Греции и Римской империи имели место организации взаимопомощи в рамках профессиональных групп, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая или утраты трудоспособности вследствие длительного заболевания.

В средние века защитой населения в случае болезни или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные союзы и церковные общины. Однако организованную форму медицинского страхования социальная помощь в случае болезни приобрела только во второй половине XIX века. Тогда начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важнейших результатов которого стало создание во многих европейских странах специализированных больничных касс. Пионерами в области больничного страхования принято считать Англию и ФРГ. Примечательно, что именно в Германии в 1883 году был издан первый госу-

дарственный закон об обязательном больничном страховании рабочих, положивший начало становлению современной системы обязательного медицинского страхования.

В России становление системы помощи населению при болезни связано с развитием в конце XIX века земской медицины, финансируемой за счёт государственной казны. Тем не менее, в дореволюционной России широкого распространения медицинское страхование не получило – главным образом, в силу непродолжительности периода пореформенного капиталистического развития и аграрного характера страны.

Уже в начале XX века на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга начали создаваться фабричные страховые кассы на аналогичных европейских принципах. А в 1912 году Государственной Думой был принят закон о введении обязательного медицинского страхования работающих граждан. Таким образом, к 1916 году в России уже существовало около двух с половиной тысяч больничных касс. Вскоре после принятия декрета о введении государственной монополии



в страховании эти кассы потеряли свою актуальность и легитимность.

В советский период надобности в медицинском страховании не существовало, поскольку имелось всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счёт средств государственного бюджета. Уже в 1991 году был принят закон о введении в России медицинского страхования граждан в двух формах: обязательной и добровольной. Позже, в 1993 году, были созданы государственные фонды обязательного медицинского страхования. На сегодняшний день в нашей стране сложилась полисубъектная система финансирования здравоохранения, однако подавляющую часть средств медицине предоставляет обязательное медицинское страхование.

Становление и развитие обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, которое пришлось на одну из самых драматических страниц в её истории, неразрывно связано с именем Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмата-Хаджи Кадырова, который, как мы знаем, определил охрану здоровья населения одним из главных приоритетов своей политики. Впоследствии именно на фундаменте, построенном Ахматом-Хаджи Кадыровым, медицина Чеченской Республики получила своё дальнейшее развитие. Особую роль в этом процессе сыграл нынешний Глава республики, Герой России Рамзан Кадыров, благодаря которому здравоохранение региона не только возродилось из руин, но и вышло на качественно новый уровень, который по некоторым параметрам превзошёл многие другие субъекты Российской Федерации.

Благодаря слаженной работе системы обязательного ме-

дицинского страхования Чеченской Республики, вниманию к данной сфере со стороны руководства республики, руководства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, имеют своевременное решение все вопросы, связанные с финансированием медицинских учреждений, в том числе обеспечения их лекарственными препаратами, расходным материалом, медицинскими инструментами и другими необходимыми средствами.

Сегодня, когда обязательное медицинское страхование наглядно демонстрирует нам, что эта система – не только важнейшее достижение современной медицины (как в мировой, так и российской практики), это одно из ключевых обязательств человека перед самим собой, перед своей семьей и обществом в целом. Медицинское страхование граждан на деле доказало свою высокую востребованность и эффективность, ведь миллионы застрахованных лиц во многих странах мира получают качественную социальную помощь именно благодаря наличию медицинской страховки.

Государственная политика реализации обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике, главным образом, направлена на улучшение качества оказания медицинской помощи застрахованным лицам. Механизмами достижения данной цели служит гибкая система мониторинга и контроля, который на регулярной основе осуществляется компетентными структурными подразделениями ТФОМС Чеченской Республики буквально в каждом медицинском учреждении. Данная политика направлена на устранение недостатков, на их недопущение впредь; ориентирована на организацию максимального комфорта для лиц, получающих медицинскую помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Говоря в целом о современном состоянии здравоохранения Чеченской Республики, необходимо констатировать, что за последнее время оно совершило значительный прорыв вперёд, что позволяет нам говорить о скором возвращении нашему региону звания одного из ведущих по медицинским показателям субъектов страны.

Мы можем смело утверждать, что слова «качественная и бесплатная медицина» перестали быть далёким отголоском советской эпохи и приняли сегодня в нашей стране вполне конкретные очертания. Признаваемое сегодня повышение уровня оказания медицинской помощи населению, положительные отзывы самих жителей страны (в том числе – Чеченской Республики) дают нам существенные основания верить и надеяться, что в недалёком будущем наша система здравоохранения займет своё место в авангарде достижений всероссийского медицинского опыта.

В этой связи очень отрадно, что в поступательном движении отечественной медицины вперёд важнейшую роль играет система обязательного медицинского страхования, действительно ставшая одним из основных факторов сохранения здоровья российской нации.

ОФИЦИАЛЬНО

Шахид Ахмадов, министр здравоохранения Чеченской Республики

ЧЕЧЕНСКАЯ МЕДИЦИНА: МАРАФОН ДОСТИЖЕНИЙ

Главный медик республики – о современном этапе развития системы здравоохранения региона



Сфера здравоохранения Чеченской Республики была одним из первых направлений, на восстановлении которой было сосредоточено основное внимание республиканских властей под руководством Ахмата-Хаджи Кадырова. Первый Президент Чеченской Республики всегда говорил, что возрождение народа, республики возможно только через его духовное и физическое оздоровление.

Соответственно строилась и наша служба. В первые послевоенные годы работа по оказанию медицинской помощи основывалась исключительно на благородстве и энтузиазме чеченских врачей, которые, не жалея сил и собственного здоровья, зачастую рискуя жизнью, проводили сложнейшие операции в подвальных и приспособленных помещениях, выполняли свой гражданский и профессиональный долг. За все это, пользуясь случаем, хочу ещё раз выразить им слова огромной благодарности.

Вместе с бурными темпами возрождения Чеченской Республики, проходящего при непосредственной поддержке и под неустанным руководством Главы ЧР, Героя России Рамзана Кадырова, своё развитие получил и процесс восстановления

системы здравоохранения региона. За последние годы в республике реконструированы и построены заново десятки новых медицинских учреждений, оснащённых самым современным и качественным оборудованием. Параллельно решается вопрос кадрового обеспечения больниц республики. Как мы знаем, по известным причинам многие врачи-специалисты уехали за пределы региона. Сегодня уже выросло новое поколение чеченских врачей, которые получают медицинское образование в лучших вузах страны, а также в медицинском институте Чеченского государственного университета. Более того, наши доктора имеют все возможности для повышения квалификации, прохождения усовершенствования, и этот процесс позволяет качественно улучшить врачебный корпус Чеченской Республики.

Долгое время одной из самых главных проблем в медицинской сфере нашей республики оставалась проблема острой нехватки квалифицированных кадров. Данный вопрос актуален и сегодня. Усилиями Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова, по его поручению – мобильными действиями Министерства здравоохранения ЧР, его решение значительно продвинулось. По указанию Р. Кадырова активно претворяется в жизнь программа привлечения для работы в республике высококлассных специалистов из других регионов, в том числе из Москвы и Санкт-Петербурга. Положительным примером здесь может служить приехавший в Грозный по приглашению Главы ЧР прекрасный врач-онколог Эльхан Сулейманов, который недавно был назначен главным врачом Республиканского онкологического диспансера и наделён полномочиями советника Главы ЧР по вопросам здравоохранения. Необходимо отметить, что с периода, как онкодиспансер возглавил Э. Сулейманов, работа в нём качественно улучшилась, и сегодня мы имеем все основания верить, что в очень скором времени Грозный станет центром оказания медицинской помощи онкологическим больным на юге России.

Одновременно, как уже отмечалось выше, выполняется повсеместное обучение наших врачей, которые проходят практику в лучших клиниках страны и зарубежья. И мы можем уверенно говорить, что сегодня наш кадровый потенциал не уступает, а по некоторым параметрам выглядит лучше, чем во многих других российских регионах.

Налаженная система одноканального финансирования, эффективная работа Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, профессиональный и компетентный подход к труду каждого ответственного сотрудника, занятого в сфере медицины, позволяет организовать качественную бесплатную врачебную помощь населению.

О том, что сфера здравоохранения Чеченской Республики переживает ожидаемый подъём, всецело связываемый нами с высоким вниманием к ней и поддержкой со стороны Главы ЧР, Героя России Р. Кадырова, свидетельствует статистика: количество выезжающих на лечение за пределы региона в последние 2-3 года значительно снизилось. Объясняется это не только тем, что в арсенале медучреждений Чеченской Республики имеется техника, иногда превосходящая по степени современности и функциональности оборудования лучших московских клиник, но и тем обстоятельством, которое упоминалось выше: уровень профессионализма чеченских медиков значительно возрос, как, соответственно, и степень доверия к ним со стороны населения.

Среди объектов, построенных и введённых в эксплуатацию только за последние 3-4 года, необходимо назвать крупнейшие в масштабах Северо-Кавказского федерального округа медицинские учреждения – Республиканская клиническая больница (рассчитанная на 600 койко-мест), Республиканская детская клиническая больница (на 450 койко-мест), Респу-



бликанский клинический госпиталь ветеранов войн (на 320 коек), Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер (на 400 мест), Республиканский онкологический диспансер, а также современные районные больницы практически во всех райцентрах республики.

Крайне важно, что сегодня практически каждый житель



республики при обращении в поликлинику по месту жительства и получении соответствующего направления может получить направление на получение высокотехнологичной медицинской помощи на совершенно бесплатной основе. Это является следствием бесперебойного функционирования в Чеченской Республике системы обязательного медицинского страхования, которая позволяет адресно и грамотно подходить к вопросам оказания врачебной помощи населению. А программа диспансеризации держит на контроле профилактику заболеваний и вопросы ранней диагностики и лечения наших граждан.

В целом, на сегодняшний день оказание государственной медицинской помощи населению республики осуществляется 79 медицинскими организациями. В целях улучшения доступности медицинской помощи для населения проведены мероприятия по информатизации сферы здравоохранения (внедрение системы «Электронная регистратура»). Также реализуются мероприятия по увеличению общей мощности амбулаторно-поликлинических учреждений и сокращению стационарных учреждений. Помимо этого, с каждым днем совершенствуется материально-техническая база медицинских организаций.

Таким образом, можно констатировать, что здравоохранение Чеченской Республики прошло трудные этапы восстановления и становления и вышло на качественно новый этап, когда есть опыт освоения высокотехнологичных методов лечения, оказания практически всех видов специализированной медицинской помощи.

Имеющиеся колоссальные достижения, высокий потенциал системы здравоохранения Чеченской Республики, всемерная поддержка со стороны Главы ЧР, Героя России Р. Кадырова, категоричный курс, взятый нами на дальнейшее совершенствование оказания медицинской помощи населению региона – всё это даёт нам твёрдые основания утверждать, что у чеченской медицины есть светлое будущее. Дай Аллах жителям нашей республики, всем россиянам крепкого здоровья, мира и благоденствия!

ОФИЦИАЛЬНО

Денилбек Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение – важнейшая социальная сфера общества. Наука «экономика здравоохранения» и практика экономического анализа в российском здравоохранении насчитывает 20-25 лет. Длительное время управление здравоохранением строилось преимущественно на административных методах. Финансирование отрасли основывалось на показателях ресурсного обеспечения (коэффициент фонд, число работников и прочее). Лечебно-профилактические учреждения ориентировались только на систему нормативов, доводимых органами управления здравоохранением, и были лишены экономических стимулов к расширению объёма своей деятельности и повышению качества медицинской помощи. За двадцать лет реформирования национального здравоохранения так и не было создано действенного организационно-экономического механизма, изменившего экономическую основу деятельности медицинских организаций.

Внедрению в здравоохранение экономических принципов и методов управления в последнее время посвящено большое число работ отечественных ученых – экономистов и организаторов здравоохранения. Тем не менее, проблема теоретического обоснования экономических методов управления в здравоохранении остается актуальной, а экономика здравоохранения как наука находится лишь на этапе становления.

Значительная часть средств здравоохранения распределяется вне зависимости от реальных результатов деятельности медицинских организаций – провайдеров медицинских услуг. На уровне провайдеров слабо развиты методы управленческого учёта затрат и анализа хозяйственной деятельности, которые в настоящее время широко используются в отраслях материального производства. Практически отсутствуют оценки альтернативных вариантов вложения средств. В пределах отдельного провайдера слабо используются современные экономические модели взаимодействия отдельных подразделений и формы стимулирования труда медицинских работников.

Появление медицинских



организаций различных форм собственности, развитие в здравоохранении рыночных отношений, внедрение обязательного медицинского страхования потребовали структурной реорганизации отрасли, изучения принципов экономического управления, формирования рынка медицинских услуг, менеджмента, маркетинга,

новой системы контроля качества и эффективности медицинской помощи.

В настоящее время общепризнано, что при выработке экономической политики в здравоохранении следует распределять ресурсы так, чтобы наиболее рационально их использовать и обеспечить достаточно высокий уровень индивидуального и общественного здоровья населения. Однако на практике при внедрении новых программ с целью совершенствования системы здравоохранения анализ их эффективности не проводится, и это приводит к нерациональному распределению и использованию ограниченных ресурсов здравоохранения.

Все вышесказанное свидетельствует о высокой теоретической и прикладной значимости разработки экономических методов управления в здравоохранении. Сегодня задача состоит в том, чтобы теоретически обосновать и практически внедрить такие механизмы управления отраслью, которые бы заинтересовали провайдеров, их структурные подразделения, сотрудников в оказании максимального объёма высококачественной медицинской



помощи наиболее эффективным способом и, в конечном счете, способствовали улучшению состояния здоровья населения.

Подавляющее большинство стран, применяющих страховые организационно-экономические модели в здравоохранении, используют организационно-



Финансовое планирование на региональном уровне не ограничивает, а наоборот, создаёт условия для действия рыночных регуляторов.

экономический механизм, в котором планирование медицинских услуг осуществляется посредством проведения процедур согласования объемов и структуры деятельности провайдеров и ожидаемых финансовых ресурсов. При этом экономический баланс в системе здравоохранения в целом и для каждого провайдера не обеспечивается за счет манипулирования стоимостью единиц планирования, будь то отдельные услуги или комплексные клинические мероприятия. Это связано с тем, что в условиях рыночной экономики цены на все виды ресурсов, используемых для организации и оказания медицинских услуг, носят рыночный характер и практически не регулируются государством.

Данный подход существенно отличается от доминировавшего до недавнего времени в российском здравоохранении планирования лечебной сети на основе нормативов, или сетевого планирования.

Схематично порядок финансового планирования на региональном уровне можно представить следующим образом:

- расчет ожидаемых финансовых ресурсов из всех источников поступлений;

- анализ объемов и структуры оказания медицинской помощи, выявление зон неэффективности;
- разработка рекомендаций по объемам медицинской помощи;
- разработка натуральных и финансовых нормативов, то есть научно-обоснованных средних затрат в расчете на выбранную единицу объемов по различным направлениям расходов;
- согласование объемов помощи с муниципальными образованиями;
- разработка сценариев реструктуризации и проведение финансового моделирования;
- разработка региональных и местных планов реструктуризации, включая планов переобучения и трудоустройства кадров;
- формирование региональных заказов на оказание медицинской помощи;
- ведение переговоров и заключение договоров между местными покупателями медицинской помощи и провайдерами медицинских услуг;
- мониторинг и оценка выполнения договоров.

Финансовое планирование на региональном уровне не ограничивает, а наоборот, создаёт условия для действия рыночных регуляторов. В ходе планирования накапливается объективная экономическая информация, которая служит основой для принятия решений о рациональном размещении заказа на оказание медицинской помощи, в частности, для формирования требований к конкурирующим производителям медицинских услуг и оценки их заявок на получение заказа. Кроме того, финансовое планирование формирует навыки экономического мышления у заказчиков и исполнителей, что является условием рыночных преобразований в системе здравоохранения.

Среди первоочередных задач здравоохранения в крупных городах с населением более 300 тысяч человек следует назвать:

- необходимость более широкого внедрения экономических методов в управлении здравоохранением;
- усиление контроля за качеством медицинской помощи с использованием стандартов диагностики, лечения и оснащения медицинских организаций;
- оптимизацию структуры здравоохранения в целях более рационального использования ресурсов отрасли, обеспечения этапности амбулаторно-поликлинического звена и рациональной централизации некоторых служб;
- развитие негосударственного сектора и расширение объёма платных услуг и ДМС.

В связи с этим представляет интерес модель управляемой медицинской помощи на региональном и территориальном уровнях. Управляемая медицинская помощь – это комплекс управленческих, организационно-экономических и клинических мероприятий, направленных на преодоление фрагментарности системы оказания и финансирования медицинской помощи и обеспечение более высокой эффективности функционирования всего



комплекса медицинских организаций. Данная модель основана на активизации роли покупателей медицинской помощи в формировании оптимального объёма и структуры оказания медицинской помощи для достижения максимальных показателей здоровья населения на единицу затрат. На основе управляемой медицинской помощи создаются интегрированные системы финансирования и оказания медицинской помощи, действующие как комплекс взаимосвязанных медицинских организаций и звеньев оказания помощи.

Объектами управления в системах управляемой медицинской помощи являются:

- объёмы медицинской помощи в каждой медицинской организации;
- структура оказания медицинской помощи;
- затраты на законченный случай лечения (включая все этапы оказания медицинской помощи);
- обоснованность стационарной помощи, направлений к специалистам, параклинических услуг, лекарственной терапии;
- конечные результаты работы в виде показателей здоровья населения.

При этом акцент делается на управлении процессом

оказания медицинской помощи в комплексе взаимосвязанных звеньев оказания помощи, а не в отдельной медицинской организации. Основным направлением деятельности является создание общих для всех звеньев экономических стимулов и обеспечение их функционирования по согласованным правилам.

В системе управляемой медицинской помощи ставятся и решаются следующие проблемы:

- обеспечение оптимального соотношения между службой первичной медицинской помощи, специалистами амбулаторного звена, параклинической службой и стационарной помощью;
- создание общей системы экономических интересов отдельных звеньев оказания помощи;
- обеспечение координации и преемственности работы отдельных звеньев;
- выбор экономически наиболее рационального варианта лечения конкретного случая без ущерба для качества помощи;
- обеспечение участия врачей в поиске ресурсосберегающих технологий;

Решение перечисленных вопросов основано на мобилизации тех источников экономии, которые возникают на стыках между отдельными элементами



системы здравоохранения. Например, можно потратить большие средства на проведение сложной хирургической операции, но при этом «потерять» больного из-за плохого послеоперационного ухода, отсутствия медико-социальной помощи. Невозможность приобрести нужное лекарство из-за его высокой стоимости может привести к обострению заболевания и вызвать необходимость в дорогостоящей госпитализации. В том и другом случае потери возникают в силу несбалансированности отдельных секторов или звеньев оказания медицинской помощи.

В российском здравоохранении велика доля необоснованных госпитализаций (по некоторым оценкам, 20-25 % от общего числа). Если допустить, что доля постоянных затрат в российском здравоохранении составляет 70-75

% (включая затраты на заработную плату персоналу по повременной системе оплаты), то станет ясно, что проявления структурных диспропорций обесценивают значительную часть усилий по повышению объёмов деятельности в каждой отдельной медицинской организации.

Принципы и методы управляемой медицинской помощи используются как в отдельно взятой медицинской организации, так и в системе взаимосвязанных учреждений. В первом случае обеспечивается сбалансированное развитие отдельных подразделений и служб в составе учреждения, во втором – отдельных независимых звеньев оказания помощи.

Рассмотрим основные положения управляемой медицинской помощи.

1. Комплексный подход к оценке клинической, социальной и экономической эффективности системы здравоохранения.

Анализ эффективности необходим во всех случаях, когда возможен выбор альтернативных медицинских технологий, методов и уровней оказания медицинской помощи. Поскольку экономические ресурсы всегда ограничены в любой национальной системе здравоохранения, такой выбор является неизбежным для всех медицинских программ. Модель управляемой медицинской помощи – это



Принципы и методы управляемой медицинской помощи используются как в отдельно взятой медицинской организации, так и в системе взаимосвязанных учреждений.

набор стратегий и методов поиска наиболее приемлемых вариантов оказания медицинской помощи. Используемые в интегрированных системах методы управления ресурсами тесно увязаны с управлением качеством медицинской помощи. Теория управляемой медицинской помощи исходит из того, что высокое качество оказания медицинской помощи одновременно является средством достижения более эффективного использования ресурсов. Качественно оказанная медицинская помощь снижает вероятность осложнений заболевания и улучшает состояние здоровья пациента, в результате чего снижается потребность в дополнительных обращениях к врачам, дорогостоящих исследованиях и госпитализациях. Именно поэтому повышение эффективности использования ресурсов и качества медицинской помощи составляет единую задачу, решаемую объединенными усилиями управленцев и медиков в рамках модели управляемой медицинской помощи.

2. Общие экономические принципы управления.

Объектом финансового планирования является не отдельная больница или поликлиника, а весь комплекс взаимосвязанных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных медицинских программ. Каждый провайдер, помимо собственного интереса в расширении объёма оказываемых услуг и увеличении дохода данного учреждения, должен быть заинтересован также в эффективном функционировании всего комплекса. Общий экономический эффект работы учреждения или его подразделения складывается из средств, получаемых от оказания услуг своими силами, и экономии, возникающей в результате оптимизации структуры оказания медицинской помощи.

3. Приоритет эффективности и качества по сравнению с объёмными показателями.

В системе управляемой медицинской помощи основные усилия направлены не на увеличение объёма работ, а на достижение максимально высоких клинических результатов и показателей здоровья прикрепленного населения на единицу затрат. Задача состоит в обеспечении оптимальных объёмов услуг, предоставляемых на каждом уровне и звене оказания медицинской помощи.

Это формирует ряд требований в отношении выбора места и формы оказания помощи:

- Медицинская помощь предоставляется в звене оказания медицинской помощи, адекватном клинической ситуации и обеспечивающем наибольшую затратную эффективность. Например, специализированная клиника не должна заниматься обычными неосложнёнными случаями заболеваний, требующими общепотребительных методов диагностики и лечения.

- В пределах каждого звена предпочтение отдаётся медицинским технологиям с наибольшей затратной эффективностью. Лечить можно разными методами – надо выбрать тот, который обеспечивает наиболее высокие клинические результаты на единицу ресурсов. Например,



Объектом финансового планирования является не отдельная больница или поликлиника, а весь комплекс взаимосвязанных медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных медицинских программ.

дорогое лекарство может обеспечить более высокий не только клинический, но и экономический эффект по сравнению с относительно дешевым лекарством, поскольку при его применении снижается вероятность осложнений и повторной госпитализации больного.

- Первоочередное развитие тех звеньев оказания лечебно-профилактической помощи, которые способны брать на себя основную часть случаев лечения заболеваний.

Некоторые исследователи считают, что врачи



первичного звена (участковой службы или общей врачебной практики) прямо или косвенно контролируют 70-80% общих затрат на здравоохранение, но при этом на финансирование их собственной деятельности направляется не более 20 % суммарных затрат на здравоохранение. Квалифицированный и экономически мотивированный специалист первичного звена может существенно сократить общие затраты на лечение пациентов. Именно поэтому стимулирование его деятельности является важнейшим принципом управляемой медицинской помощи. В этом случае, врач первичного звена выступает не только в качестве непосредственного поставщика медицинских услуг, но и в роли организатора оказания медицинской помощи для приписанных к нему пациентов: принимает решения о необходимости консультаций или стационарного лечения, осуществляет послебольничное ведение больного. По существу, его функция интегрирует систему оказания медицинской помощи.

Повышение роли первичного звена можно обеспечить на основе повышения его финансовой ответственности не только за свою непосредственную клиническую работу, но и за эффективность выполнения координационной функции. Врач первичного звена должен быть заинтересован в том, чтобы направить пациента к наиболее квалифицированному специалисту для консультации (чтобы избежать чрезмерных затрат в связи с неправильно поставленным диагнозом), в сокращении вызовов «Скорой помощи», выписке клинически эффективных и в то же время относительно недорогих лекарств и т.д.

Реализовать данную мотивацию в существующей организационной модели в России практически невозможно. А использовать принципы подушевого финансирования с полным фондодержанием преждевременно ввиду неготовности нормативно-методической базы данного способа финансирования.

Основой планирования является анализ деятельности каждой службы и выявление возможных источников экономии. В системе управляемой медицинской помощи планируются потоки пациентов, определяются наиболее рациональный объем и структура оказания каждого вида медицинской помощи. На плановой основе строятся также отношения между самими медицинскими организациями.



Каждая система должна соизмерять свои обязательства в отношении свободного выбора с возможностями его обеспечить.

Для системы управляемой медицинской помощи обязательным условием является соблюдение установленных правил направлений пациентов и участие в системах контроля обоснованности медицинской помощи. Предполагается строгая упорядоченность в отношении



Для системы управляемой медицинской помощи обязательным условием является соблюдение установленных правил направлений пациентов и участие в системах контроля обоснованности медицинской помощи.

состава предоставляемых медицинских услуг, методов оплаты помощи, процедур управления ресурсами и планирования медицинской помощи.

Управляемая медицинская помощь невозможна без управления ресурсами здравоохранения, которое представляет собой комплекс мероприятий, включающий:

- разработку клинических стандартов и критериев оказания медицинской помощи;
- анализ текущей деятельности медицинских организаций, подразделений и отдельных врачей;

- планирование оказания медицинской помощи с акцентом на поиск вариантов с наибольшей затратной эффективностью;
- контроль за обоснованностью медицинской помощи.

Процесс управления ресурсами в стационарах должен тесно увязываться с аналогичным процессом в секторе амбулаторной помощи и других звеньях оказания медицинской помощи. Особое внимание должно уделяться использованию ресурсов больниц в силу высокой стоимости стационарной помощи.

Объектом управления должны являться, прежде всего, объемы медицинской помощи. В качестве базовых индикаторов управления ресурсами используются относительно простые показатели. В Программе государственных гарантий на 2013 год в качестве объемного показателя для стационарной медицинской помощи используется число койко-дней на одного жителя в год. Этот показатель объединяет уровень госпитализации на 1 жителя (или 1 застрахованного по базовой программе ОМС) и среднюю длительность пребывания на больничной койке. Он дифференцируется по профилям коек. С 2013 года данная учетная единица перестала быть единицей оплаты медицинской помощи, но сохранилась как единица планирования и мониторинга территориальных программ госгарантий (ОМС). Очевидно, что для обеспечения соизмеримости единиц планирования и оплаты необходимо плановые объемы стационарной помощи формировать в госпитализациях, аналогично, тому как это уже реализовано для лечебной амбулаторной помощи (начиная с 2013 года).

На основе анализа деятельности медицинских

организаций устанавливаются контрольные цифры (целевые показатели) по объемам потребления услуг по каждому звену системы. Для их достижения планируется комплекс конкретных организационно-клинических мероприятий (например, развертывание дополнительных дневных стационаров, проведение профилактических обследований и т.д.).

Далее разрабатываются клинические протоколы и критерии обоснованности того или иного вида медицинской помощи. На их основе осуществляется санкционирование госпитализаций, дорогостоящих исследований и консультаций узких специалистов. Кроме того, клинические протоколы должны являться основой проведения ретроспективной медико-экономической экспертизы (после завершения лечения).

Важнейшей составной частью работы по управлению ресурсами является мониторинг и оценка выполнения поставленных задач. Данный алгоритм

управления ресурсами реализуется не только усилиями органов управления. Практикующие врачи медицинских организаций должны активно вовлекаться в поиск наиболее рациональных решений, в частности, в процесс разработки клинических протоколов и критериев обоснованности медицинской помощи.

Особо важное значение имеет обязательный комплекс мероприятий по обеспечению наибольшей эффективности затрат при применении наиболее сложных и высокочрезмерных медицинских технологий. В этих случаях используется общий набор методов управления. Специфика состоит лишь в интенсивности использования некоторых из них.

В системе управления ресурсами используются следующие аналитические методы:

- перспективный анализ, то есть рассмотрение обоснованности госпитализаций и других видов медицинской помощи;
- текущий анализ – оценка клинической деятельности на ее активной стадии;
- ретроспективный анализ – контроль за результатами проведенной лечебно-диагностической работы.

В ходе перспективного анализа планируется уровень и место оказания медицинской помощи, в частности, возможные варианты оказания помощи в отделениях амбулаторного приёма, дневных стационарах, на дому. При этом акцент делается на обеспечении полной готовности больного для стационарного лечения. Действует непреложное правило, согласно которому все необходимые исследования и анализы проводятся до госпитализации, а стационарное лечение начинается сразу же после поступления больного в больницу.

Наиболее распространенный метод ретроспективного анализа это сравнение показателей деятельности однотипных медицинских организаций и отдельных врачей. Оценивается деятельность амбулаторно-поликлинического звена (в т. ч. врачей общей практики). Для этого проводится так называемая «профилизация» провайдеров первичного звена, то есть собирается и анализируется информация об общем объеме и стоимости медицинской помощи, оказанной населению, приписанному к каждому участку или общеврачебной практике.

В ряду главных показателей можно назвать следующие:

- частота направлений к «узким» специалистам;
- уровень госпитализации;
- среднее число дней госпитализации;
- виды, количество и стоимость выписанных лекарств;
- число направлений на дорогостоящие исследования;
- число посещений на одного приписанного к конкретному участковому врачу (врачу общей практики).

Данная информация служит основой для оценки общего объема потребления ресурсов в интегрированной системе по каждому провайдеру. На её основе можно судить и о работе участковых врачей. Например, из статистических данных следует, что на определённом врачебном участке имеется меньше посещений на одного приписанного, чем в среднем по территории. Это может указывать на то, что, либо данный участок имеет более здоровый контингент приписанного населения, либо на участке перекладывается нагрузка на «узких» специалистов, «скорую помощь» и стационары. И ту и другую возможность необходимо анализировать.

Первую – путём стандартизации контингентов. Вторую – сравнением частоты направлений пациентов к специалистам и в стационары, а также уровень госпитализаций на одного приписанного. Если число посещений на одного пациента ниже среднего показателя, а частота направлений и объём использования дорогих ресурсов выше, то это является признаком либо более низкой нагрузки, либо слабой профилактической направленности их работы, либо низкой квалификации и определяет низкую эффективность первичного звена.

Следующий шаг ретроспективного анализа - сравнение общих затрат на одного приписанного с учётом всех видов медицинской помощи в интегрированной системе и вне ее (в случае направлений в другие организации). Эти данные должны собираться ежемесячно. Анализ должен вестись отдельно по возрастным группам приписанного населения. Кроме того, выделяются группы населения с хроническими заболеваниями. Учёт по этим группам даёт особенно богатую информацию, поскольку хронические больные чаще прибегают к услугам различных медицинских организаций. Затратная картина их лечения особенно важна для интегрированных систем оказания медицинской помощи. Используются и другие формы стандартизации, призванные учесть зависимость между показателем общих затрат на

одного жителя и составом обслуживаемого населения.

Еще более ценную информацию могут давать расчёты в разрезе отдельных профилей заболеваний и диагнозов (или их клинико-связанных групп). По каждому из них составляется сквозная таблица с данными по объёмам потребления и стоимости услуг по стационару, параклинической службе, узким специалистам.

Создание и практическое внедрение подобной системы потребует изменения всех информационных потоков в региональном здравоохранении. Приходится констатировать,



Система договоров должна быть построена таким образом, чтобы ориентировать ее участников на достижение конечных клинических и экономических результатов. При этом должны ставиться конкретные задачи и доводиться целевые показатели.

что современная система сбора статистической информации в здравоохранении далека от потребностей, накладываемых внедрением аналитической системы управленческого учёта. Но определить наименее эффективные звенья первичной медицинской помощи можно лишь на этой основе. Идея такой оценки состоит в том, чтобы выявить зоны неэффективности, обратить внимание на них, определить факторы неэффективности и условия их ликвидации.

Внедрение в здравоохранение комплексной системы экономических методов управления ресурсами предполагает изменение характера отношения к этой проблеме врачей. Без их заинтересованного участия трудно достичь поставленных целей, какими бы привлекательными они ни казались. Это предполагает некоторое ограничение традиционной клинической автономии врачей и утверждение новой системы ценностей, суть которой можно определить следующим образом: «не только лечить больного, но и участвовать в оптимизации затрат и управлении ресурсами». Практически это означает, что врачи должны искать наиболее эффективные формы совместной работы, взаимодействия с другими звеньями, обеспечения непрерывности лечения и наблюдения за больными. Так должна утверждаться корпоративная культура деятельности, основанная на тесном взаимодействии разных звеньев и ответственности каждого звена за конечный результат.

Говоря о внедрении системы управляемой медицинской помощи на территориальном уровне, необходимо сказать о том, что этот процесс требует изменения системы материального стимулирования провайдеров и медицинских работников. Важнейший принцип управляемой медицинской помощи - объединение отдельных звеньев оказания медицинской помощи общими экономическими методами управления для достижения максимальной эффективности



затрат по снижению потерь капитала здоровья населения. Для реализации этого принципа медицинские организации и отдельные врачебные практики, входящие в интегрированную систему, вступают в многосторонние договорные отношения между собой.

Система договоров должна быть построена таким образом, чтобы ориентировать ее участников на достижение конечных клинических и экономических результатов. При этом должны ставиться конкретные задачи и доводиться целевые показатели.

Использование принципа «деньги следуют за пациентом» упростит оказание всех видов медицинской помощи в любых медицинских организациях, на которые он распространяется, так как прием пациента – это дополнительные средства для учреждения, предоставляющего медицинскую услугу.

При такой организации оказания медицинской помощи формируется оптимальная структура здравоохранения города, в том числе и наиболее дорогостоящая стационарная, в которой койки перестают быть ресурсопределяющим фактором, только обеспечивают реализацию плановой функции по уровню госпитализации и её структуре.

Желательным условием является деятельность провайдера как самостоятельно хозяйствующего субъекта, несущего полную ответственность за свою деятельность, и в связи с этим получающего большую свободу в «зарабатывании» и расходовании финансовых средств.

Такой статус провайдера позволяет ему более активно включаться в конкуренцию и интеграцию, равновесие между которыми просто необходимо как фактор, стимулирующий совершенствование деятельности каждого провайдера, функционирующего на рынке медицинских услуг, которая, в свою очередь, невозможна без успешного маркетинга.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что эффективность и необходимость экономических методов в управлении здравоохранением на региональном и территориальном уровнях и в отдельных медицинских организациях очевидна.

При этом необходимо комплексное применение этих методов, которое позволило бы материально заинтересовать коллектив каждого провайдера медицинских услуг.

Основным результатом использования экономических методов является более широкое внедрение ресурсосберегающих технологий, в т.ч. управленческих, а также оптимизация структуры и функционирования отрасли.

Рита Термулаева,

руководитель Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Чеченской Республике

«МЕДОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЖНЫ ДЕЛАТЬ ВСЁ, ЧТОБЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ»

Здравоохранение – это жизненно важная и вместе с тем тончайшая область, которая требует от занятых в ней людей максимальной ответственности за выполняемую работу, ведь на кону самое ценное – жизнь и здоровье человека. Для организации соответствующего контроля в ней в России функционирует Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения – Росздравнадзор. Территориальные органы данного ведомства в регионах непосредственно осуществляют возложенные на них функции, касающиеся соблюдения права граждан страны на качественную медицинскую помощь.

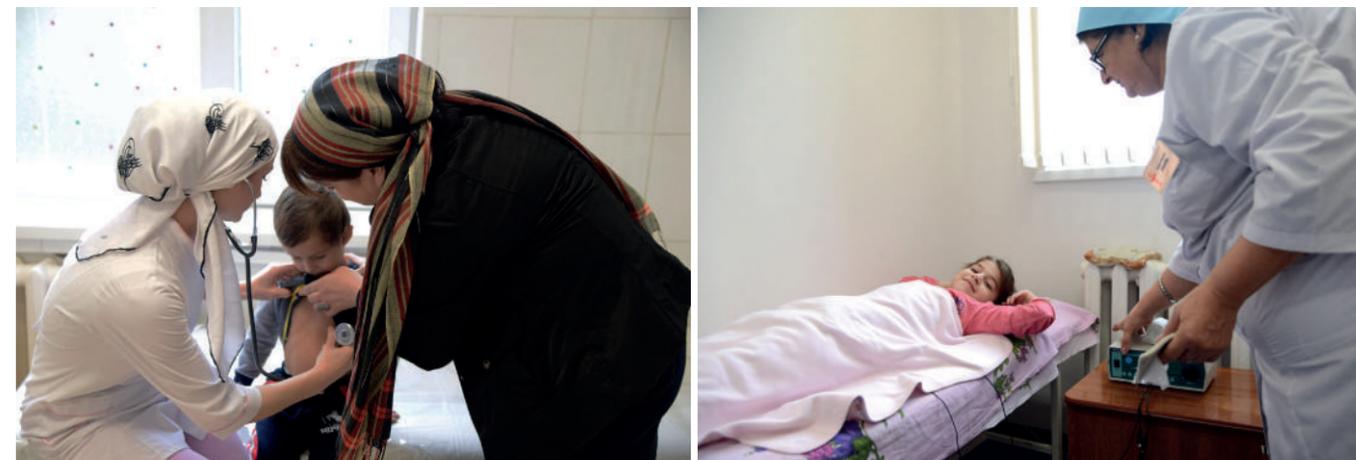


По своему определению и функциональным обязанностям Росздравнадзор – это государственный орган, основная задача которого – контроль за реализацией принятого в Российской Федерации законодательства для обеспечения эффективности и безопасности медицинской помощи и со-

блюдения прав граждан в сфере здравоохранения. С внесением поправок в данное законодательство менялись и функции Росздравнадзора. Сейчас служба имеет четыре основные зоны ответственности: это контроль за такими направлениями, как обращение медицинских изделий, качество лекарственных средств, качество оказания медицинской помощи, а также контроль за реализацией федеральных и региональных государственных программ, принятых в сфере здравоохранения.

В конце прошлого года с утверждением новой редакции Кодекса РФ «Об административных правонарушениях» и принятием Федерального закона от 25.11.2013 года № 317-ФЗ, внесшего изменения в отдельные законодательные акты РФ по вопросам охраны здоровья граждан, круг полномочий Росздравнадзора ещё более расширился.

В условиях динамичного роста социально-экономического состояния республики значимым разделом в сфере функциональных обязанностей Росздравнадзора остаётся контроль за обращением медицинских изделий и контроль за качеством лекарственных средств. В настоящий момент на территории РФ зарегистрировано более 37 тысяч медицинских изделий. Среди наиболее часто встречающихся нарушений при проведении контрольно-надзорных мероприятий можно выделить следующие: отсутствие информации на русском языке; отсутствие информации о месте нахождения изготовителя и отсутствие сведений о государственной регистрации медицинского изделия; отсутствие инструкции на медицинское изделие. На сегодняшний день ведется разработка соответствующего Федерального закона «Об обращении медицинских изделий», вступление в силу которого



должно значительно облегчить работу в этом направлении.

Так как качество лекарственных средств в значительной мере определяет эффективность оказания медицинской помощи населению, в деятельности Росздравнадзора одним из основных направлений обозначен государственный контроль качества лекарственных средств, находящихся в обращении. В Чеченской Республике функционирует межрегиональная контрольно-аналитическая лаборатория, на базе которой работает передвижная экспресс-лаборатория. Контрольные мероприятия сопровождаются экспертизой качества лекарственных средств. Она проводится в отношении всех субъектов обращения лекарственных средств: аптечных и медицинских организаций, оптовых фармацевтических организаций. Несмотря на значительное снижение доли фальсифицированных препаратов в обращении, службой проводится активная работа по пресечению оборота данной продукции. Важную роль в этом играет взаимодействие с Прокуратурой ЧР, Министерством внутренних дел по ЧР, Федеральной службой Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков по ЧР, а также общественными организациями.

И, наконец, важнейший раздел нашей работы – это качество медицинской помощи. Сюда входит контроль за соблюдением стандартов качества медицинской помощи, организация и порядок производства медицинской экспертизы, допуск к профессиональной деятельности иностранных граждан, контроль за организацией и осуществлением ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Это крайне значимое направление, которым мы занимаемся совместно с Министерством здравоохранения ЧР и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Сегодня мы должны констатировать, что назрела необходимость создавать в медицинских организациях определенную систему мер обеспечения качества медицинской помощи. Она состоит из многих разделов: туда входит и качество лабораторных исследований, и качество организации инфекционного контроля внутри медицинской организации,

и управление рисками, и система работы с кадрами, в том числе повышение квалификации (не только формально раз в 5 лет, но и постоянное поддержание профессиональных навыков врача). Медицинская специальность, несомненно, особенная, она сочетает в себе много компонентов: научную деятельность, профессиональное мастерство врача, мануальные навыки, которые необходимы для оказания помощи, и многое другое. И жизнь нам об этом ежедневно напоминает.

Несмотря на неравнозначные стартовые условия по сравнению с остальными регионами России, реализация программных мероприятий в позитивную сторону изменила лечебно-диагностический процесс в учреждениях здравоохранения республики. В первую очередь, это связано с повышенным вниманием к вопросам здравоохранения в Чеченской Республике со стороны руководства ЧР – главным образом, Главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Ахматовича Кадырова, который, как мы знаем, делает всё для получения населением качественной медицинской помощи. Так, улучшилась оснащённость амбулаторно-поликлинических учреждений медицинским оборудованием и обеспеченность станций и отделений скорой помощи специализированным медицинским автотранспортом; произошло повышение оплаты труда врачей и среднего медицинского персонала первичного звена и т.д.

Вместе с тем результаты наших проверок показывают, что в сфере оказания медицинской помощи жителям республики остаются неразрешённые вопросы: в частности, нами выявлено, что высокотехнологичное оборудование и медицинская техника используются недостаточно эффективно. В этой связи необходимо отметить, что каждая медицинская организация должна ответственно относиться к тому ресурсу, который дан им государством, и каждый врач, медсестра, руководитель учреждения должны приложить все усилия, чтобы потребности пациентов, которые заложены в государственную программу, были полностью реализованы. В этом и есть главное предназначение государственной политики в сфере оказания населению медицинской помощи.

СЛОЖНЫЕ ВОПРОСЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПО ПРОГРАММЕ ОМС И НА ВОЗМЕЗДНОЙ ОСНОВЕ

(продолжение, начало в 5 номере журнала)



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



ПИРОГОВ М.В.,
д.э.н., профессор

В 2012 году началась разработка общероссийской системы КСГ, под эгидой федерального фонда РФ, с участием экспертов Всемирного банка. Площадкой для проведения аналитической, расчетной и методической работы стали три субъекта РФ: Липецкая, Кировская и Тюменская области.

Эта работа позволила оценить возможности информационных данных и используемых методических подходов, для расчета КСР-РФ и сформировать 187 позиций (т.н. 1-я версия КСГ-РФ), которые прошли апробацию в 3-х пилотных регионах.

Наличие сформированных КСГ позволило конкретизировать способы оплаты медицинской помощи, введя положения по способам оплаты непосредственно в постановление правительства о ПГГ на 2013 (плановый период 2014-2015 годов).

«При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в **амбулаторных условиях**:

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной в **стационарных условиях**:

- за законченный случай лечения заболевания;

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях **дневного стационара**, - за законченный случай лечения заболевания;

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной **вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования;

- за вызов скорой медицинской помощи;

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи¹.

На уровне Постановления правительства РФ для стационарной и стационарозамещающей помощи была исключена оплата по объемным показателям, а именно по койко-дням и пациенто-дням, применяющиеся до 2013 года повсеместно.

¹Постановление от 22 октября 2012 года №1074 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»



Альтернативными для оплаты стали: законченный случай лечения заболевания и законченный случай лечения для группы заболеваний. КСГ были определены как один из возможных способов группировки.

Так как с 2013 года скорая медицинская помощь, оказываемая вне медицинской организации, включалась в базовую программу ОМС, то постановление определяло альтернативные способы оплаты для этого вида медицинской помощи.

В постановлении Правительства РФ по ПГГ 2013 года была введена новая единица планирования амбулаторной лечебной помощи – обращение, заменившее посещение к врачу клинической специальности и ставшее синонимом законченного случая лечения в поликлинике.

Определение способов оплаты постановлением правительства РФ требовало разработки новых методических ре-

комендаций по способам оплаты, т.к. ряд положений постановления правительства вошел в противоречие с положениями методических указаний Минздравсоцразвития РФ 2009 года.

Для разработки рекомендаций была сформирована рабочая группа Министерства здравоохранения Российской Федерации² из представителей Минздрава РФ, федерального фонда ОМС, ведущих ученых и практиков: организаторов здравоохранения, экономистов и клиницистов. Руководителем рабочей группы был назначен заместитель министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманян, а его заместителем – помощник министра здравоохранения

²Приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. № 412

³Минздравсоцразвития РФ был реорганизован в 2012 году в Минздрав РФ (прим. автора)



Российской Федерации В.О. Флек.

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

На своих заседаниях рабочая группа ознакомилась с результатами работы специалистов системы ОМС и экспертов Всемирного банка по разработке и внедрению в пилотных регионах 1 версии КСГ-РФ и сформулировала основные положения рекомендаций по оплате медицинской помощи по программе государственных гарантий.

Во исполнение п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования направило для использования в

работе рекомендации «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

В рекомендациях представлена краткая информация об использовании клинико-статистических групп болезней (КСГ) в оплате медицинской помощи в зарубежных странах, особенности формирования способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий в Российской Федерации на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, при оплате стационарной, амбулаторной и стоматологической медицинской помощи. Данные рекомендации стали полноценной заменой рекомендаций Минздравсоцразвития от 2009 года.

Для однозначного толкования терминов и определений, связанных с оплатой медицинской помощи в рекомендациях был дан подробный понятийный аппарат. Были даны формулировки как для отечественных клинико-статистических групп (КСГ), так и для зарубежных диагностически-родствен-

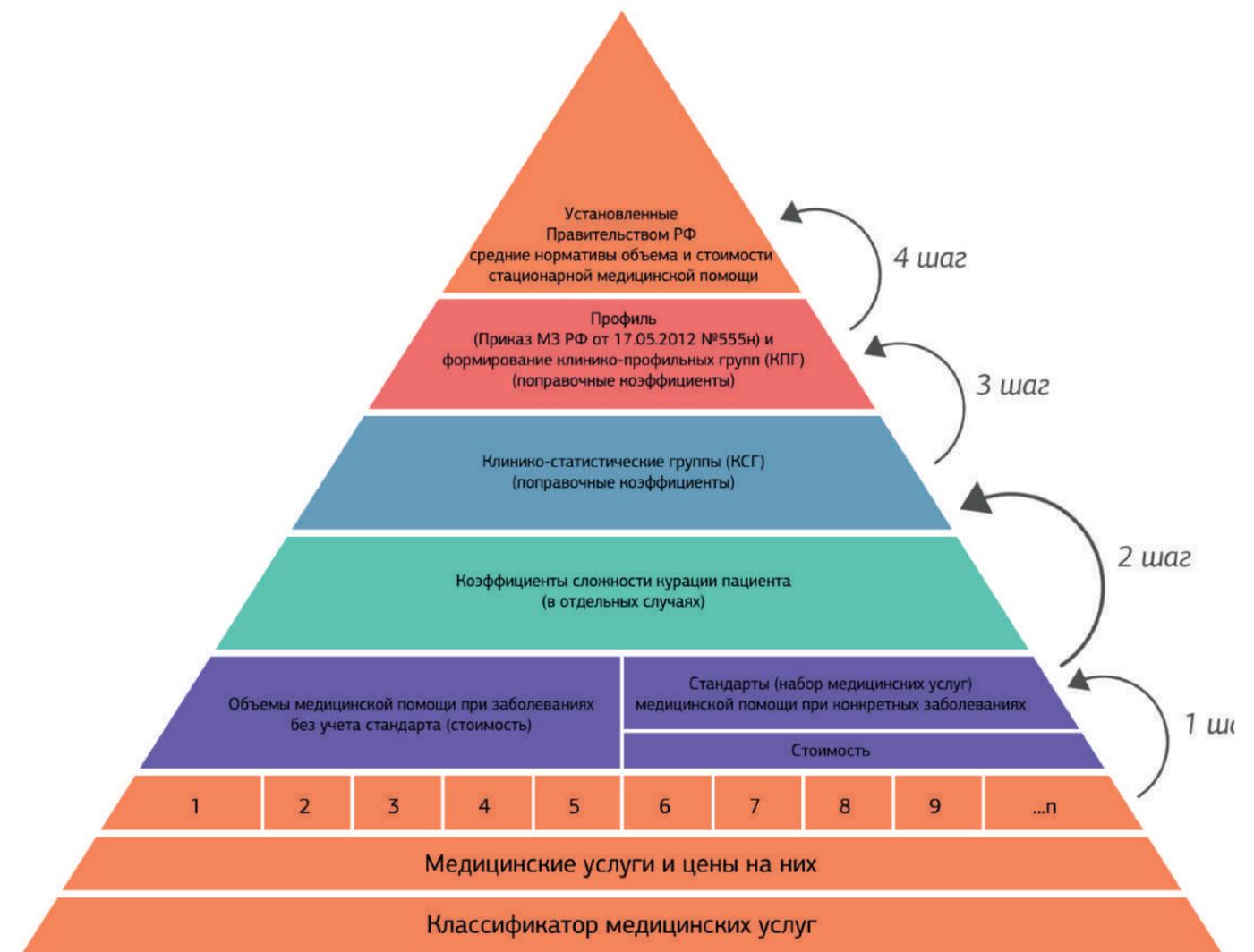


Рис.5. «Пирамида» преемственности.

ных групп (ДРГ). Одним из существенных отличий названных групп, безусловно, был принцип группировки диагнозов. Если ДРГ группировались в классы болезней (или органы и системы организма), то КСГ объединялись по «профильному» признаку в так называемые клинико-профильные группы (КПГ).

Такой «нетрадиционный» метод группировки КСГ был выбран по двум причинам:

- для сохранения преемственности планирования медицинской помощи по ПГГ по профильным отделениям и оплатой по КСГ, но в рамках профильных отделений стационаров;
- оплата по среднепрофильному пациенту использовалась в субъектах так же часто, как и оплата по койко-дням и, исключив койко-дни, необходимо было в переходный период оставить «упрощенный» способ оплаты по профильному за-

конченному случаю, т.е. по КПГ. Многие регионы использовали эту возможность для плавного перехода с оплаты по койко-дню на оплату законченного случая лечения.

На рисунке 5 представлена разработанная д.м.н., профессором Флеком В.О. «пирамида» преемственности клинической практики (медицинские услуги), инструментов оплаты (КСГ) и единиц планирования объемов по ПГГ. Наглядно представлены шаги группировки медицинских услуг в объемные нормативы ПГГ, в том числе с использованием стандартов медицинской помощи.

Еще одной особенностью 1-ой версии КСГ-РФ является отсутствие признака возраста, что не характерно для ДРГ.

Отечественные КСГ имели только два признака группировки:

- набор нозологий по МКБ-10;
- признак оперативного вмешательства по номенклатуре медицинских услуг РФ.

Хотя практически во всех зарубежных КСГ тоже присутствуют эти оба обязательных критерия группировки, однако они присутствуют в ДРГ одновременно. Диагноз вместе с операцией – «оперативные» ДРГ; диагноз без операции – «терапевтические» ДРГ.

К сожалению, в РФ не был накоплен статистический материал по одновременному учету нозологий и операций (и других услуг)¹, что не позволяло сформировать КСГ по общемировой традиции.

«Хирургические» КСГ-РФ группировались по операциям без учета нозологий.

В соответствии с международной практикой разработки и применения ДРГ они отличаются стоимостью, так как включают различные наборы услуг, лекарств, имеют разную длительность, характеризуя «среднего» пациента. Это стоимостное различие для удобства применения описывается в относительных величинах (числовых или «балльных»), которые получили наименование «весовых коэффициентов».

В отечественной практике были введены различные коэффициенты, позволяющие оценить относительную стоимость КСГ в различных клинических ситуациях.

Коэффициент относительной затратоемкости по клинко-статистической группе заболеваний – поправочный коэффициент затратоемкости клинко-статистической группы заболеваний как отношение ее затратоемкости к базовой ставке финансового обеспечения;

Управленческий коэффициент – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий уменьшить количество непрофильных госпитализаций и стимулировать развитие применения современных эффективных технологий. Управленческий коэффициент может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации для конкретной КСГ или КПП с целью мотивации медицинских организаций к повышению или снижению уровня оказания стационарной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу (для терапевтических групп), или стимулированию медицинской организации к внедрению конкретных методов хирургического лечения (для хирургических групп). Для стимулирования медицинских организаций к повышению уровня госпитализации значение управленческого коэффициента должно быть выше 1. Для снижения уровня госпитализации по данной клинко-статистической группе заболеваний значение управленческого коэффициента должно быть ниже 1.

¹Подобный учет был организован в системе ОМС только с 2012 года в соответствии с принятой Минздравсоцразвития РФ в конце 2011 года номенклатурой услуг в здравоохранении (прим. автора).

Управленческий коэффициент не может превышать уровень 1,5.

Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания стационарной медицинской помощи. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, в случае, если при прогнозировании размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по КСГ или КПП, размер финансового обеспечения медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи (областные, городские, районные) отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более, чем на 10 %. Данный коэффициент отражает разницу в финансовом обеспечении стационарной медицинской помощи на различных уровнях. При этом установление индивидуальных тарифов для отдельных медицинских организаций недопустимо. Коэффициент уровня стационара не может превышать уровень 1,5.

Коэффициент сложности курации пациентов – дополнительный поправочный коэффициент стоимости КСГ, устанавливаемый в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям и др.) и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Коэффициент сложности курации пациентов может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации. Коэффициент сложности курации пациентов устанавливается в отдельных случаях (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставлением спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний; наличием у пациента тяжелой сочетанной патологии и др.) и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам. Решение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе, оформляется соответствующим протоколом. Значение коэффициента сложности курации пациентов суммарно не может превышать уровень 1,3.

Произведение этих коэффициентов эквивалентно зарубежным весовым коэффициентам и обеспечивает

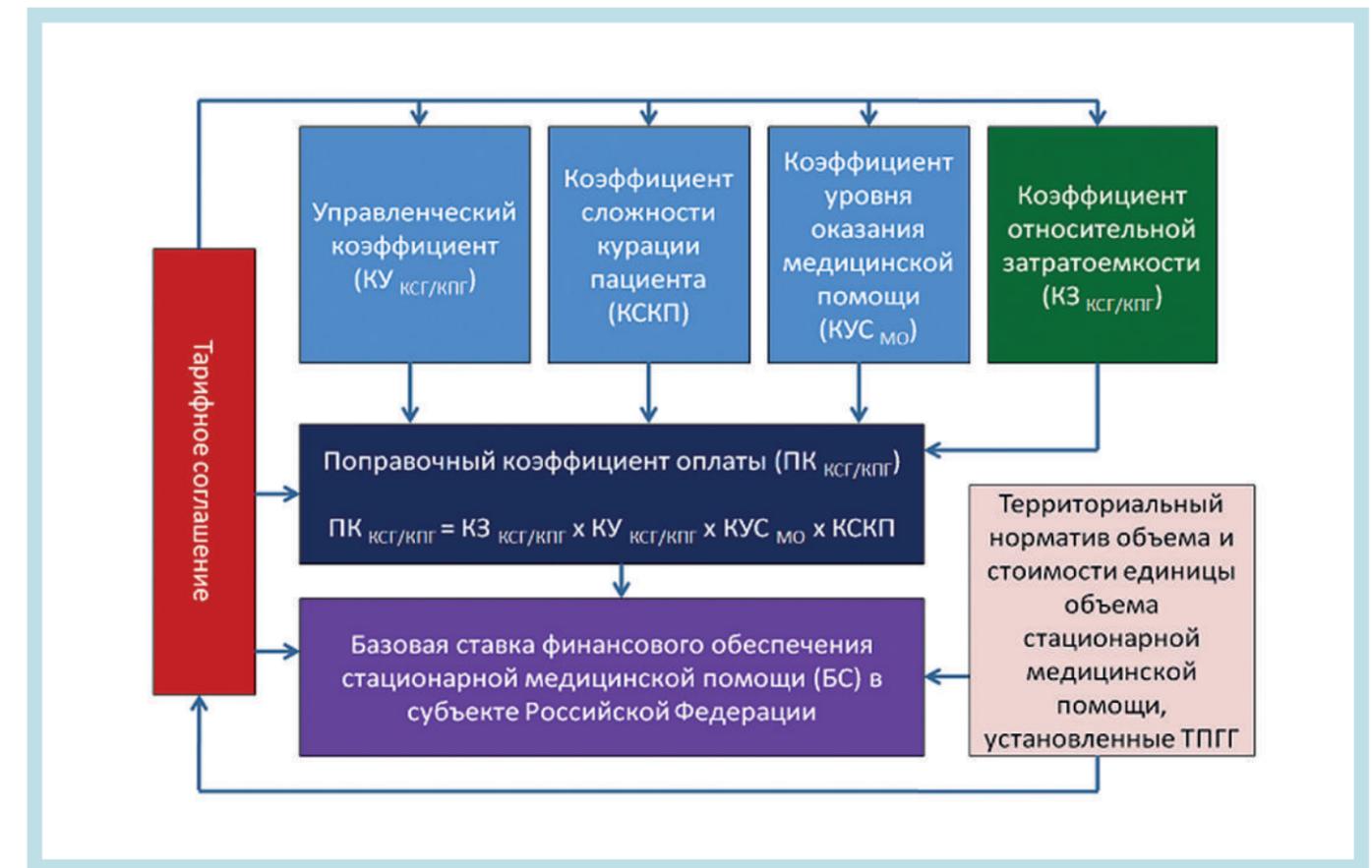


Рис.6. Методические подходы к формированию стоимости КСГ (КПП) в рамках территориальной ПГГ (программы ОМС).

«гибкость» системы КСГ на начальном этапе её внедрения.

Перечень клинко-статистических групп заболеваний, в том числе количественное наполнение групп, подготовлены с учетом предложений и замечаний субъектов Российской Федерации, в рамках работы, проводимой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования².

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

Абсолютная стоимость (тариф) КСГ определяется по

²Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.09.2012 г. №191

методике, представленной на рис.6, обеспечивающей баланс финансовых ресурсов, предназначенных на оплату медицинской помощи, объема плановых (фактических) госпитализаций и применяемого тарифа.

При использовании данных методических подходов желательно проводить анализ оказываемой медицинской помощи с определением частоты встречаемости заболеваний (операций), входящих в КСГ (КПП), и учитывать эту информацию при мониторинге счетов, формируемых медицинской организацией, для предотвращения искажения информации с целью «заработать» больше денег на более дорогих КСГ.

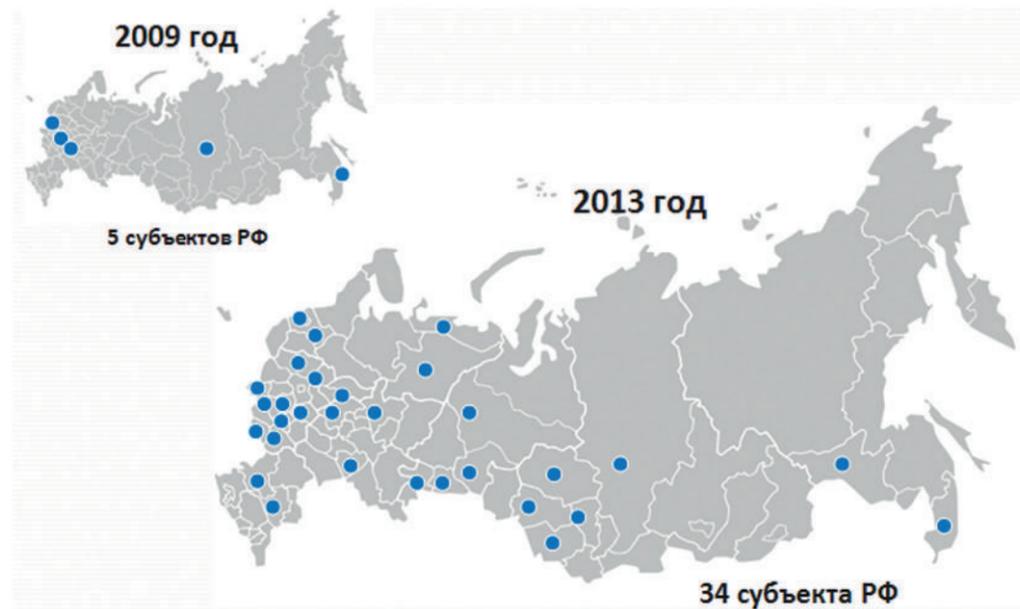


Рис.7. Распространенность метода КСГ в РФ.

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

Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПП) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определяется, исходя из средств территориальной программы ОМС на цели оплаты стационарной медицинской помощи;
- коэффициент относительной затратоемкости КСГ и КПП разработан ФФОМС и Всемирным банком;
- поправочный коэффициент оплаты КСГ или КПП с учетом:
 - управленческого коэффициента;
 - коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи;
 - коэффициента сложности курации пациента.

Оплата прерванного случая лечения пациента в стационаре (пациент переведен в другую медицинскую организацию) осуществляется за количество проведенных им койко-дней в стационаре с учетом КПП.

Для определения эффективности деятельности стационаров медицинских организаций субъектом Российской Федерации осуществляется оценка показателей рационального и целевого использования коечного фонда, рекомендованная Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Наряду с очевидными достоинствами – простотой формирования и универсальностью применения, 1-я версия КСГ-РФ обладала и рядом недостатков:

1) очень крупные группировки заболеваний в рамках конкретных КСГ и отсутствие КСГ по ряду профилей (например: по онкологии);

2) экспертный метод определения коэффициентов, используемых для определения абсолютной стоимости КСГ.

3) упрощенная система критериев группировки КСГ отдельно по заболеваниям и отдельно по операциям.

Работа над устранением названных недостатков завершилась в 2013 году созданием 2-й версии КСГ-РФ¹.

КСГ стало больше (201 позиция), наряду с «хирургическими» и «терапевтическими» КСГ были сформированы «комбинированные» КСГ, содержащие дополнительные признаки группировки заболеваний, позволяющие более точно «выбирать» необходимую КСГ в зависимости от возраста, тяжести заболевания, веса новорожденных и по совокупности нескольких признаков.

Были предложены алгоритмы выбора КСГ по ряду классификационных признаков, т.е. заложена основа объективного «группировщика» КСГ как альтернатива экспертным (субъективным) решениям².

КСГ стали широко внедряться в практику оплаты стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи в различных регионах России.

Если в 2009 году, когда данный метод оплаты был признан эффективными и рекомендовался Минздравсоцразвития РФ, таких регионов было пять, то в 2013 году их число увеличилось **в семь раз (см.Рис.7)**.

¹Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 и приказ ФОМС от 14.11.2013г. №229, рекомендации по КСГ-РФ 2-й версии

²Письмо ФОМС от 13.12.2013г. №8404/21-4/и, алгоритмы выбора КСГ по классификационным признакам

Для второй версии КСГ-РФ расчет величины коэффициента относительной затратоемкости КСГ и КПП проведен с учетом стоимости стандартов медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также стоимости набора медицинских услуг, оказываемых при заболеваниях, на которые стандарты не установлены.

При этом субъект Российской Федерации самостоятельно определяет способ оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях:

- на основе клинико-профильных групп (КПП), объединяющих заболевания;
- на основе клинико-статистических групп (КСГ), объединяющих заболевания;

При этом не исключается возможность сочетания использования этих способов при различных заболеваниях. Способ оплаты устанавливается Тарифным соглашением

Существенной новацией 2-й версии КСГ было определение структуры затрат для коэффициента затратоемкости по заработной плате, медикаментам, питанию и прочим расходам, что делает КСГ инструментом формирования объективно плана финансово-хозяйственной деятельности для медицинской организации, выполняющей программу ОМС.

Детальный анализ тарифных соглашений и территориальных программ ОМС более 40 субъектов РФ в 2013 и 2014 годах показывает разную степень «исполнительности» субъектов РФ в вопросе внедрения КСГ-РФ 2 версии. Условно можно выделить четыре типичных подхода в этом вопросе:

- субъекты пока не применяют КСГ-РФ (применяет КПП),

но планируют внедрить в ближайшее время;

- субъекты применяют КСГ-РФ в точном соответствии с рекомендациями МЗ РФ и ФОМС, следуя алгоритмам предписанным инструкцией ФОМС;

- вносят творческие дополнения и изменения в КСГ-РФ (по структуре, числу, коэффициентам и т.п.), см. Табл.3;

- называют старые группировки заболеваний (МЭСы, КЗГ и т.п.), разработанные в регионе до появления КСГ-РФ, новым термином КСГ (см.Табл. 4).

Действия двух последних групп субъектов РФ, безусловно являются интересной инициативой, которая допускается рекомендациями МЗ РФ, разработанными в 2012 году.

«Система КСГ должна учитывать развитие территориальных систем планирования, оплаты и мониторинга медицинской помощи.»

К набору рекомендуемых КСГ при отсутствии рекомендуемых КСГ в КПП, субъект Российской Федерации может самостоятельно устанавливать дополнительные КСГ.

В субъекте Российской Федерации в составе КСГ могут быть выделены отдельные подгруппы и отдельные заболевания, на которые Министерством здравоохранения Российской Федерации установлены стандарты медицинской помощи, с расшифровкой в разрезе кодов МКБ-10 (для терапевтических подгрупп) или кодов Номенклатуры (для хирургических подгрупп).

При этом оплата стационарной медицинской помощи может быть осуществлена по стоимости стандарта медицинской помощи.»

Таблица 3. Фрагмент региональных КСГ, расширяющих КСГ-РФ

Код	Наименование КСГ	Кз	Группа КСГ	Стоимость (1,2,3 ур.)		
				1	2	3
76	Химиотерапия при ЗНО других локализаций (кроме ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей)	2,3	Терапевтическая	0,00	0,00	56 030,06
001	Химиотерапия по поводу новообразования (уровень затрат 1)	4,03	Терапевтическая	0,00	0,00	60 868,13
002	Химиотерапия по поводу новообразования (уровень затрат 2)	21,5	Терапевтическая	0,00	0,00	120 464,62
003	Химиотерапия по поводу новообразования (уровень затрат 3)	38,12	Терапевтическая	0,00	0,00	130 009,22
004	Химиотерапия по поводу новообразования (уровень затрат 4)	67,39	Терапевтическая	0,00	0,00	410 420,16
005	Комплексная терапия по поводу новообразования (уровень затрат 1)	2,63	Терапевтическая	0,00	0,00	64 069,15
006	Комплексная терапия по поводу новообразования (уровень затрат 2)	3,78	Терапевтическая	0,00	0,00	92 084,18

Код	Наименование КСГ	Тариф	Длит.	Диagn.
2.22.220.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I - III стадии (системное лекарственное, включая химиотерапевтическое, лечение)	90 801	10	C50
2.22.221.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы III стадии (предоперационная лучевая терапия)	95 868	35	C50
2.22.222.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы 0, I, II, IIIA стадии (опер. лечение)	98 397	18	C50
2.22.223.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IIIB, C стадии (опер. лечение)	115 801	20	C50
2.22.224.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы IV стадии (опер. лечение)	148 684	18	C50
2.22.225.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I - III стадии (послеоперационная лучевая терапия)	110 327	49	C50
2.22.226.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при первично-генерализованных и рецидивных формах злокачественных новообразований молочной железы IV стадии - первично; I - IV стадии - прогрессирование (системное лекарственное, в том числе химиотерапевтическое, лечение)	162 350	10	C50
2.22.227.0	Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях молочной железы I - IV стадии при наличии внутрикожного метастаза-фотодинамическая терапия)	23 026	18	C50

Таблица 4. Фрагмент региональных КСГ на основе федеральных стандартов

Как в первом (Табл.3), так и во втором (Табл.4) примерах, инициативы субъектов не противоречат федеральным рекомендациям, но позволяют с большей точностью осуществлять финансирование медицинских организаций (в частности по онкологии) с большей объективностью, заменяя экспертные коэффициенты (уровня, управления, курации) расчетными данными на основе стоимости услуг и медикаментов и т.п., входящих в тариф ОМС.

В 2014 году работа по совершенствованию КСГ-РФ продолжается. Разрабатываются КСГ-РФ (3-й версии)¹ по высокотехнологичной медицинской помощи для использования их в системе ОМС с 2015 года. Эта работа проводится также в части:

- введения дополнительных критериев группировки и разработки новых групп;
 - разработки методики учета затрат медицинских организаций;
 - совершенствования Номенклатуры медицинских услуг
- Для участия в практической апробации КСГ-РФ 3-й

¹Выход 3-й версии КСГ-РФ ожидается в конце 2014 года (прим.автора)

версии привлечены восемь субъектов РФ, дополнительно к первым трем (Московская, Свердловская, Кемеровская области, Ставропольский, Краснодарский и Хабаровский края, республика Татарстан и г. Санкт-Петербург).

В программе государственных гарантий на 2014 год (и плановый период 2015-2016 годов) внесены серьезные изменения, касающиеся как плановых объемных нормативов, так и используемых методов оплаты медицинской помощи.

1. Норматив стационарной медицинской помощи, за исключением медицинской реабилитации в 2014 году формируется в госпитализациях на 1 жителя (застрахованное лицо по ОМС).

2. Метод КСГ используется при оплате стационарозамещающей медицинской помощи.

3. Для медицинских организаций, оказывающих первичную медицинскую помощь и имеющих прикрепленное население (поликлиники, амбулатории, ФАПы и врачи общей практики), использование подушевого способа оплаты в сочетании с оплатой отдельных услуг стало обязательной нормой.

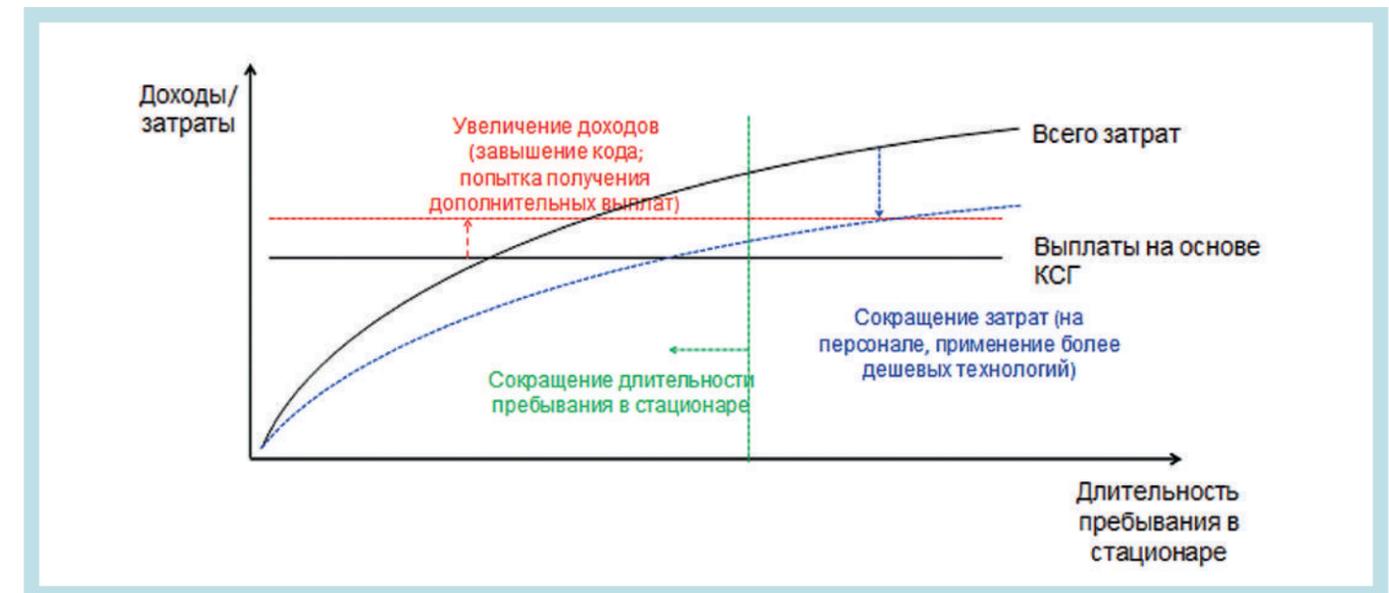


Рис.8. «Риски» использования КСГ.

С большой вероятностью данные положения сохранятся и на 2015 год², что ставит ряд важных методических, расчетных и плано-организационных задач по:

- планированию стационарной медицинской помощи в тех же единицах (т.е. в КСГ), в которых она будет оплачиваться, обеспечивая тем самым не только баланс финансовых средств территориальной программы ОМС, но и медико-экономический баланс³.

- разработку и применение КСГ для дневных стационаров всех типов и по медицинской реабилитации (восстановительному лечению);

- разработку методологии формирования подушевых нормативов оплаты амбулаторной медицинской помощи с частичным фондодержанием, учитывающей общероссийскую тенденцию развития метода КСГ как универсального инструмента для планирования и оплаты медицинской помощи по ППГ⁴.

Метод КСГ (ДРГ) хорошо зарекомендовал себя во многих экономически-развитых странах. Его применение в течении последних 30 лет позволяет оценить следующие позитивные

²В проекте ПП РФ по ППГ на 2015 год, на сайте МЗРФ (сентябрь 2014г.) данные положения присутствуют (прим.автора).

³Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. «Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7 2013 г./ 85с. и Пирогов М.В. «Экономическое и информационное обеспечение клинико-экономического баланса в сфере медицинских услуг», Монография/ приложение к журналу Главврач № 10 2013г./ 82с.

⁴Пирогов М.В., Манухина Е.В. «Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7, 2012 г./ 85с.

сдвиги в организационно-экономических отношениях системы здравоохранения этих стран, а именно:

1. Сокращение средней длительности пребывания пациента в стационаре и числа самих стационаров.
2. В условиях оплаты по КСГ больницы вынуждены организовывать догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях.
3. Заключительный этап лечения и реабилитация переносится либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия с использованием медицинского персонала.
4. В условиях оплаты по диагностически связанным группам также заметно возрастает объем амбулаторной хирургии.

Несмотря на приведенные положительные примеры, опыт внедрения КСГ в других странах показывает и «подводные камни» этого метода, которые проявляются на первых этапах внедрения (5-10 лет) и постепенно компенсируются путем постоянного совершенствования данного метода. Сама «старая» модель КСГ, разработанная и внедренная в США в 1987 году к 2014 году насчитывает 21 версию.

Необходимо реально понимать, что КСГ не идеальный метод оплаты, и его внедрение несет определенные «риски»: клинические, социальные и финансовые. Изучая и используя опыт других стран, можно избежать многих «общеизвестных» проблем, связанных с оплатой медицинской помощи по клинико-статистическим группам (см. Рис.8).



Первая «реакция» медицинской организации на внедрение метода КСГ связана с тем, что оплата за случай лечения, если он не был «прерванным» не зависит от длительности пребывания пациента в стационаре (черная прямая линия). Собственные расходы медицинской организации находятся в сложной функциональной зависимости от длительности лечения (черная кривая линия), и связано это с высокими расходами в первые дни лечения и с их снижением в последующие дни, а также с наличием переменных и постоянных расходов (не зависящих от длительности лечения). Область «прибыли» - превышение доходов над расходами - находится левее точки безубыточности (пересечение прямой и кривой линий), что стимулирует медицинскую организацию к ранней выписке пациентов, не всегда обоснованной. Кроме того необходимо учитывать, что КСГ - РФ - это очень большая группировка, в которой собраны заболевания с различной длительностью лечения. Влияют также и особенности течения заболевания, наличие осложнений и т.п. Экономический мотив «заработать» больше с меньшими собственными издержками приводит к ранней выписке пациентов (по «нормативу»), к нежеланию заниматься сложными случаями лечения и т.п. Резкое снижение средней длительности госпитализации является признаком данной негативной тенденции. Практика многих стран показывает, что реальное снижение длительности и числа госпитализаций происходит постепенно и занимает годы (в Германии за 8 лет использования КСГ средняя длительность госпитализации снизилась только на 10%, по 1% в год).

Для компенсации данной «экономии», влияющей, в первую очередь, на качество лечения, необходимо усиление роли экспертизы лечебного процесса как внутриведомственной, так и вневедомственной. Необходимы протоколы ведения пациентов (клинические рекомендации), которые только разрабатываются в нашей стране. Необходимо изменение методологии контроля с использованием данных протоколов и практический опыт экспертных служб как в здравоохранении, так и в страховых организациях. Подобный опыт нарабатывался в других странах десятилетиями. Контроль качества медицинской помощи с использованием протоколов ведения пациентов был отработан гораздо раньше внедрения ДРГ.

Усиление контроля за обоснованностью ранних выписок и качеству лечения зачастую приводит к попыткам медицинских организаций «манипулировать» диагнозами и другими классификационными признаками КСГ.

Это вторая «реакция» на внедрение КСГ и желание получить дополнительный доход. Точка безубыточности (пересечение черной кривой линии и красной пунктирной) сдвигается вправо, что позволяет получать финансовые средства по более сложной и соответственно более дорогостоящей КСГ.

Для компенсации данной ситуации, которая приводит не только к росту расходов на здравоохранение, но и к искажению медицинской статистики по структуре заболеваемости, используют т.н. «группировщики», компьютерные программы, в которые вводятся различные параметры по пациенту, диагностическому и лечебному процессу. Программа по определенному алгоритму, который учитывает различные классификационные признаки КСГ и сопоставляет с ними данные по конкретному случаю лечения, «назначая» для этого случая КСГ для оплаты оказанной медицинской помощи. Эти программы и их алгоритмы постоянно совершенствуются по мере развития национальной системы КСГ.

Начало созданию отечественного «группировщика» для КСГ-РФ заложено в алгоритмах выбора КСГ по классификационным признакам, разработанным специалистами ФОМС совместно с экспертами Всемирного банка.

По мере совершенствования методов экспертизы лечебного процесса и развития «группировщика», возможности «простых» решений для достижения точки безубыточности уменьшаются. Медицинские организации начинают заниматься анализом собственных расходов, уходя от идеологии – «сложившихся затрат». После определения «узких» мест финансово-хозяйственной деятельности медицинская организация начинает заниматься вопросами оптимизации структуры, фармэкономикой, повышением производительности труда и т.п. Начинается постепенное сокращение «сложившихся» затрат и сдвиг точки безубыточности вправо на пересечение синей кривой пунктирной линии и черной прямой.

Описанные эволюции происходили во всех странах, которые начинали использовать КСГ-ДРГ, с большой

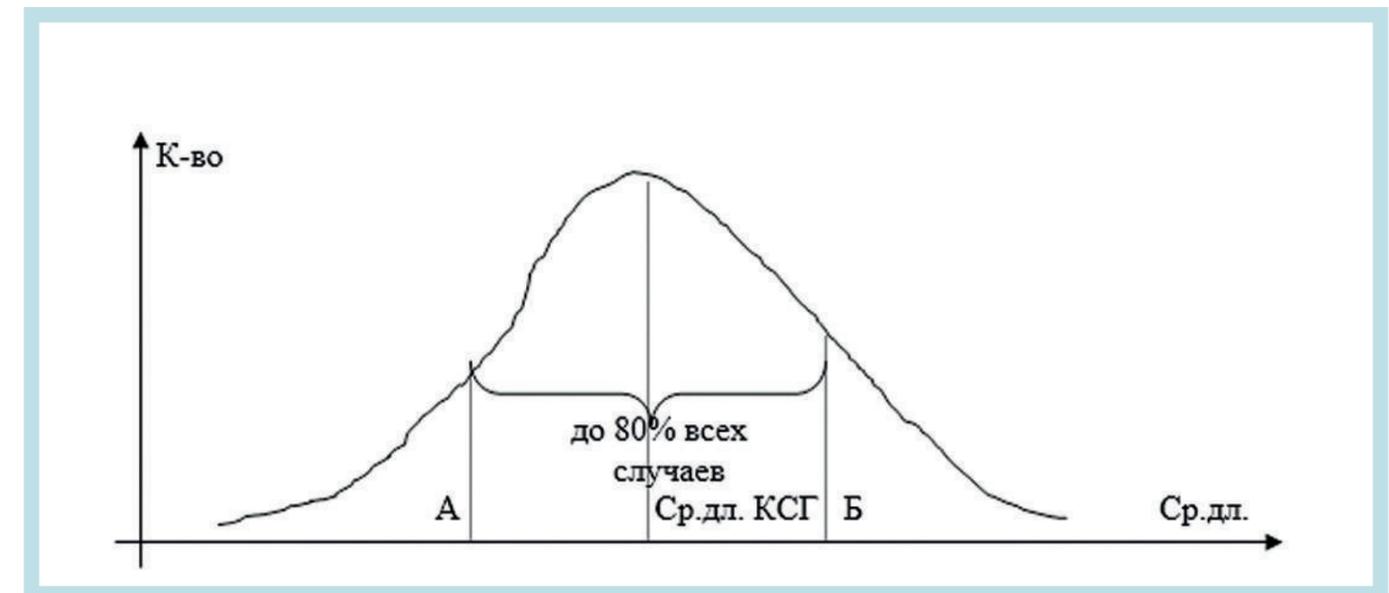


Рис. 9. Правило группировки различных заболеваний в КСГ по признаку длительности.

вероятностью их можно ожидать и в России.

Много вопросов при организации оплаты по методу КСГ вызывают т.н. «крайние» ситуации и «нетипичные» случаи:

1. Как оплачивать случай лечения, длительность которого намного меньше средней длительности по КСГ, но пациенту были оказаны дорогостоящие медицинские услуги (реанимация, операция, томография и т.п.) или были понесены большие затраты связанные с лекарственным обеспечением, дорогими расходниками и одноразовым инструментом?

2. Как оплачивать случай лечения, длительность которого на много больше средней длительности, и это связано с состоянием самого пациента (возраст, сопутствующие заболевания и т.п.)?

3. Как оплачивать одновременное лечение двух заболеваний (основного и сопутствующего) при условии обеспечения средней длительности по КСГ?

Для ответа на данный вопрос сначала надо рассмотреть принцип определения средней длительности группы заболеваний, объединенных в одну КСГ.

Если взять большое число случаев лечения и построить график зависимости числа заболеваний и их средней длительности то можно получить функцию «нормального» распределения (см.Рис.9).

Заболевания включаются в КСГ, если их средняя длительность находится в диапазоне от «А» до «Б», и их суммарное число составляет не менее 80% всех рассматриваемых случаев лечения. Заболевания, имеющие среднюю длительность за пределами данного диапазона, в КСГ не должны включаться, т.е. для них должны формироваться другие КСГ, со своей средней длительностью.

Такой подход к оценке средней длительности заболеваний и КСГ (групп) заболеваний позволяет уменьшить число случаев, длительность которых сильно отличается от средней. Хотя в реальной практике такие случаи будут, но все их можно относить к «экспертным», нетипичным случаям лечения, и принимать решения по оплате, исходя из объективных причин, вызвавших данное отклонение (например: смерть пациента или особенности течения заболевания).

Для оплаты «прерванных» (коротких) случаев лечения федеральная методика по выбору метода оплаты предлагает оплачивать часть стоимости КСГ, пропорциональную фактической длительности лечения (например, КСГ: длительность 20 дней стоит 100 000 руб., если больной умер на 3 день, то больнице оплачивается 15 000 руб.).

С таким подходом можно согласиться на первом этапе внедрения метода КСГ, т.к. он не учитывает интенсивность лечения в первые дни (реанимация, диагностика, операции, массивная лекарственная терапия и т.п.).

Есть два способа учета интенсивности лечения:

1. Экспертный с использованием коэффициента курации (например: для тяжелого реанимационного больного, в случае его смерти на 3 день, вводится коэфф. курации, равный трем. Больница получит за 3 дня лечения 45 т.р., что адекватно расходам на реанимацию данного больного).

Тот же коэффициент курации можно применять при долгом (нетипичном) течении болезни или при наличии сопутствующих заболеваний. Использование экспертного метода снимает «остроту» конфликта между медицинской организацией и плательщиком, но значительно увеличивает роль и объем экспертизы.

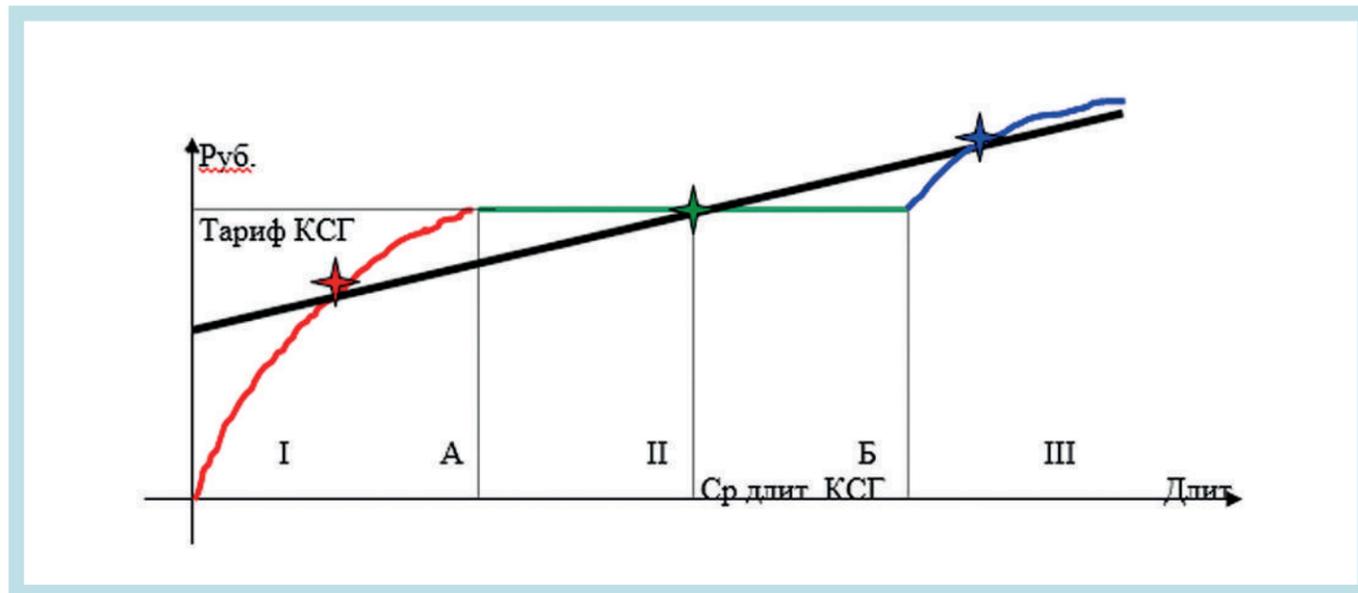


Рис. 10. Графическая реализация расчетного способа оплаты КСГ.

2. Расчетный способ (см.Рис.10) с выделением в тарифе ОМС расходов, пропорциональных длительности – тарифная часть «А» (например: питание и т.п.), и расходов, зависящих от метода лечения – тарифная часть «Б» (исследования, операции и т.п.). Если случай лечения по длительности находится в диапазоне от «А» до «Б» от средней длительности КСГ, то оплата не зависит от длительности и оплачивается по сумме тарифных частей А и Б. Если случай прерванный, то оплачивается тарифная часть А пропорционально длительности лечения, а тарифная часть Б оплачивается только в случае, если пациенту были оказаны входящие в нее услуги. Следовательно тарифная часть Б может быть оплачена полностью или частично по объему лечебно-диагностической деятельности.

Расчетный способ не требует дополнительного объема экспертизы, т.к. не использует субъективные решения по размеру, величине коэф. курации, как в первом случае. При расчетном способе на первое место выходят подробная калькуляция расчета КСГ (отсутствующая в настоящее время) и детальный учет медицинских услуг, лекарственных средств и предметов медицинского назначения по каждому случаю лечения (персональный учет медицинских услуг).

Расчетный способ с некоторыми вариациями может применяться при «длительных» случаях лечения, а также при одновременном лечении нескольких заболеваний (основного и сопутствующих), что, в свою очередь, оптимизирует число КСГ (1 000 – 1 200 позиций), при высокой степени учета индивидуальных особенностей реального лечебного процесса.

Из графика зависимости доходов (расходов)

медицинской организации от длительности лечения можно выделить три области (красная - I, зеленая - II и синяя - III) с разными алгоритмами расчета в зависимости от длительности и соотношения тарифных частей «А» и «Б». Вместо одной точки «безубыточности» формируется три, что позволяет медицинской организации точнее формировать свою организационно-экономическую политику, в рамках существующего метода оплаты по КСГ и не прибегать к некорректным способам получения «прибыли».

Рекомендации по выбору способа оплаты от 2012 года не обошли своим вниманием и амбулаторную медицинскую помощь, в том числе по стоматологии. В предлагаемой модели оплаты амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания (см.Рис.11) за основу принимается обращение по поводу заболевания как совокупность медицинских услуг (т.е. обращение является законченным случаем лечения). При этом заболевания, на которые установлены стандарты, а также заболевания, на которые стандарты не установлены, группируются в обращение по поводу заболевания по специальностям.

Поправочный коэффициент стоимости обращения определен с учетом кратности посещений в одном обращении и дифференцирован по основным специальностям. Кроме того, учтены и относительные коэффициенты стоимости одного посещения в зависимости от специальности.

Разовые посещения с профилактической целью не включаются в обращения и оплачиваются по тарифам на единицу объема амбулаторной медицинской помощи, установленным Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации. При этом допускается

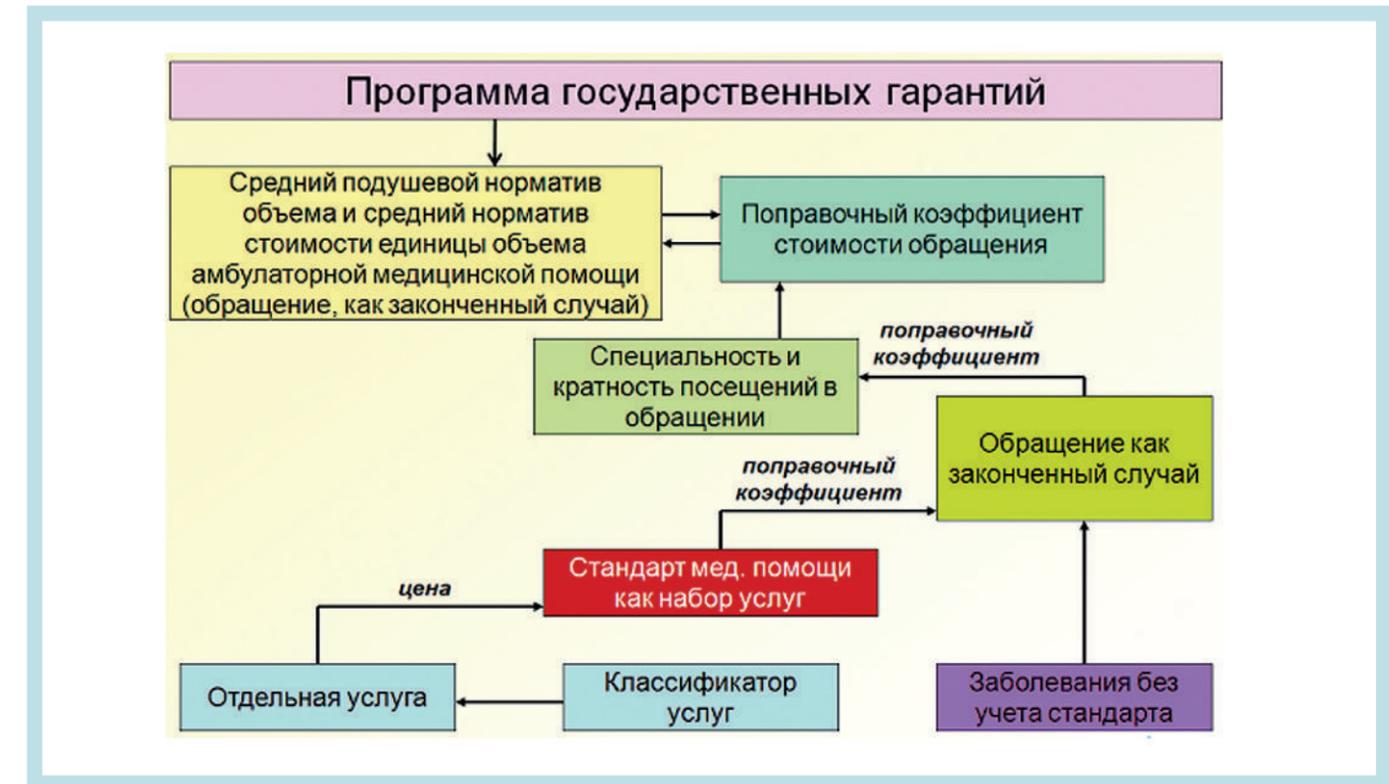


Рис. 11. Модель оплаты амбулаторной помощи по законченному случаю на основе стандартов и КСГ.

установление поправочных коэффициентов по уровню оказания амбулаторной медицинской помощи, а также по целям посещения (консультативная, диспансерное наблюдение, профилактическая, профессиональный осмотр, реабилитационная, прочие).

По данным официальной статистической отчетности («Талон амбулаторного пациента») за предыдущий год анализируются частота обращений по заболеванию и посещений с профилактической целью по основным классам болезней в разных возрастно-половых группах, по врачебным специальностям, а также по целям посещения. Группировка зарегистрированных случаев обращений с лечебно-диагностической целью и посещений с профилактической целью проводится по основным классам болезней, отдельным специальностям и периодам времени.

В перспективе представляется важным найти соотношение числа посещений в случае обращения по заболеванию, что позволит разработать и внедрить КСГ и КПГ для оплаты амбулаторной медицинской помощи. Субъекты Российской Федерации, в зависимости от готовности и имеющегося опыта в данной сфере могут самостоятельно внедрять эффективные способы оплаты амбулаторной

медицинской помощи на основе КСГ и КПГ.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи рекомендуется учитывать УЕТ, которая на протяжении многих лет используется в стоматологии для планирования учета оказываемых услуг, отчетности деятельности специалистов, оплаты их труда.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях по УЕТ позволит внедрить принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, т.е. сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д.

Все основные стоматологические и лечебно-диагностические мероприятия и технологии выражаются в УЕТ, единых для всех медицинских стоматологических организаций.

Номенклатура медицинских услуг РФ1 не содержит данных о времени услуги (трудоемкости). Рекомендуется использовать приложение №2 к рекомендациям по выбору способа оплаты от 2012 года, в котором приведены, разработанные стоматологами параметры трудоемкости для

¹Приказ МЗиСР РФ №1664н от 27 декабря 2011 г.

стоматологических услуг для врачей и зубных техников.

УЕТ на протяжении ряда лет успешно используется в качестве определения размера оплаты стоматологической помощи в амбулаторных условиях. Для определения потребности населения в амбулаторной стоматологической помощи в рамках ТПГГ используется единица объема – посещение стоматологической медицинской организации, территориальный норматив устанавливается через поправочные территориальные коэффициенты – число УЕТ в одном посещении.

Для определения размера норматива финансовых затрат на одну УЕТ рекомендуется взять за основу территориальный норматив стоимости одного обращения по поводу заболевания при оказании стоматологической медицинской помощи в амбулаторных условиях за счет средств ОМС, применить поправочный коэффициент 1,3 для взрослого населения и 1,6 для детского населения и разделить на среднее количество УЕТ в обращении.

Полученное значение стоимости одной УЕТ следует умножить на количество УЕТ в стоматологическом, лечебно-диагностическом мероприятии и технологии с учетом специальности, а также возраста пациента (взрослые, дети).

Объем платных услуг растет в нашей стране ежегодно. Динамика роста различна в разных субъектах РФ, и определено это различными причинами. Игрет роль неудовлетворенность населения качеством медицинской помощи по программе госгарантий, наличие платежеспособного спроса населения, а также правильная маркетинговая политика медицинских организаций, предоставляющих платные услуги населению.

Особенности предоставления и оплаты медицинских услуг на возмездной основе регулируются федеральными нормативными документами.

Это федеральные законы о лицензировании медицинской деятельности² и об основах охраны здоровья граждан³, постановления правительства о платных услугах⁴ и о лицензировании отдельных видов деятельности⁵.

В соответствии с положениями данных нормативных правовых актов:

Платными медицинскими услугами (работами) могут быть любые медицинские услуги, предоставляемые:

1) на основании добровольного информированного волеизъявления (согласия) пациента, а для лиц, не достигших возраста пятнадцати лет (несовершеннолетних больных наркоманией), а также иных лиц, являющихся недееспособными, согласно законодательству Российской Федерации, - на основании добровольного информированного согласия законного представителя пациента.

²ФЗ №83 «О лицензировании...»

³ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

⁴Постановление Правительства №1006 от 04.10.2012 г.

⁵Постановление Правительства № 917 от 21.11.2011 г.

2) при условии предоставления им в доступной форме необходимой информации о возможности получения бесплатной медицинской помощи (медицинской услуги) в рамках Программы (территориальной программы) государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и/или целевых программ.

Положения 1006 постановления Правительства РФ определяют границы платной медицинской помощи и порядок формирования цен.

Платные услуги некоммерческими медицинскими организациями могут предоставляться:

- на иных условиях, чем территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе: установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- при предоставлении медицинских услуг анонимно...

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Частные медицинские организации могут предоставлять любые медицинские услуги на платной основе, если данные организации не являются исполнителями территориальных программ государственных гарантий (программ ОМС), при этом лицензионные требования должны выполняться в обязательном порядке.

Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей.

Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги



самостоятельно.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения

Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Литература.

1. «МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ СПОСОБА И ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (УТВ. ФФОМС 18.10.1993).

2. Приказ ФФОМС от 28.06.2010 №123 «О мониторинге перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования».

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 года №913 «О программе государственных



гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

4. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2009 г. № 20-0/10/2-5067.

5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от «28» февраля 2011 г. № 158н (об утверждении Правил ОМС).

6. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. №782 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011г. №856 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2012 год и на плановый период 2013 год».

8. Информационное письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г.

9. Постановление от 22 октября 2012 года №1074 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»

10. Приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. № 412

11. Приказ Федерального фонда обязательного

медицинского страхования от 13.09.2012 г. №191

12. Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 и приказ ФОМС от 14.11.2013г. №229, рекомендации по КСГ-РФ 2-й версии

13. Письмо ФОМС от 13.12.2013г. №8404/21-4/и , алгоритмы выбора КСГ по классификационным признакам

14. Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. «Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7 2013 г./ 85с.

15. Пирогов М.В. «Экономическое и информационное обеспечение клинико-экономического баланса в сфере медицинских услуг», Монография/ приложение к журналу Главврач № 10 2013г./ 82с.

16. Пирогов М.В., Манухина Е.В. «Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7, 2012 г./ 85с.

17. Приказ МЗиСР РФ №1664н от 27 декабря 2011 г.

СТОМАТОЛОГИЯ

ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ

Белоснежная улыбка и здоровые ровные зубы сегодня стали важным «аксессуаром» успешного человека. Решить эти проблемы помогут стоматологи-терапевты и стоматологические гигиенисты.



Одним из учреждений по медицинскому обслуживанию населения, восстановленным в короткий срок благодаря пристальному вниманию и заботе Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова о здоровье граждан нашей республики, является Республиканская стоматологическая поликлиника.

Основанная в 1986 году, она претерпела полное разрушение в ходе двух военных событий на чеченской земле. Но, возродившись из пепла и руин, поликлиника снова возобновила свою деятельность весной 2000 года. Службу возглавил Алихан Умаров, врач высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук, Заслуженный врач ЧР, с 2001 года - главный стоматолог Министерства здравоохранения Чеченской Республики.

Он собрал оставшийся в тот страшный послевоенный период в г. Грозный и республике коллектив. Врачи, медицинские сестры, зубные техники и дру-

гие сотрудники приступили к восстановлению разрушенного учреждения, затем и к оборудованию рабочих мест.

В настоящее время Республиканская стоматологическая поликлиника располагается в красивом добротном здании, а созданным здесь уютом, внутренним интерьером можно только восхищаться.

Под руководством А. Умарова коллектив поликлиники не только выполняет свое основное назначение – лечение больного, а представляет стоматологическую службу республики, оказывая организационно-методическую и консультативную помощь стоматологическим поликлиникам и отделениям.

В последнее время в поликлинике произошли значительные преобразования в качестве лечебно-диагностического и организационно-методического процесса. Включение объекта в Федеральную целевую программу по-

зволило в кратчайшие сроки провести восстановление и ремонт всех стоматологических кабинетов и вспомогательных помещений, строительство трех новых корпусов, закупить и установить во всех отделениях современное лечебное и диагностическое оборудование, в том числе и зарубежного производства.

Из беседы с главным врачом мне стало известно, что коллектив подобрался очень дружный, работоспособный, каждый несет персональную ответственность за вверенный ему участок.

-В 2013 году в Республиканской стоматологической поликлинике произведена перепланировка помещений, косметический ремонт, структурное изменение отделений как в кадровом, так и в техническом оснащении. На сегодняшний день РСП является учреждением 3-го уровня. Прикрепленное население составляет 72726 человек. Плановая мощность – 500 посещений в день, – подчеркнул А. Умаров.

-В поликлинике развернуты и успешно функционируют структурные подразделения: лечебно-профилактическое, терапевтическое, хирургическое, отделения детской стоматологии и ортопедической стоматологии с зубопротезной лабораторией - а также лаборатория 3D-конструирования, оснащенная самым передовым в мире оборудованием; кабинет хирургической пародонтологии; кабинет гигиенистов стоматологических. Специализированное стоматологическое лечение проводится на высоком профессиональном уровне с использованием передовых технологий, современных материалов и новейших методик. В поликлинике созданы все условия для успешного



лечения любого вида стоматологических заболеваний за счет квалифицированных кадров, современной диагностической аппаратуры, надежной стоматологической техники и материалов. В кабинетах – современный дизайн, обеспечивающий комфортность для пациентов и удобство для работы персонала, – уточнил он.

Как рассказал главный врач, основная программа, по которой работает РСП, – это доступная широким слоям населения социальная стоматология, при этом профессионализм врачей, современные материалы и новейшая аппаратура позволяют успешно проводить диагностику и лечение пациентов с учетом их эстетических запросов и финансовых возможностей на уровне мировых клиник. В поликлинике проводится полная диагностика, лечение кариеса зубов и его осложнений с использованием современных технологий, лечение и перелечивание зубов под микроскопом, эстетическая реставрация, профессиональное отбеливание зубов и профессиональная гигиена, зубное протезирование, имплантация зубов с последующим протезированием на имплантатах. По уровню требования к медицинскому учреждению поликлиника является передовым медицинским учреждением в области стоматологии Чеченской Республики.

Поликлиническая служба организована и проходит ежедневно в две смены. Все врачи прошли курсы усовершенствования, сертификацию, что сказалось в значительном повышении качества оказываемой ими стоматологической помощи. Это одновременно сказывается и на постоянном улучшении удобств и условий труда в поликлинике.

Здесь также непрерывно развивается и улучшается оснащение кабинетов по профилям медицинским оборудованием, инструментарием, мебелью, специальной техникой, что позволяет правильно организовать всю деятельность

коллектива поликлиники, включая четкую работу, начиная от регистратуры, высокую исполнительную, технологическую и организационную дисциплину персонала, рациональное использование среднего медицинского персонала, а также технических средств.

Нагрузка на одного врача-стоматолога, зубного врача по условным единицам трудоемкости превышает среднефедеративные. Кроме того, наличие зубных врачей в достаточном количестве в штате поликлиники сказывается на таких показателях, как среднее число пломб на одного врача и среднее число санаций в день. Отношение числа наложенных пломб к числу произведенных удалений зубов составляет 10:1 (среднефедеративный показатель составляет 5:1), что говорит об улучшении технологий и качества лечения зубов.

В поликлинике проводится денальная рентгенография с использованием пленочных аппаратов, а также радиовизиографа; пантомография; цефалометрия; компьютерная томография челюстно-лицевой области, имеющая первостепенное значение при планировании операции стоматологической имплантации, с использованием 3D томографа Gendex CB-500 (США). Проводится лечение заболеваний пародонта с помощью ультразвукового аппарата «Vecto» (Durr Dental, Германия), который в ряде клинических ситуаций предоставляет альтернативу хирургическому методу лечения, шинирование зубов стекловолоконными материалами, проведение операций направленной тканевой регенерации, остеорепаляции с применением фибриновой мембраны, лоскутные операции, пластика уздечки, вестибулопластика, гингивэктомия, плазмодент. Проводится комплексная диагностика дисфункций височно-нижнечелюстного сустава.

Особое направление среди отделений поликлиники имеет детская стоматология, – подчеркнул главный врач.



– В отделении работает 5 врачей-стоматологов. Ими используются системы «коффердам» и «роббердам» при терапевтическом лечении зубов у детей. Проводятся реставрация молочных зубов фотокомпозитными пломбировочными материалами с использованием матричных систем, а также лечение молочных зубов с рентгенодиагностикой качества пломбирования. Начато эндодонтическое лечение постоянных зубов у детей с применением роторных эндосистем.

Как известно, лечение зубов маленьких пациентов – сложная задача, где приходится не только оказать ребенку стоматологическую помощь, но и найти правильный подход к каждому малышу и его родителям. В этом отношении детские стоматологи поликлиники являются хорошими психологами. Они легко устанавливают контакт с детьми и проводят лечение так, что ребенок не чувствует ни малейшей боли. Детская стоматология поликлиники включает в себя профилактический осмотр, рекомендации специалистов и лечение зубов с первых лет жизни, в период смены временных зубов на постоянные, а также весь комплекс услуг в области детской ортодонтии и ортопедии.

Являясь республиканским организационно-методическим центром стоматологической службы республики, поликлиника проводит ежемесячные врачебные конференции, занятия со средним и младшим медицинским персоналом. Так, в текущем году здесь состоялись конференции и практические семинары с привлечением профессорского состава медицинских вузов Российской Федерации: общереспубликанская конференция стоматологов с участием президента Стоматологической Ассоциации России В. С. Садовского; общеполитический семинар по теме «Инновация в стоматологии»; республиканские конференции – «Инновационные материалы для стоматологии от ЗМ» и «Современное обезболивание в стоматологической практике»; научно-практическая конференция «Содружество научных образовательных и профессиональных сообществ» и др.

В практике стало системным проведение определенной санитарно-просветительской работы по гигиеническому

обучению и воспитанию населения. В их числе лекции для студентов высших и средних учебных заведений, в государственных учреждениях. Для этой работы используется как телевидение, радио, так и периодические издания республиканского и районного уровня. При поликлинике создана и функционирует «школа здоровья», которая проводится каждым врачом с группой и отдельными пациентами.

Как отметил А. Умаров, стоматологическую помощь населению, прикрепленному к поликлинике, оказывает более 70 специалистов стоматологического профиля и 23 зубных техника.

Большая часть – это высококлассные специалисты с высшей и первой квалификационной категорией, кандидаты медицинских наук – хирурги-стоматологи, стоматологи-терапевты, стоматологи-ортопеды, пародонтологи, ортодонты, челюстно-лицевой хирург. На базе РСП проводится постдипломная подготовка врачей-интернов, проходит производственная практика студентов стоматологических факультетов и базового медицинского колледжа.

В числе лучших врачей и среднего медицинского персонала были названы: заместитель главного врача по лечебной работе Марина Лечиева, которая в 1996 году окончила Ставропольскую медицинскую академию, там же – ординатуру и свою трудовую деятельность начала в этой поликлинике, а в данной должности работает с 2008 года; Инал Ибрагимов и Догмара Умарова, кандидаты медицинских наук, как опытные, с большим стажем работы, являющиеся наставниками молодых: Раиса Гериханова, Руман Темуркаев, Шамхан Насуров, Мадина Саламова, Лариса Шамурзаева, Зайнап Магоматова.

Как подчеркнул в завершение нашей беседы А. Умаров, по Госзаданию нормативный объем коллективом выполняется, по некоторым даже перевыполняется. Но есть и те, где необходимо дорабатывать с учетом всего комплекса проблем, стоящих перед стоматологической поликлиникой республики. Над ними коллектив работает ежедневно.

ОБМЕН ОПЫТОМ

ВИЗИТ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СЕВЕРО-КАВКАЗСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА НА КУБАНЬ

6 ноября 2014 года Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края в рамках мероприятий по обмену опытом посетили делегации Территориальных фондов ОМС Республики Дагестан, во главе с директором Г.С. Баркаевым, и Чеченской Республики, во главе с первым заместителем директора М.А. Сагилаевым.



Директор ТФОМС КК Морозова Л.Ю. во время рабочей встречи ознакомила коллег из Северо-Кавказского округа с основными целями и задачами развития здравоохранения на Кубани, рассказала о тесном взаимодействии Территориального фонда ОМС и краевого министерства здравоохранения, представила информацию по реализации пилотного проекта на территории Краснодарского края об информировании застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи и т.д.

Был организован «круглый стол» с гостями и специалистами Территориального фонда ОМС края по обсуждению актуальных вопросов организации обязательного медицинского страхования, финансово-экономической

деятельности, внедрения информационных технологий. Состоялся выезд в ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» Министерства здравоохранения Краснодарского края, где была продемонстрирована работа информационной системы, позволяющей медицинскому персоналу обеспечить порядок выдачи пациентам справок о стоимости медицинской помощи.

Профессиональный обмен опытом, деловое взаимодействие и дружеское общение между Территориальными фондами ОМС дополняет и способствует профессиональному росту специалистов, укрепляет сферу обязательного медицинского страхования на межрегиональном уровне.

СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ВРАЧ - ЭТО ЧЕЛОВЕК, ПОСВЯТИВШИЙ СЕБЯ СЛУЖЕНИЮ ЛЮДЯМ!

Особенности природы Ножай-Юрта поражают своим величием, красотой, которой восхищаешься каждый раз, приезжая сюда. У древних была пословица: «Выше в горы - ближе к Богу». Свежий воздух, пение птиц, звук речной воды, шелест травы и деревьев. Именно здесь человек более всего ощущает божественность. Многие из нас, окупившихся в цивилизацию, уже позабыли, что такое природа. Но те, кто ценят ее по-настоящему, знают, что ее многообразие невозможно постичь. И все же немало людей отдают предпочтение ей. И это, прежде всего, ножай-юртовцы, которые живут здесь и не собираются менять этот райский уголок на прелести далеких городов.



Сегодня мне хочется рассказать о больнице и о врачах этого живописного района. Ответственная профессия врача в настоящий момент признана одной из наиболее сложных и престижных профессий, так как нет более ценной вещи в мире, чем человеческая жизнь, охранять и поддерживать которую и призваны врачи. Чем отличается труд сельских врачей от труда городских докторов?

Древний ученый Авиценна сказал, что «врач должен обладать глазами сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва». Эти слова можно отнести ко многим врачам и в наше время. Самоотверженность и бескорыстие, любовь к людям и стремление им помочь

— неотъемлемые качества современного врача. Через всю свою жизнь он должен пронести слова из клятвы Гиппократова: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного».

Именно таким врачом и является Джамбулат Алсултаевич Цациев – главный врач Центральной районной больницы села Ножай-Юрт с 2010 года, а до этого он работал здесь же врачом – урологом с 2002 года. Он родился и вырос в селе Мескеты, окончил среднюю школу в 1990 году. Затем два года отслужил в Советской Армии и в 1993 году поступил на медицинский факультет Чеченского государственного университета. Джамбулат Алсултаевич проходил интернатуру по специальности урология в Гудермесской ЦРБ. В 2002 году окончил аспирантуру Ставропольской государственной медицинской академии, успешно защитил ученую степень кандидата медицинских наук.

- Джамбулат Алсултаевич, легко ли быть сельским врачом, самоотверженным, целеустремленным, забывающим порой о себе? Легко ли жить во имя людей, во имя их спасения?

- Конечно, нет. Нами, сельскими врачами, руководят истинная доброта, милосердие, любовь к людям, к своей профессии. Каждый больной, обращаясь к нам, прекрасно знает, что не только глубокие медицинские знания,

но и добрый, внимательный взгляд, ласковое слово, заботливость помогают ему выздороветь, почувствовать себя лучше. Мы являемся не просто врачами и пациентами, но и родственниками, и односельчанами. И поэтому стараемся выполнить свой долг на высшем уровне.

- А каким должен быть сегодня врач, работающий в сельской больнице?

- Я думаю, что он должен быть спокойным и уверенным внешне и при любых обстоятельствах сохранять внутреннее спокойствие. В личной жизни могут быть различные события, но, когда врач подходит к больному, то необходимо думать только о нем, болеть его страданием, жить мыслью, как быстро и правильно помочь ему. Спокойствие и уверенность врача передаются больному и помогают ему выздороветь. Также быть внимательным и чутким. Невнимательному врачу больной не поверит, а любое неосторожное слово врача может так напугать его, что он потеряет веру в выздоровление. Врач - это человек, готовый посвятить себя служению людям. Он берет на себя ответственность за самое прекрасное на свете – жизнь человека.

Центральная районная больница рассчитана на 185 койко-мест. В больнице пять отделений. Терапевтическое, которым заведует Айдармар Цукаев, – это первый этап оказания медицинской



помощи, диагностики, проведения обследования, назначения лечения, которое способствует эффективному восстановлению здоровья пациентов.

Заболевания, которые лечат специалисты отделения – это гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда; острая пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма; язвенная болезнь, хронический колит, хронический панкреатит и т.д.

- Айдамар, никогда не жалели о том, что работаете в селе?

- Ни разу об этом не пожалел, несмотря ни на какие жизненные трудности. На селе люди особенные, другая атмосфера. И здесь я нашел то, в чем бы хотел реализовать себя как медик.

Хирургическим отделением заведует Висамби Гатаев. Здесь установлен свой распорядок дня, который позволяет наиболее рационально использовать рабочее время и создает лучшие условия для лечения больных. Основным условием создания нормального морально-психологического климата является поддержание лечебно-охранительного режима, который позволяет ускорить процесс выздоровления, улучшить условия содержания пациентов и качество их лечения.

- Висамби, на Ваш взгляд, есть ли какие-либо преимущества у сельских врачей?

- Чтобы помочь человеку, нужны твердые знания и в селе, и в городе. Я работаю в сельской медицине с самого начала своей трудовой карьеры и ни разу не изменил выбранному пути. Считаю профессию сельского врача почетной и крайне важной.

Педиатрическим отделением заведует Элима Мехиева. Разнообразие детских болезней, значительные трудности диагностики многих заболеваний в детском возрасте, а так же то, что многие заболевания и травмы в детском возрасте протекают не так, как у взрослых, – это на сегодня то, с чем приходится сталкиваться врачам этого отделения.

Излишне говорить о том, что здоровье детей является одним из главных факторов семейного счастья. Но, к сожалению, и дети иногда болеют. И в эти сложные моменты, многое или почти все, зависит от своевременности постановки диагноза и от правильности назначенного лечения или обследования. Поэтому так важно, чтобы врач-педиатр был хорошим специалистом: ведь если все сделано вовремя и правильно, то и исход заболевания становится более благоприятным, сокращается тяжесть и продолжительность болезни.

- Элима, а какие возможности, предоставляет работа на селе врачу для реализации и поиска себя?

- Мне очень повезло с этим. Когда начинала работать, я еще сомневалась, а как же сложится моя работа на селе, бо-



ялась, что не буду расти профессионально. Но получилось наоборот. Врач должен постоянно учиться, читать много современной медицинской литературы.

По словам заведующей Умы Мусунгузовой, сотрудники родильного отделения помогают появиться на свет новой жизни. Самое приятное – это слышать голоса родившихся малышей! Все девять месяцев силы мамы и забота докторов направлены на то, чтобы рождение новой жизни свершилось! Доктора и акушерки родильного отделения – профессионалы, поэтому и царит здесь атмосфера доброжелательности.

- Ума, работа врача на селе – это что: удовольствие или же невротика?

- Это вся наша жизнь. Нет у нас разделения на личную жизнь и работу. Мы живем в работе. Не получается так, что на службе ты врач, а домой пришел – и перестал быть врачом. Не бывает такого.

Отделение реанимации является узкоспециализированным подразделением стационара. Основной контингент па-

циентов реанимации – это больные, находящиеся в критическом состоянии, с тяжелыми заболеваниями и травмами, а также тяжелые пациенты после сложных оперативных вмешательств и анестезии. Райбат Джамиева является заведующей этого отделения.

- Райбат, люди, к сожалению, часто сталкиваются с ситуацией, когда врачи не разрешают посетить их близких в отделении реанимации. Им кажется: когда человек находится между жизнью и смертью, ему очень важно быть вместе с родными. Да и родственникам хочется увидеть его, помочь ему, подбодрить, хоть чем-то облегчить его состояние. Почему родственников не пускают в отделение реанимации?

- Это родным кажется, что больной в реанимации только и мечтает встретиться с ними, что-то им сказать, о чем-то попросить. В подавляющем большинстве случаев это не так. Если человек нуждается в том, чтобы его держали в отделении реанимации, то он, скорее всего, либо без сознания, либо находится на искусственной вентиляции легких или подключен к другой аппаратуре. Не может и не хочет он ни с кем говорить – в силу тяжести своего состояния или под действием сильнодействующих препаратов. Как только больному станет лучше, он будет в сознании и сможет общаться с родными – его непременно переведут в общее отделение, где у близких будет прекрасная возможность навестить его.

- Джамбулат Алсултаевич, что бы Вам хотелось до- бавить к сказанному выше?

- В суматохе жизни, когда каждый заботится о хлебе насущном, вопросы здоровья отходят на второй план. И вспоминаешь о себе, лишь когда становится плохо. Вот тогда уже не обойтись без нашего вмешательства. И мы делаем все возможное и невозможное, помогая нашим больным снова вернуться к нормальной жизни. А как часто приходится спасать жизни, и все зависит от квалификации, способности принять правильное и своевременное решение. А ошибиться нельзя, так как цена ошибки – человеческая жизнь. Трудно даже представить себе, что стало бы с планетой, если бы не было врачей и сельских, и городских.

Равзан Юнусова

НА ОХРАНЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ



Каждый человек, бережно и разумно использующий богатства природы, помогает сохранить окружающую среду не только для себя, но и для будущих поколений.

Для сохранения окружающей среды необходимо предотвратить увеличение загрязнения природной среды и предусмотреть меры по охране пресной воды, по защите атмосферы, охране и рациональному использованию земельных и лесных ресурсов, по удалению, хранению и переработке отходов, в том числе, медицинских.



Медицинские отходы – отходы лечебно-профилактических и лечебно-оздоровительных учреждений – это сложные субстраты неоднородного качества, которые представляют серьезную опасность с эпидемиологической точки зрения. Их переработка является одним из важнейших направлений природоохранной деятельности во всех развитых странах мира.

В России обращение с медицинскими отходами регламентируется санитарными правилами и нормами N2.1.7.2790-10, принятыми 17 февраля 2011 года – «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений». Данный нормативно-правовой документ пришел на замену ранее действующему документу СанПиН 2.1.7.728-99, который был принят еще в 1999 году. Однако несмотря на это следует отметить, что сегодня в России не существует отдельного федерального закона об утилизации медицинских отходов, в котором было бы четко прописано

но само понятие «медицинские отходы», содержались основные правила по их сбору, хранению, транспортировке, уничтожению либо захоронению, определялась ответственность за точное исполнения каждого из этапов, и также меры, которые применялись бы в случае нарушений.

В Чеченской Республике вопросу утилизации медицинских отходов уделяется особое внимание. Этот вопрос находится у руководства региона на постоянном контроле. В августе 2013 года Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров на встрече с министром здравоохранения Шахидом Ахмадовым выразил недовольство по поводу состояния утилизации медицинских отходов в республике. Так, из 82 больниц на тот момент только две отвечали нормам утилизации медицинских отходов. Глава республики в категоричной форме потребовал проверить организации, имеющие лицензии на утилизацию медицинских отходов, на предмет добросовестного выполнения своих обязанностей, в результате чего была проведена проверка организаций, осуществляющих вывоз медицинских отходов, а деятельность ряда компаний приостановлена.

Сегодня на территории республики ответственность за обеззараживание и утилизацию медицинских отходов лежит на ООО «Экология» – молодой компании, которая функционирует чуть больше года, но уже успела заработать имидж честного партнера, который справляется с объемом работы качественно и в срок.

– Мы вывозим медицинские отходы в Ставрополь, где находится специальный полигон, на спецмобилях каждый день, но это только пока, в ближайшее время планируется строительство полигона на территории нашей республики, что облегчит нам задачу, сократит



время работы и финансовые затраты, которые уходят на дорогу в другой регион. Утилизация медицинских отходов, а также утилизация лекарственных средств – ответственные, сложные задачи, которые требуют высокотехнологичного и профессионального подхода. Именно поэтому к сборке и складированию медицинских отходов должен быть добросовестный и ответственный подход, – рассказывает о работе компании генеральный директор Шарпудди Дачаев.

В ООО «Экология» небольшой штат, основная часть работы лежит на операторах – экспедиторах, которых они между собой называют «медиками». «Медики» проходят обязательный инструктаж по правилам безопасного обращения с отходами, а также проходят предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства РФ.

– Когда мы только начинали свою деятельность, перед нами стоял ряд проблем, в том числе и необходимость налаживания организационной работы. Очень часто сталкивались с такими проблемами, как, напри-

мер, неправильный сбор отходов. Сегодня ситуация изменилась и мы контролируем процесс. Компания проводит мониторинг работы раз в квартал, согласно которому нареканий у медицинских учреждений, с которыми мы работаем, в наш адрес нет, – отмечает Ш. Дачаев.

– Для нас первостепенной задачей является сохранность экологии, и именно на этом мы выстраиваем работу. Очень важен мотивационный момент, главным стимулом является рабочий процесс и польза населению. Осознание того, что полезность эта, прежде всего, для нашей республики, сильно стимулирует нас – подчеркивает руководитель компании.

Отметим, что лечебно-профилактические учреждения, вне зависимости от их профиля, в результате своей деятельности образуют различные отходы, поэтому в каждом из них должна быть организована система сбора, временного хранения, обработки и транспортировки отходов. Существуют правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений. Медицинские отходы разделяются по степени

их эпидемиологической, токсикологической опасности на 4 класса:

Класс А: Малоопасные – ТБО и аналогичные им отходы, не имеющие контакта с больными.

Класс Б: Опасные – Потенциально инфицированные отходы – материалы и инструменты, загрязненные выделениями, патологоанатомические отходы и операционные отходы.

Класс В: Чрезвычайно опасные – материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями, отходы микробиологических, вирусологических, микологических, фтизиатрических отделений и лабораторий.

Класс Г: Отходы по составу близкие к промышленным – лекарственные, диагностические, дезинфекционные, психотропные, наркотические препараты, отходы вспомогательного хозяйства.

Не допускается смешение отходов различных классов на всех стадиях сбора и хранения, должен определяться порядок утилизации. В свою очередь, выбор метода утилизации медицинских отходов зависит от их класса, количества, а также от того, кто будет заниматься утилизацией: обслуживающий персонал либо специалисты, занимающиеся утилизацией отходов.

Еще в прошлом веке в Европе обратили внимание на необходимость особого внимания к утилизации медицинских отходов. Дело дошло до того, что на Базельской конференции медицинские отходы были признаны наиболее опасными отходами в мире, что вовсе не случайно – подобные отходы особо опасны тем, что они могут содержать саморазмножающиеся микроорганизмы патогенного характера. И если данные отходы просто



выбрасывать на полигоны ТБО, то возможен риск распространения данных бактерий, что приведет к загрязнению грунтовых вод и распространению инфекций. А это, в свою очередь, способно привести к самым настоящим эпидемиям.

- Огромное влияние на здоровье человека оказывает состояние окружающей среды. Общеизвестно, что грязная экология является основной причиной ухудшения здоровья населения, увеличения смертности и снижения рождаемости. Мы в своей работе стара-

емся руководствоваться заботой о населении. В свое время Глава республики Рамзан Кадыров сравнил утилизацию медицинских отходов с захоронением ядерных отходов, таким образом, он обозначил всю серьезность нашей работы, чем мы и руководствуемся, выполняя свою задачу, - подытожил Шарпудди Да-чаев.

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

ДОКУМЕНТЫ

ПОРЯДОК ИНФОРМИРОВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ О СТОИМОСТИ ОКАЗАННОЙ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1. Общие положения

1.1. Настоящий Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – Порядок) разработан для реализации мероприятий по выполнению поручения Президента Российской Федерации от 25 июля 2014 г. №Пр-1788 о внедрении в систему обязательного медицинского страхования формы индивидуального информирования застрахованных лиц, содержащей перечень оказанных медицинских услуг и их стоимость, а также во исполнение приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 июля 2014 года №108 «О внедрении системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи» в целях формирования у застрахованного лица объективного представления о затратах на оказанную ему медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

1.2. Настоящий Порядок является временным и действует до утверждения нормативного правового документа, регулирующего порядок информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – информирование).

1.3. Информирование осуществляется по случаям оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

1.4. Информирование осуществляется медицинскими организациями по случаям медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и в амбулаторно-поликлинических условиях по следующим видам медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь (педиатр, терапевт, семейный врач, фельдшер, акушер);
- первичная специализированная медико-санитарная помощь (врачи-специалисты и исследования в объеме не менее, чем в Приложении 1);
- специализированная медицинская помощь;
- высокотехнологичная специализированная медицинская помощь.

1.5. Результатом информирования является выдача застрахованному лицу или его представителю (в присутствии застрахованного лица) Справки о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее – Справка). Состав и расположение сведений в Справке приведены в Приложении 2 к настоящему Порядку. Требования к размерам Справки не предъявляются.

1.6. Справка выдается всем застрахованным лицам или их представителям.

1.7. Справка при технической готовности медицинской организации может формироваться непосредственно из медицинской информационной системы или заполняться от руки на соответствующем бланке.

1.8. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая тарифным соглашением, заключенным между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – тарифное соглашение).

1.9. Факт выдачи Справки или отказа от ее получения под роспись застрахованного лица или его представителя регистрируется в первичных документах (медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного). Допускается использование соответствующего клише.

1.10. Руководитель медицинской организации определяет медицинских работников, в обязанности которых входит

выдача Справок, и назначает ответственное лицо по обеспечению информирования в медицинской организации.

2. Особенности информирования застрахованных лиц при оказании различных видов медицинской помощи

2.1. Информирование застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

2.1.1. Информирование застрахованных лиц, получивших медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях, должно производиться непосредственно после посещения врача, осмотра или диагностического обследования или после завершения обращения к врачу по поводу заболевания (при закрытии «Талона амбулаторного пациента» - учетной формы №025-12/У, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 №255).

2.1.2. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая на основе тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи и отдельных медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, для осуществления межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, а также для оплаты медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

2.2. Информирование застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях стационара (дневного стационара любого типа)

2.2.1. Информирование застрахованного лица о стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного или дневного стационара, осуществляется при выписке застрахованного лица.

2.2.2. Для информирования застрахованных лиц используется стоимость медицинской помощи, определяемая на основе тарифов на оплату единиц объема медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

3. Требования к материально-техническому и информационно-технологическому обеспечению процесса информирования

3.1. Для целей информирования рабочие места врачей, ответственных за выписку и выдачу Справки застрахованному лицу, должны быть оборудованы средствами вычислительной и копировально-множительной техники, прикладным программным обеспечением для ведения персонализированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере обязательного медицинского страхования.

4. Заключительные положения.

4.1. Стоимость оказанной медицинской помощи, указанная в Справке, приводится без учета результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Приложение 1

Перечень дорогостоящих диагностических и лечебных услуг для информирования застрахованных лиц о стоимости оказанной им медицинской помощи

№ пп	Наименование услуги
1.	Компьютерная томография
2.	Магнитно-резонансная томография
3.	Холтеровское мониторирование
4.	Ангиография
5.	Маммография
6.	Сцинтиграфия
7.	Лимфография
8.	Дистанционная лучевая терапия
9.	Дистанционная гамма-терапия
10.	Позитронно-эмиссионная томография

Приложение 2

СПРАВКА О СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В РАМКАХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

(штамп с наименованием и адресом учреждения
выдавшего справку)

от _____ 20 ____ г..

(Ф.И.О.) _____

в период с _____.20__ г. по _____.20__ г.

оказаны медицинские услуги:

наименование медицинской услуги	стоимость (руб.)

Внимание! Настоящая справка носит уведомительный характер, оплате за счет личных средств не подлежит. При несоответствии фактически оказанных услуг приведенным в настоящей справке необходимо обратиться в свою страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по телефону _____.

Для заметок

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

Председатель редакционного совета:
Д.Ш. Абдулазизов, директор ТФОМС Чеченской Республики

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

Главный редактор:
М.А. Сагилаев, первый заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Заместитель главного редактора:
М.В. Пирогов, доктор экономических наук, профессор кафедры экономики и организации в социальной сфере РАНХ и ГС при Президенте РФ

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

З.Х. Дадаева, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

З.Ш. Баудинова, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

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

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

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

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

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

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Журнал издается ООО «Рубикон-М».

Номер подписан в печать 27.11.2014 г. Тираж 10000 экз.

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

© «Обязательное медицинское страхования в Чеченской Республике», 2014.

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

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики