



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЫПУСК №3

**ДЕНИЛБЕК АБДУЛАЗИЗОВ.
ЧЕЧЕНСКАЯ МЕДИЦИНА:
ВЧЕРА И СЕГОДНЯ**

**ЖИТЕЛИ КРЫМА ПОЛУЧИЛИ
ПЕРВЫЕ ПОЛИСЫ ОМС**

**ЕЖЕГОДНАЯ ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИЯ
С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ВЕДУЩИХ
СМИ РЕГИОНА**

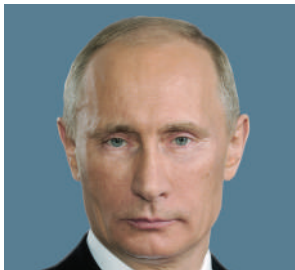
**МИХАИЛ ПИРОГОВ.
СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ОМС**

Люди в белых халатах, низкий вам поклон!

Интервью министра здравоохранения Чеченской Республики Ш.С. Ахмадова

КО ДНЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА





«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:

Жители Республики Крым
получили первые полисы
обязательного медицинского
страхования

6

Председатель Федерального
фонда обязательного
медицинского страхования
посетила крымские больницы

7

Интервью министра
здравоохранения Чеченской
Республики Ш.С. Ахмадова

8

Денилбек Абдулазизов.
Чеченская медицина: вчера и
сегодня

12

Ахмед Тапаев.
Гарант своевременной
медицинской помощи.

15

В ТФОМС Чеченской Республики
прошла пресс-конференция с
представителями ведущих СМИ
региона

18

М.В. Пирогов.
Стандартизация системы
здравоохранения

23

Эдагар Алиев.
Реализация государственной
политики в области
обязательного медицинского
страхования на территории ЧР в
2014 году

35

Турпал-Али Гайрбеков.
Анализ выполнения
территориальной программы
ОМС

38

М.В. Пирогов.
Особенности планирования
и оплаты стоматологической
помощи

46

В ТФОМС Чеченской
Республики прошло заседание
Координационного Совета

63

Зарима Умаева.
Межтерриториальные
взаиморасчеты в системе ОМС
Чеченской Республики

65



Счастье в том, что ты делаешь

68

Сотрудничество Всемирного
банка и Федерального фонда
ОМС по совершенствованию
системы оплаты медицинской
помощи в отдельных регионах
Российской Федерации

70

ДОКУМЕНТЫ:

Письмо Министерства
здравоохранения Чеченской
Республики и Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Чеченской Республики №1846 /
№884 от 02.06.2014 г.

74

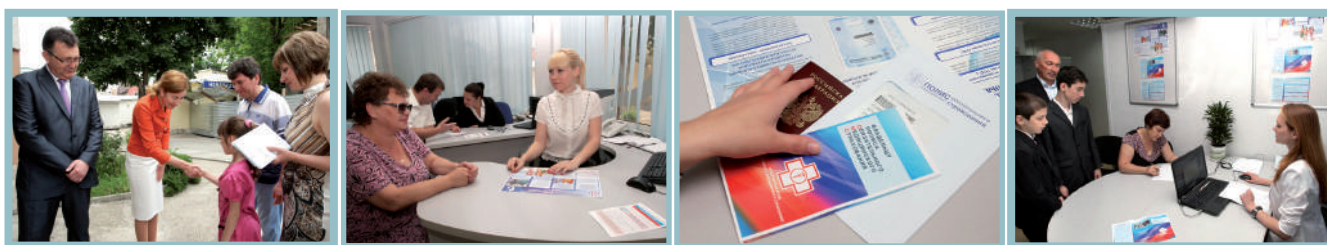
Письмо Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования от 4 апреля 2014 г.
№1791/30-4

76

Письмо Федерального фонда
ОМС от 11 апреля 2014 г.
N 1675/30-3 «О невозможности
получения застрахованным лицом
полиса ОМС при предъявлении
заграничного паспорта»

77

НОВОСТИ



ЖИТЕЛИ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ ПОЛУЧИЛИ ПЕРВЫЕ ПОЛИСЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Министерство здравоохранения Республики Крым

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования начинает выдачу первых полисов обязательного медицинского страхования жителям Крыма. 30 мая уже получили полисы первые крымчане.

«Полис обязательного медицинского страхования гарантирует получение бесплатной медицинской помощи гражданину Российской Федерации в любой медицинской организации: федеральной, государственной или муниципальной - на территории всей России», — сообщила Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко на пресс - брифинге в рамках мероприятия.

«Сегодня мы сделали большой шаг по интеграции здравоохранения Республики Крым в систему здравоохранения Российской Федерации», — подчеркнул министр здравоохранения Крыма П.С. Михальчевский.

Н.Н.Стадченко также проинформировала, что в Крыму до конца года действует переходный период, поэтому полностью система ОМС сможет заработать в республике с 1 января 2015 года. У всех крымчан будет возможность в течение

этого периода получить полис обязательного медицинского страхования, который выдается бесплатно и является бессрочным. Для этого с паспортом гражданина Российской Федерации или для ребенка со свидетельством о рождении необходимо обратиться в пункт выдачи полисов.

«В ближайшее время в Симферополе и других городах Республики Крым будут открыты дополнительные пункты, чтобы выдача полисов обязательного медицинского страхования была удобна и доступна для крымчан», — сообщила Председатель ФОМС.

Согласно Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» все граждане страны являются застрахованными: дети, пенсионеры, работающие и неработающие граждане. Законом гарантируется бесплатное получение как первичной и скорой медицинской помощи, так и специализированной помощи в стационарных учреждениях и высокотехнологичной в федеральных центрах России.

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПОСЕТИЛА КРЫМСКИЕ БОЛЬНИЦЫ

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко посетила крымские учреждения здравоохранения в рамках рабочего визита в Республику Крым. В сопровождении министра здравоохранения Крыма П.С. Михальчевского Председатель Федерального фонда ознакомилась с работой Клинической больницы им. Н.А. Семашко и Перинатального центра КРУ «КТМО «Университетская клиника», 2-ой городской клинической больницы соматического профиля г. Симферополя.

В Крыму переход на систему обязательного медицинского страхования должен быть осуществлен к 1 января 2015 года, с этого момента финансирование здравоохранения будет осуществляться через фонд ОМС.

«Внедрение в Крыму системы обязательного медицинского страхования позволит обеспечить гарантии бесплатного оказания медицинской помощи застрахованному лицу при наступлении страхового случая, а также повысить качество и доступность медицинской помощи, так как застрахованное лицо является центральным элементом системы обязательного медицинского страхования. Вместе с тем я очень хорошо знаю, с какими трудностями сталкиваются медицинские организации в работе со страховыми компаниями. Наша задача – создать все необходимые условия для того, чтобы внедрение системы обязательного медицинского страхования было максимально комфортным для медицинских организаций», — отметила Председатель ФОМС.

На сегодняшний день в Крыму идет работа по формированию Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым — некоммерческой организации, созданной Республикой Крым в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Крыма.



ИНТЕРВЬЮ

КО ДНЮ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

ЛЮДИ В БЕЛЫХ ХАЛАТАХ, НИЗКИЙ ВАМ ПОКЛОН!

Сегодня приятно осознавать, что благодаря заботе и вниманию Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова созданы условия для оказания качественной медицинской помощи населению республики. Учреждения здравоохранения оснащаются современным оборудованием и аппаратурой, открываются новые больницы и отделения, лечебно-оздоровительные центры. Проводятся уникальные операции и лечение больных современнейшими методами по опыту врачебной практики не только российского, но и мирового уровня.

О людях в белых халатах можно говорить бесконечно. Их высокие моральные и нравственные качества с особой силой проявляются в сложных ситуациях. Порой, забывая о своих личных делах, оставляя семейные заботы, они сутками дежурят у постели больного. Счастьем и радостью переполняются их сердца за каждого вылечившегося пациента.

Как было отмечено Рамзаном Кадыровым в одной из своих бесед с министром здравоохранения: «В последнее время нареканий и жалоб от жителей республики в адрес медицинских работников становится меньше. Это особенно радует нас. Мы видим, что уровень знаний местных специалистов растет, соответственно улучшается и качество оказания медицинской помощи населению. Теперь необходимость иногороднего лечения заметно снизилась. Больные все чаще предпочитают лечиться в республике».

Накануне Дня медицинского работника, который ежегодно отмечается в третье воскресенье июня, а в этом году он выпадает на 15 июня, я встретила с министром здравоохранения республики Шахидом Ахмадовым и попросила рассказать, о состоянии и перспективах развития здравоохранения на ближайшие годы.

- Шахид Саидович, если сказать в общем, с какими успехами встречают работники медицинских учреждений республики свой профессиональный праздник?

- Хочу отметить, что благодаря усилиям со стороны руководства республики и лично Главы ЧР Рамзана Ахматовича Кадырова, за последние годы охрана здоровья населения республики поставлена на качественно новый уровень. Завершился строительно-восстановительный период, который был начат в 2000 году. За короткий отрезок времени введены в строй прекрасные здания больниц как в столице, так и районных центрах. На сегодня в республике не осталось ни одного села, включая самые высокогорные, где не действовали бы ФАПы и амбулатории.

В числе восстановленных объектов: Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн, оснащенный современной медицинской техникой; Республиканский онкологический диспансер, где в этом году запланирован ввод двух основных корпусов – хирургического и лучевого; здание республиканской клинической больницы; туберкулезная больница; детский реабилитационный центр; кожно-венерологический диспансер; 3-я и 6-я городские больницы; республиканский детский туберкулезный санаторий «Чишки» и т. д. В настоящее время идут к завершению строительные работы корпусов первой и четвертой городских больниц.

Вместе с тем идет интенсивное оснащение лечебных уч-

реждений новейшей медицинской аппаратурой и соответственно повышается уровень медицинского обслуживания населения республики.

Руководство Министерства здравоохранения Российской Федерации и Чеченской Республики нацеливает всех сотрудников лечебных учреждений сферы здравоохранения подходить ответственно к своим профессиональным обязанностям, четко осознавая, что одной из важнейших задач, поставленных перед нами руководством республики, является повышение доступности и качества оказания медицинской помощи населению. К этому обязывает нас и сама профессия.

- Нашим читателям, да и всему населению республики будет интересно знать, по каким направлениям планируется развитие медицины в республике на ближайшие годы. Как будет внедряться модернизация здравоохранения?

- Хотя стартовые условия в учреждениях здравоохранения республики были на порядок хуже по сравнению с другими регионами России, мы сумели успешно освоить и реализовать такой национальный проект, как «Здоровье». Все 11 направлений, начиная с 2006 года по настоящее время, выполнены полностью. Также на территории республики завершена в 2012 году «Модернизация здравоохранения», что позволило медицинским учреждениям сделать большой шаг по улучшению материально-технического оснащения учреждений здравоохранения, а также по качеству обслуживания



населения.

Правительством Чеченской Республики принята государственная программа развития здравоохранения республики на 2014-2020 годы, которая должна обеспечить доступность медицинской помощи, а также значительно увеличить эффективность медицинских услуг, в том числе благодаря внедрению передовых достижений медицины. В эту программу вошли 12 подпрограмм, предусматривающих комплексный подход к модернизации сферы медицинских услуг, в числе которых «Совершенствование системы амбулаторного лекарственного обеспечения», «Развитие информации в здравоохранении», «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Данная программа охватывает те участки, которые у нас были слабо развиты. Эта программа, рассчитанная на несколько лет, ежегодно будет корректироваться, пересматриваться, дополняться с целью улучшения и охвата все больших вопросов медицинского обслуживания населения. Можно сказать, третья часть программы направлена на про-

филактику, на санитарно-просветительскую деятельность, на мероприятия по борьбе с наркоманией, пропаганду здорового образа жизни. Согласно программе в текущем году на комплексное материально-техническое обеспечение, подготовку кадров и повышение квалификации медперсонала предусмотрено 100 миллионов рублей.

- Расскажите, пожалуйста, какие конкретные меры планируется предпринять по снижению младенческой и материнской смертности?

- В государственную программу развития здравоохранения республики на 2014-2020 годы включены две республиканские программы «Пути снижения младенческой и материнской смертности на 2013-2015 годы» и «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2011-2014 годы».

В результате реализации первой программы ожидается снижение смертности от всех причин до 4,5 случая на 1000

населения, материнской смертности до 18 случаев на 100 тысяч родившихся живыми, а младенческая смертность предположительно снизится до 9,9 на 1000 родившихся.

Программа по снижению младенческой смертности уже



дала положительные результаты, вследствие чего было принято решение продолжить её реализацию и в последующие годы. В результате внедрения комплексной программы по снижению младенческой и материнской смертности в 2013 году удалось снизить данный показатель на 29%.

В рамках программы также предусмотрено отделить от детской реанимации реанимацию для новорожденных на базе Республиканской детской клинической больницы. Для обмена опытом в республику также приглашены специалисты Педиатрического университета г. Санкт-Петербурга. Имеются и договоренности о направлении на обучение студентов из нашей республики в лучшие медицинские вузы страны. Кроме того, в этом направлении предпринимаются такие практические формы взаимодействия, как оказание помощи нашим службам с приглашением специалистов в республику.

- Шахид Саидович, скажите, а как обеспечиваются лечебные учреждения лекарственными препаратами?

- Этот вопрос всегда находится на контроле у Главы республики Р.А.Кадырова и очень важен для нас. Надо сказать, что в последнее время он решается весьма благополучно. Необходимые медикаменты медицинскими учреждениями заказываются вовремя и получаются в полном объеме. Периодически в больницах республики вывешивается обновленный перечень лекарств. В него вошли и медицинские препа-

раты, которые ранее не закупались. Сведения об имеющихся в наличии медикаментах больной может получить лично. Для этого в больницах установлены информационные стенды с названием и количеством того или иного препарата. О покупке лекарств льготниками за свой счет речи быть не может.

На лечение одного пациента государством предусмотрено 19 тысяч рублей. В случае, если у больного онкология, эта сумма увеличивается в несколько раз. Если больной во время стационарного лечения не получил положенные ему медикаменты, он может обратиться либо к главному врачу больницы, либо к заместителям министра здравоохранения, либо к заместителю директора ТФОМС Чеченской Республики, телефоны которых должны быть вывешены на видном месте в каждом лечебном учреждении. Эти меры нами были предприняты в рамках поручений Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова по повышению качества оказания медицинских услуг населению республики.

- Шахид Саидович, при наличии прекрасных зданий, медицинских препаратов и лекарств, последнее слово остается за врачом и медицинской сестрой. Какова обеспеченность медицинских учреждений республики кадрами?

- Эта проблема для республики пока остается не до конца решенной. Утешает лишь то, что решение данного вопроса планируется в рамках государственной программы развития здравоохранения региона, где отдельным подпунктом выделено «Кадровое обеспечение системы здравоохранения».

Надо отметить, что в последние годы заметно улучшилось кадровое обеспечение медицинских учреждений республики.

В Республиканской клинической больнице имени Ш.Ш. Эпендиева на сегодня трудится около 100 врачей, из них 42 имеют высшую категорию, все имеют сертификаты специалиста, 3 доктора и 6 кандидатов наук, 7 имеют звание «Заслуженный врач».

Республиканская станция переливания крови является единственным учреждением в системе здравоохранения республики, где специалистами осуществляется заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов. Центром организации методической помощи стоматологам республики является Республиканская стоматологическая поликлиника.

В Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн открыто отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения. Структурно и организационно ОРХМДЛ представлено двумя рентген-ангиографическими операционными, выделенным коечным фондом – 10 сосудистых коек, мобильной группой, представленной сердечно-сосудистыми хирургами.

В апреле 2012 г. впервые в Чеченской Республике выполнены ангиографические исследования: коронарная ангиография, аортография, ангиография периферических артерий.

(почечных артерий, экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей).

Совместно с аритмологами РКБ им. Ш.Ш.Эпендиева выполнена первая имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора (искусственный водитель ритма (ИВР)) – медицинский прибор, предназначенный для воздействия на ритм сердца).

Сложнейшие оперативные вмешательства выполняются и во многих других лечебных учреждениях. И это все стало возможным благодаря тому, что у нас есть прекрасные специалисты своего дела. Среди них: Умар Ханбиев – главный хирург минздрава ЧР, главный врач Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи; Абдулла Гакаев – заведующий отделением урологии Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи, Умар Хунариков – заведующий отделением сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи; Хамула Умханов – заместитель главного врача Республиканской детской клинической больницы; Роман Эдалов – главный ортопед Минздрава ЧР, заведующий отделением ортопедии и травматологии Республиканской детской клинической больницы, Лема Висуров – заведующий хирургическим отделением Республиканской детской клинической больницы; Магомед Нашхоев, заведующий поликлиникой Республиканского кожно-венерологического дис-

пансера, эксперт по ВИЧ-СПИДу и ИПП, доктор медицинских наук (окончил Нью-Йоркский университет международного здравоохранения); Султан Оччорхаджиев, заведующий урологическим отделением пятой городской больницы; педиатр, заведующая отделением Республиканской детской поликлиники № 1 Тамара Саидова; Шамсуди Ялгумбаев – рентгенолог Республиканского тубдиспансера с более 50-летним стажем работы и многие другие не менее опытные и достойные врачи и медсестры.

- Ваши пожелания медицинским работникам республики в профессиональный праздник?

- В этот важный для всех медиков день хочется пожелать им терпения в работе, сострадания к больному и приверженности к профессиональному долгу. Возможность творить добро и получать за это, кроме «спасибо» от благодарного пациента, и зарплату – это в высшей степени предопределение. Так как, если Всевышний захочет проявить свою милость, Он даёт возможность человеку помочь другому человеку. Разве не к этому должен стремиться каждый верующий и богобоязненный человек? Не говоря уже о врачебном долге. Здоровья, счастья и семейного согласия вам и вашим близким, уважаемые коллеги! С праздником вас!

Беседу вела Малика Абалаева



ОФИЦИАЛЬНО



Денилбек АБДУЛАЗИЗОВ, директор ТФОМС Чеченской Республики

ЧЕЧЕНСКАЯ МЕДИЦИНА: ВЧЕРА И СЕГОДНЯ

*Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач .
В.М. Бехтерев*

На протяжении всей истории человечества – начиная с древнейших времён и по сегодняшний день – ремесло врачевания всегда стояло особняком среди огромного множества профессий. И поскольку болезнь – это, пожалуй, единственное (после смерти) явление, от которого не могли застраховать ни деньги, ни положение, ни влиятельные связи, то и отношение к докторам было особенное. И даже у сильных мира сего личные лекари далеко не ограничивались выполнением медицинских обязанностей – очень часто они становились доверенными лицами и даже близкими друзьями...

Все мы знаем, что нет ничего в мире важнее и дороже здоровья. Каждый мечтает прожить жизнь без болезней и недугов, здоровье – наше богатство. Поэтому каждый человек хоть раз в жизни обращался к врачам за помощью. Люди болели и раньше, болеют и сейчас. Поэтому медицина – древняя наука. А врач – почетная, достойная уважения, благородная и, вместе с этим, очень ответственная профессия. Эти люди охраняют наше здоровье, лечат, помогают новым жизням появиться на свет. Рабочий день медицинского работника – это общение с людьми, оказание помощи, причем зачастую психологической. Люди приходят часто не только за врачебной помощью, но и за пониманием и состраданием.

С течением времени, когда технологический прогресс позволил победить многие казавшиеся доселе неизлечимыми болезни, статус врача, однако, изменился не сильно.

Сегодня врач – престижная, социально значимая и вместе с тем крайне сложная профессия, сопряжённая с огромной долей ответственности. Вместе с тем это одно из ключевых звеньев многогранной системы, именуемой медициной.

Здравоохранение Чеченской Республики, являющееся неотъемлемой частью общей системы здравоохранения Российской Федерации, – это механизм, конечная цель которого – обеспечение бесплатного оказания качественной медицинской помощи населению.



После известных драматических событий, как мы знаем, инфраструктура системы здравоохранения Чеченской Республики была буквально до основания разрушена, подавляющее большинство специалистов уехало за пределы региона (хотя были и те, кто лечил больных, несмотря на военные действия). Общая ситуация, которая сложилась в сфере здравоохранения, была критическая и требовала незамедлительного принятия мер.

Именно в таких условиях по поручению Главы Администрации Чеченской Республики Ахмата-Хаджи Кадырова был начат сложный процесс реанимации медицинской отрасли. Чеченский лидер хорошо понимал, что здравоохранение – это жизненно важное направление, без восстановления которого и остальные сферы будут буквально парализованы.

Эстафета созидания после трагической гибели Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмата-Хаджи Кадырова, как мы помним, была подхвачена его сыном, нынешним Главой республики, Героем России Рамзаном Кадыровым, с именем которого связаны колоссальные изменения не только в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования, но и во всех областях жизнедеятельности Чеченской Республики.

По поручению национального лидера Рамзана Кадырова в регионе началась полномасштабная работа по всестороннему восстановлению инфраструктуры системы здравоохранения. За прошедшие годы при поддержке федерального центра, а также за счёт внебюджетных средств, в том числе регулярно выделяемых Региональным общественным фондом имени Первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмата-Хаджи Кадырова, у нас восстановлены и построены сотни медицинских объектов: современнейших

больниц, поликлиник, диагностических центров, медпунктов, домов матери и ребёнка - налажено бесперебойное финансирование всех медицинских учреждений, работающих в системе ОМС.

Необходимо отметить, что концепция деятельности и развития системы здравоохранения Чеченской Республики ориентирована на улучшение здоровья и формирование здорового образа жизни, повышение доступности качественной медицинской помощи. В целях выполнения этих задач в прошедшем году актуальной была задача реорганизации системы здравоохранения. В отрасли проведена оптимизация коечной сети, направленная на поиск необходимого баланса финансирования и эффективного оказания помощи населению.

Основной же показатель, которым мы можем гордиться, над выполнением которого работаем и по сей день – это достижение индикаторов, утвержденных в Указе Президента РФ в части повышения заработной платы медицинских работников и соответствие основных показателей здоровья населения Чеченской Республики заявленным показателям «дорожной карты», утвержденной распоряжением Главы ЧР.

Среди остающихся актуальными проблем необходимо назвать все еще высокий показатель младенческой смертности и острый кадровый дефицит врачей-неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, педиатров и отсутствие перинатального центра в республике. Несмотря на это, в течение года Министерством здравоохранения ЧР проведена большая работа по совершенствованию мероприятий по оказанию медицинской помощи матери и ребёнку, в том числе в рамках реализации республиканской целевой программы «Пути снижения младенческой и материнской смертности



на 2013-2015 годы», организации выездных акушерско-гинекологических и неонатальных бригад, внедрению системы «Рисар» и т.д. Таким образом, руководству Минздрава во главе с министром здравоохранения Шахидом Ахмадовым удалось добиться снижения младенческой смертности на 29% по сравнению с 2012 годом.

Наряду с этим разработаны и утверждены целевые и долгосрочные программы. Некоторые из них - программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на 2014 год, на плановый период 2015-2016 годов и государственная программа «Развитие здравоохранения Чеченской Республики на 2014-2020 годы».

Говоря о нашей системе здравоохранения, важно отметить исключительную роль, которая отведена в ней Фонду обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

Как известно, система обязательного медицинского страхования Чеченской Республики функционирует с 2000 года. И, несмотря на сложнейшие условия становления, деятельность системы ОМС Чеченской Республики была налажена в кратчайшие сроки. Она стала ключевым звеном системы здравоохранения республики, важным подспорьем в реализации социально значимых задач, поставленных перед здравоохранением Главой Чеченской Республики, Героем России Рамзаном Кадыровым.

Новый импульс для дальнейшего совершенствования и развития система здравоохранения Чеченской Республики получила в 2010 году с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». И на сегодняшний день деятельность

Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики направлена на защиту прав населения на своевременное получение квалифицированной медицинской помощи, являясь гарантом финансового обеспечения объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованному гражданину в рамках территориальной программы ОМС.

Реализуемые в республике программы, техническое и медикаментозное оснащение лечебных учреждений, качественное и беспрепятственное оказание медицинской помощи населению, высокая организация деятельности всей системы здравоохранения ЧР – это результат слаженной работы Министерства здравоохранения, Фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, в которых трудятся не просто специалисты своего дела, а неравнодушные люди, патриоты, искренне болеющие за свой народ и республику.

В целом, в рамках возрождения системы здравоохранения Чеченской Республики за последние годы совершён огромный скачок вперёд. И, несмотря на ряд пока незавершённых задач, основные векторы по их решению обозначены, пути достижения поставленных целей определены. И есть уверенность, что каждодневный труд медицинских работников, ответственное, профессиональное и добросовестное отношение организаторов здравоохранения к возложенным на них задачам позволит в самое ближайшее время значительно повысить индекс здоровья наших граждан, выйти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи.

ГАРАНТ СВОЕВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Филиал ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный начал свою деятельность в системе ОМС на территории Чеченской Республики в феврале 2005 г. и, как говорят специалисты компании, в то время жители республики толком и не знали о деятельности страховых компаний. Да и само понятие «обязательное медицинское страхование» было в диковинку, и этому есть вполне понятное объяснение: пока другие регионы России переходили на новую систему, в Чечне происходили события совсем иного рода... За это время многое изменилось, а количество застрахованных перевалило за миллион. Более подробно о своей деятельности в интервью журналу «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» рассказывает директор филиала Ахмед Тапаев.



- Мне приятно отметить, что наш филиал достойно прошел период становления в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики за эти восемь лет. По Федеральному законодательству на страховую компанию возложены три основные функции: обеспечение населения полисами обязательного медицинского страхования, защита прав застрахованных и контроль качества и объемов медицинской помощи, оказываемой в рамках программы обязательного медицинского страхования. Этим мы фактически и занимаемся с момента основания филиала, - говорит А. Тапаев.

- Ахмед Шарипович, каково количество застрахованных в системе обязательного медицинского страхования в ЧР на сегодняшний день?

- У нас в базе застрахованных более 1 млн. 280 тыс. чело-

век, практически 95% населения. Из них около 50%, а именно 637 тыс. человек обеспечено полисами единого образца. Полис ОМС нового образца введен в действие с мая 2011 г., является бессрочным, действителен на всей территории страны, и его должен иметь каждый гражданин Российской Федерации.

- Многие жалуются на отсутствие возможности использовать медицинский полис, выданный в Чечне, в соседних регионах, потому что в больницах по ним просто не принимают. Как обеспечивается право на бесплатную медицинскую помощь в других регионах?

- Во-первых, это грубое нарушение законодательства, полис ОМС и старого, и нового образца имеют одинаковую силу и должны действовать на всей территории нашей страны. На тот случай, когда право на получение бесплатной медицинской помощи по ОМС все же нарушается, на всех полисах ОМС есть номера телефонов нашей страховой компании, кроме того, мы раздаем застрахованным памятки и буклеты с телефоном «горячей линии» нашего консультативно-диспетчерского центра, на который можно звонить из любой точки России, в том числе и с мобильных телефонов. Звонки бесплатные. Этот процесс находится под контролем управления

защиты прав застрахованных. После получения обращения застрахованного мы связываемся с учреждением, которое отказывает в медицинской помощи по программе ОМС, выясняем истинные причины отказа. В случае необходимости страховая компания привлекает к разбору фактов нарушения прав застрахованных фонд ОМС по месту обращения за медицинской помощью. Чаще всего нам удается отстоять права своих застрахованных в досудебном порядке. Другое дело, что и сами граждане должны осознать, что для получения медицинской помощи и в Чеченской Республике, тем более за ее пределами необходимо соблюдать порядок получения медицинской помощи, потому что очень часто отказ в медицинском обслуживании связан с отсутствием необходимых документов, в том числе направления с Министерства здравоохранения ЧР или участковой поликлиники. Самое первое обращение по поводу любого заболевания, кроме экстренных случаев, должно начинаться с участковой поликлиники.

- А много обращений в этот отдел?

- В среднем за год бывает более 1000 обращений, из них около 100 обращений содержат жалобы или заявление на нарушение прав.

- Скажите, на Ваш взгляд, возникают ли подобные проблемы, как нарушение прав, из-за отсутствия элементарных знаний о своих правах?

- Конечно. Если говорить о нашем регионе, то проблемы возникают и из-за недостаточных знаний законодательной базы и самими застрахованными, и, что особенно недопустимо, медицинскими работниками лечебных организаций. Это, конечно же, создает массу искусственных проблем и препятствий, которые можно было бы избежать при знании законодательства. Правовая безграмотность населения – это, к сожалению, остается нашей реальностью, хотя нельзя не отметить, что положительная динамика в этом вопросе есть, что, безусловно, является результатом той огромной работы, которую по информированию населения, ведет совместно с ТФОМС наша страховая компания. Уверен, что в будущем нам удастся восполнить этот пробел.

- Ахмед Шарипович, существует ли возможность обмена опытом с коллегами из других регионов?

- Можно сказать, мы занимаемся этим каждый день, потому что мы являемся филиалом Московской страховой компании. ЗАО МАКС-М имеет в регионах более 20 филиалов. Реализация программы обязательного медицинского страхования в каждом регионе имеет свои территориальные особенности, и мы постоянно взаимодействуем с ними в плане обмена опытом и успехом в решении тех или иных проблем. Руководство МАКС-М в лице Дирекции регионального развития осуществляет координацию деятельности филиалов и сопровождение всех наших электронных баз и программ.

- Сложно ли взаимодействовать с головным офисом?

- В принципе, там, где все основано на соблюдении нормативных законодательных актов, ничего придумывать не надо, следовать правилам очень просто.

- А мне интересно, вы работаете в Чечне с 2005 года, за это время здесь многое изменилось, меняется ли отно-



шение к вам?

- Изменения чувствуются. Прежде всего, по обращениям за консультациями, за которыми к нам приходят люди. Многие начали понимать, что обязательное медицинское страхование действительно обязательно, что есть люди, которые занимаются защитой прав застрахованных граждан. Это, в первую очередь заслуга руководства республики, а после – хорошей информационной работы (буклеты, периодические издания) и заслуга ТФОМС Чеченской Республики, который постоянно проводит разъяснительную, агитационную работу в СМИ. Поэтому прогресс ощутим. Пять лет назад никто толком не знал, чем занимается страховая компания.

- Сложно с людьми работать, ведь у вас такой поток людей здесь?

- С людьми, конечно, тяжело, люди у нас очень эмоциональные, очень легковозбудимые. Мы выдаем по филиалу более 1000 полисов в день, разумеется, это создает какие-то очереди, хотя мы максимально стараемся, чтобы время ожидания в очереди было не более 15-20 минут, но тем не менее в какие-то часы пик людям приходится, как и везде в обще-



ственных организациях, ждать. Бывают моменты, когда у людей сдают нервы. Наши сотрудники понимают, что к каждому посетителю нужен индивидуальный подход и стараются максимально корректно разрешать возникшие конфликтные ситуации, работая по-существу еще и психологами.

- Расскажите о работе вашей компании по районам?

- Почти во всех районах у нас имеются территориальные отделы, так как наша республика занимает довольно обширную площадь и для жителей отдаленных от столицы районов было бы проблематичным получение полиса в Грозном. Наши территориальные отделы, а их у нас 13, располагаются на территории районных больниц, что также обеспечивает максимальное удобство для жителей. Население малозаселенных Шаройского, Шатойского и Итум-Калинского районов обеспечивается полисами в Грозном.

- Расскажите о своем взаимодействии с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики?

- Территориальный фонд ОМС и страховая компания участвуют в реализации Программы ОМС в рамках компетенции, определенной федеральным законодательством. На самом деле мы работаем в одной сфере, в одной отрасли, у нас общие задачи и общие цели. А это предполагает постоянное взаимодействие и тесное сотрудничество. Наша работа направ-

лена на улучшение здравоохранения в республике в целом и на улучшение оказываемых услуг пациентам. Хочу отметить, что с руководством Фонда в лице Денилбека Абдулазизова у нас сложились традиционно дружеские отношения и взаимопонимание. Благодаря его деятельности объем финансирования медицинских учреждений, работающих в системе ОМС Чеченской Республики, с 2007 года вырос во много раз.

- Ожидаются ли какие-нибудь новшества?

- Все зависит от законодательства: если законодательство поменяется, появятся и новшества. Последние изменения в системе ОМС произошли благодаря принятию нового Федерального Закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Как мы знаем, центральным элементом данного закона является гражданин. Это, по сути, наш девиз. Вот по этому девизу мы и работаем.

- Ваши пожелания читателю?

- Я желаю всем жителям нашей республики прежде всего крепкого здоровья, но на тот случай, если все-таки придется обратиться за медицинской помощью, имейте на руках на полнотекстовый обязательный медицинский страховой полис.

Беседу вела Мадина Хамидова. Специально для журнала «ОМС в Чеченской Республике»



В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОШЛА ПРЕСС-КОНФЕРЕНЦИЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ВЕДУЩИХ СМИ РЕГИОНА

В конференц-зале Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошла ежегодная пресс-конференция по теме «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике. Итоги и перспективы». В ней приняли участие сотрудники ТФОМС Чеченской Республики и представители ведущих СМИ региона. Предметом состоявшейся беседы стали вопросы, касающиеся системы ОМС, на которые журналисты получили вполне содержательные ответы.

Ведущий конференции – помощник директора ТФОМС Чеченской Республики Сулиман Эниев в своем приветственном слове отметил, что в прошедшем году системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации исполнилось 20 лет. За это время было принято два закона, по которым живет не только обязательное медицинское страхование, но и все здравоохранение страны. И если первый закон, принятый в 1991-ом году, был призван дать начало жизни самой системе, то принятие второго закона, заработавшего в 2011-ом году, вызвано необходимостью настроить работу системы таким образом, чтобы это мог почувствовать каждый конкретный человек.

– Несмотря на то, что система обязательного медицинского страхования введена в действие 20 лет назад, в нашей республике она действует лишь с 2000-го года, – сказал он. – Впервые Территориальный фонд обязательного медицин-

ского страхования Чеченской Республики был создан Указом первого Президента Чеченской Республики, Героя России Ахмат-Хаджи Кадырова для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования в Чечне.

С тех пор прошло немало времени. Система ОМС Чеченской Республики прочно встала на рельсы социального развития и стала надежным партнером республиканских органов власти в реализации социальных задач, поставленных перед Правительством Главой Чеченской Республики Рамзаном Кадыровым.

Сегодня ТФОМС Чеченской Республики защищает права граждан на своевременное получение квалифицированной медицинской помощи и является гарантом финансового обеспечения объемов медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованному населению в рамках территориальной



программы ОМС. Работа фонда направлена, прежде всего, на обеспечение каждому гражданину республики возможности получать качественную медицинскую помощь, чтобы жители даже самых отдаленных населенных пунктов имели к ней доступ.

Фонд придает большое значение информированию населения об их правах в системе ОМС. Несмотря на огромную работу, которая проводится в этом направлении, у граждан остается немало вопросов к системе обязательного медицинского страхования.

Со слов первого заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики Мустапы Сагилаева стало известно, что из себя представляет Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

- Территориальная Программа государственных гарантий включает в себя территориальную программу обязательного медицинского страхования, соответствующую требованиям законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. В рамках Территориальной Программы государственных гарантий предусматриваются: объемы в разрезе видов медицинской помощи, расчетная и утвержденная стоимость медицинской помощи по источникам финансирования, включающей стоимость территориальной программы ОМС, а также подушевые размеры финансовых средств на реализацию Территориальной Программы государственных гарантий (в том числе территориальной программы ОМС).

- Если сказать в двух словах, - подчеркнул М. Сагилаев, - Территориальная программа государственных гарантий (в том числе Территориальная программа ОМС) - это бесплатно оказываемые населению гарантированные объемы медицинской помощи (стационарной, амбулаторно-поликлинической, в условиях дневных стационаров, скорая медицинская

помощь) и финансовое обеспечение этих объемов.

Журналистов интересовали также и преимущества подушевого финансирования скорой медицинской помощи, так как с недавнего времени «скорая» включена в систему ОМС.

Начальник финансово - экономического управления фонда Асет Хасуева осведомила их касаясь данного вопроса:

- Подушевое финансирование скорой медицинской помощи обладает рядом преимуществ. Во-первых, средства из фонда обязательного медицинского страхования при использовании такой схемы выделяются в зависимости от числа застрахованных жителей, независимо от количества вызовов. Во-вторых, это позволяет минимизировать случаи приписки объемов услуг в документах и необоснованных выездов бригад. В-третьих, применение другого способа оплаты (например: когда размер финансирования зависит от количества выездов скорой помощи) не позволил бы медицинским организациям полностью компенсировать затраты на оказание этого вида помощи. При подушевом финансировании служба скорой помощи ежемесячно получает фиксированную сумму за каждого застрахованного жителя в районе обслуживания.

По мнению начальника управления по обязательному медицинскому страхованию и мониторингу медицинской профилактики Эдгара Алиева, одно из главных направлений деятельности фонда на сегодняшний день - это положительная динамика количества застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования.

- С 2010 года страховой компанией совместно с территориальным фондом ОМС была создана единая база застрахованных граждан, отвечающая требованиям нормативных документов. Повышение активности населения в получении полисов и заключении договоров на работающих граждан явилось результатом работы Фонда по информированию населения по вопросам системы ОМС. На сегодняшний день количество застрахованных в системе обязательного меди-

цинского страхования лиц составляет около 95% от общего числа населения республики.

Так же Э.Алиев поведал журналистам о новой возможности получить полис обязательного медицинского страхования в составе универсальной электронной карты:

- На территории Чеченской Республики выдаются полисы обязательного медицинского страхования единого образца в бумажном варианте исполнения. Кроме того, с 1 января 2013 года на территории Чеченской Республики граждане могут получить полис обязательного медицинского страхования в составе универсальной электронной карты. Универсальную электронную карту гражданина можно получить в ЗАО «Вай-

уменьшить риск врачебных ошибок, позволяют хранить информацию о состоянии пациента на разных этапах лечения, проводить сравнительный анализ лабораторных исследований, упорядочивает систему записи на прием к врачу и график работы врача, что способствует ликвидации очередей, и многое другое. Приоритетными на данном этапе являются задачи по формированию паспорта лечебного учреждения, электронных медицинских карт пациентов, приведение схемы формирования реестров счетов в соответствии с требованиями нормативных документов.

К сожалению, состояние информатизации медицинских организаций остается пока на низком уровне, - отметил У. Магомадов. - Руководители лечебных учреждений не уделяют вопросам информатизации должного внимания. Между тем, опыт показывает, что, чем глобальнее медицинская информационная система региона, чем больше функций она включает в себя, тем она инертнее. Руководителям МО нужно более активно решать вопросы информатизации МО, комплектовать информационные службы из инициативных и способных сотрудников, создавать условия для их работы.

Особо остро собравшихся интересовал вопрос об иноморном лечении, когда жителю нашей республики приходится платить, несмотря на наличие медицинского страхового полиса. Как выразилась по этому поводу заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики Зара Баудинова, в законе о медицинском страховании закреплено право граждан на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории России:

- Безусловно, страховой медицинский полис является гарантом для оказания необходимой медицинской помощи как на территории Чеченской Республики, так и за ее пределами, обеспечивая тем самым реализацию прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Конечно, встречаются единичные случаи отказа от госпитализации, ссылаясь на то, что нет мест даже для своих застрахованных граждан. В подобных случаях выехавшие созваниваются с нами или в письменном обращении излагают возникшие проблемы, и мы звоним в территориальный фонд субъекта страны или непосредственно в медицинское учреждение и совместными усилиями отстаиваем интересы наших граждан.

Начальник управления защиты прав застрахованных граждан и организации межтерриториальных взаиморасчетов Светлана Бишаева осведомила, куда могут обращаться граждане в случае возникновения вопросов и жалоб:

- Существуют отделы по защите прав застрахованных граждан как в ТФОМС Чеченской Республики, так и в страховой медицинской организации «МАКС-М», которые непосредственно занимаются вопросами и жалобами, возникшими в процессе лечения или обследования. Работают телефоны горячей линии: 8 800 333 55 03; 8 800 555 94 49, по которым застрахованные граждане могут задать интересующий их вопрос.

В случае разбора жалобы, по мере необходимости, привлекаются врачи-эксперты для проведения экспертизы каче-



нах Телеком» по адресу: Чеченская Республика, г. Грозный, ул. Лорсанова, 6 (при себе иметь паспорт, ИНН, СНИЛС, Единый полис обязательного медицинского страхования).

Так как в последнее время много стали говорить об информатизации, на конференции обсуждалась и необходимость внедрения в здравоохранение информационных систем. Начальник управления информационного обеспечения Увайс Магомадов рассказал, чем это обусловлено:

- Если ранее финансирование медицинских организаций велось по упрощенной схеме, то на нынешнем этапе наблюдается тенденция к всеобщей стандартизации системы здравоохранения. В этой связи постоянно уточняется и детализируется система расчета потребности финансовых средств. Это, в свою очередь, требует наличия статистических и динамических информационных ресурсов и систем обработки информации, основанных на использовании этих ресурсов. Более того, современные информационные ресурсы при правильном их использовании позволяют значительно

ства медицинской помощи данного страхового случая. Наши специалисты прилагают все усилия, чтобы обратившийся остался доволен результатом разбора его жалобы и чтобы все спорные случаи были разрешены в досудебном порядке.

Касаемо защиты прав застрахованных граждан, ТФОМС Чеченской Республики ведет огромную работу. Качество медицинской помощи, оказываемой застрахованному населению, с каждым годом повышается. Руководством республики уделяется огромное внимание соблюдению правил деонтологии, требованию уважительного и бережного отношения к больным и их родственникам.

число граждан, выезжающих за пределы республики на иногороднее лечение, становится меньше.

В свою очередь, начальник управления формирования финансовых средств и статистической отчетности Турпал-Али Гайрабеков рассказал журналистам, об объемах медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках Территориальной программы ОМС.

- Объемы медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованному населению в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС, распределяются. Согласно согласительной Комиссией медицинским организациям, включенным в Федеральный регистр медицинских организаций, оказы-



- Надо сказать, что во время опроса пациентов наши сотрудники чаще слышат слова благодарности врачам и медсестрам, но есть и жалобы, - говорит З. Баудинова. - По каждой жалобе проводится работа, каждому пациенту дается исчерпывающий ответ о мерах, принимаемых по поводу его жалобы, в некоторых случаях приняты меры по возврату денежных средств, незаконно полученных от пациентов. Задачи, поставленные руководством Фонда в лице директора Д.Ш. Абдулазизова перед коллективом, направлены на достижение конечной цели – обеспечение реализации прав граждан на охрану здоровья путем повышения качества и доступности медицинской помощи. Следует отметить, что на сегодняшний день эти задачи успешно реализуются. Меры, принимаемые руководством республики по оснащению медицинских организаций необходимым оборудованием и лекарственными препаратами, способствуют повышению качества медицинской помощи, оказываемой застрахованному населению на территории республики. Об этом свидетельствует то, что

оказываемой медицинской помощи в сфере ОМС. Эти объемы с учетом их финансового обеспечения являются для каждой медицинской организации гарантом (обязательством) со стороны государства на возмещение фактических расходов МО по медицинской помощи, оказанной застрахованному населению. Объемы медицинской помощи, оказанные МО сверх объемов, распределенных Согласно согласительной Комиссией, не являются обязательством государства и могут не оплачиваться за счет средств ОМС.

Здесь следует отметить, что до 2013 года по большинству медицинских организаций наблюдалось невыполнение объемов медицинской помощи, распределенных Согласно согласительной Комиссией. В результате серьезных и действенных мер, принятых в 2013 году Территориальным фондом ОМС совместно с Министерством здравоохранения Чеченской Республики при поддержке Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова, в целом по стационарной медицинской помощи фактические объемы превысили запланированные. Эта тенденция с янва-



ря 2014 года продолжается, и наблюдается рост стационарных объемов.

Этого пока нельзя сказать об амбулаторно-поликлинической помощи и о медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара. В связи с этим в медицинских организациях осуществляются меры, направленные на повышение уровня и объемов амбулаторно-поликлинической помощи с профилактической целью и в неотложной форме, а также значительное увеличение объемов, выполняемых в условиях дневных стационаров. Эти мероприятия предусмотрены в рамках изменений, вносимых Министерством здравоохранения Чеченской Республики в утвержденную «дорожную карту».

Указанные мероприятия согласовываются с нормативными требованиями Министерства здравоохранения Российской Федерации, предусмотренными в рамках утвержденной постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 года № 932 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

На пресс-конференции отметили, что среди мероприятий, направленных на профилактику заболеваний выделяют два основных – диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры.

- Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний), яв-

ляющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения России и факторов риска их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов, рассказал Э. Алиев.

Он отметил, что профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов на те годы, когда диспансеризация для данного гражданина не проводится.

Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сбережения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

В 2014 году запланировано проведение:

- диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактического медицинского осмотра в количестве 366 885 человек;
- профилактических и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних в количестве 231 734 человек;
- диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в количестве 2 258 человек.

В конце встречи представители ТФОМС Чеченской Республики выразили благодарность журналистам за участие в мероприятии и активное освещение деятельности системы обязательного медицинского страхования.

Значение системы обязательного медицинского страхования растет ежегодно, вместе с тем растет и число задач, стоящих перед ней. Эта система создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи, закрепленное в Конституции Российской Федерации. Система ОМС, как и большинство социальных отраслей, является еще и стратегической отраслью. Низкий уровень ее развития может привести к ухудшению предоставляемой медицинской помощи населению. Понимая это, коллектив ТФОМС Чеченской Республики во главе с директором Денилбеком Абдулазизовым прилагает все усилия для полноценной реализации этой важной социальной задачи. Сегодня система ОМС чутко реагирует на потребности населения. Ведется огромная работа для того, чтобы оказываемые медицинские услуги были доступными, а отношение к людям – уважительным. Стоит отметить, что проводимая работа дает свои плоды. Эти плоды ежедневно улучшают жизнь людей.

**Милана УСМАНОВА при содействии пресс-службы
ТФОМС Чеченской Республики.**



Стандартизация является важнейшим условием для объективного описания этой деятельности и совершенствования управления системой здравоохранения.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

д.э.н. Пирогов М.В.

Стандартизация системы здравоохранения - многогранный и непрерывный процесс, охватывающий все стороны и направления деятельности, связанной с организацией лечебно-диагностического процесса.

Стандартизация является важнейшим условием для объективного описания этой деятельности и совершенствования управления системой здравоохранения.

Мероприятия по стандартизации обеспечивают в здравоохранении:

- комплексное развитие за счет единых подходов к планированию, нормированию, лицензированию и сертификации;
- объективный контроль качества медицинских услуг;
- эффективное использование ресурсного потенциала;
- оптимизацию лечебно-диагностического процесса;
- интеграцию национального здравоохранения в мировую медицинскую практику.

Именно по этим причинам медицинская стандартизация является приоритетным направлением современного развития сферы медицинских услуг в большинстве экономически развитых стран мира¹.

Необходимость стандартизации определяется целым рядом факторов. Это в первую очередь постоянно растущие рас-

ходы на медицинские услуги, что обусловлено совершенствованием и удорожанием медицинских технологий, старением населения и повышением уровня требований пациентов. При этом возможности государства в удовлетворении растущих потребностей населения в медицинских услугах ограничены, пусть и в разной степени, во всех странах мира. Разработка и внедрение в медицинскую практику стандартных унифицированных алгоритмов, позволяющих различать пациентов по нуждаемости в различных видах и наборах медицинских услуг, способствует более рациональному использованию ресурсного потенциала.

Таким образом, стандартизация в данной сфере обеспечивает возможность стратегического планирования, эффективного использования имеющихся ресурсов, регулирования и контроля затрат на лечение и охрану здоровья населения.

По мнению А.И. Вялкова и В.З. Кучеренко,² стандартизация как деятельность и стандарты как результат работ по стандартизации позволяют существенным образом влиять на эффективность дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования.

В России дальнейшее развитие стандартизации направлено на решение серьезных организационно-экономических

¹Обзор систем здравоохранения в Европе (L'Humanite, 4 июня 2009)/ Информационный ресурс: <http://www.euro.who.int/en/home>

²Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования (Учебное пособие) /Под ред. В.З. Кучеренко, А.В. Вялкова, М.: ММА им. И.М. Сеченова, ФФОМС, 2000. – 392 с.

проблем в системе здравоохранения, и в системе обязательного медицинского страхования, что позволяет преодолеть методологическую и практическую энтропию в организации и финансировании медицинской помощи. Разработка и применение стандартов позволит создать объективный, научно-обоснованный фундамент для построения взаимоотношений между различными специалистами, работающими в данной сфере, такими как: практикующие врачи, организаторы здравоохранения, фармакологи, экономисты, финансисты, юристы и IT-специалисты. Более того, практическое применение стандартов позволяет определить конкретные границы государственных гарантий, понятные и доступные не только врачам, но и обычным гражданам, каждый из которых рано или поздно становится пациентом.

Международная организация по стандартизации (International Organization for Standardization — ISO) определяет стандартизацию как установление и применение правил с целью упорядочения деятельности в определённой области на пользу и при участии всех заинтересованных сторон, в частности для достижения всеобщей оптимальной экономии при соблюдении функциональных условий и требований техники безопасности³.

Объекты стандартизации — конкретная продукция, нормы, требования, методы, термины, обозначения и т.д., имеющие перспективу **многократного применения**, используемые в науке, технике, промышленном и сельском хозяйстве, производстве, строительстве, транспорте, культуре, здравоохранении и др. сферах народного хозяйства, а также в международной торговле.

Эффективность стандартизации в условиях развитых рыночных отношений проявляется через следующие её функции⁴:

1. Экономическая функция, охватывающая следующие аспекты:

- предоставление информации о продукции и её качестве, позволяющей участникам торговых операций правильно оценить и выбрать товар, оптимизировать капиталовложения;
- распространение информации о новой технике, материалах и методах измерений и испытаний;
- повышение производительности труда и снижение себестоимости;
- содействие конкуренции на основе стандартизации методов испытаний и унификации основных параметров продукции, что позволяет проводить её объективное сравнение;
- обеспечение совместимости и взаимозаменяемости;
- рационализация управления производственным процессом и обеспечения заданного уровня качества продукции.

2. Социальная функция стандартизации предусматривает фиксацию такого уровня параметров и показателей продукции и услуг, который соответствует требованиям здравоохранения,

санитарии и гигиены, обеспечивает охрану окружающей среды и безопасности людей при производстве, обращении, использовании и утилизации продукции.

3. Коммуникативная функция стандартизации предусматривает создание базы для объективизации различных видов человеческого восприятия информации, а также фиксацию терминов и определений, классификаторов, методов измерений и испытаний, чертежей, условных знаков и т.п., обеспечивая необходимое взаимопонимание с учетом международных регламентов, в том числе систему конструкторско-технологической документации, систему управления процессами и т.д.

Учитывая перечисленные функции стандартизации, необходимо особо подчеркнуть её ключевое значение для развития обязательного медицинского страхования. Объективизация оценки спроса населения на медицинские услуги и оценка технологических возможностей медицинских организаций, баланс и оптимизация ресурсов в системе здравоохранения невозможны без стандартов, учитывающих не только специфику заболевания, но и оценивающих применение альтернативных медицинских технологий.

В медицине принято выделять стандарты ресурсного обеспечения, процесса оказания медицинских услуг и результатов лечения.

К стандартам ресурсного обеспечения можно отнести таблицы оснащения медицинских организаций, нормативы финансирования, строительные нормы и правила и т.п.

В качестве стандартов лечебно-диагностического процесса в настоящее время рассматриваются протоколы ведения больных (клинические рекомендации).

В качестве стандартов результатов используются нормативы использования коечного фонда, длительности госпитализации, числа посещений врачей в поликлинике, доля благоприятных и неблагоприятных исходов лечения и т.п.

Стандарт устанавливает комплекс норм, требований и правил к лечебно-диагностическому процессу и утверждается органом исполнительной власти в сфере медицинских услуг.

Также стандарт может быть разработан на организацию работы, на фондовооруженность работника, на оснащение медицинской организации техникой и инвентарем и т.п.

Медицинские стандарты позволяют оценить объем, сроки и качество медицинских услуг. Однако они не всегда учитывают особенности течения заболевания у конкретного пациента, поэтому должны использоваться в комплексе с другими критериями оценок.

Реальный случай оказания медицинской помощи пациенту может оцениваться путем его сопоставления со стандартами. Однако в соответствии с принципом — **«лечи больного, а не болезнь»** — при оценке качества медицинских услуг, оказанных конкретному пациенту, должны учитываться его индивидуальные особенности, наличие сопутствующих заболеваний и возможных осложнений, которые в ряде случаев могут служить основанием для отступления от стандартов медицинской помощи при данном заболевании.

Наличие субъективной оценки в диагностическом и лечебном процессе требует учета самых разнообразных факторов

³Большая Медицинская энциклопедия/ Информационный ресурс: <http://bigmeden.ru/article>

⁴Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования (Учебное пособие) /Под ред. В.З. Кучеренко, А.В. Вялкова, М.: ММА им. И.М. Сеченова, ФФОМС, 2000. С. 9-10

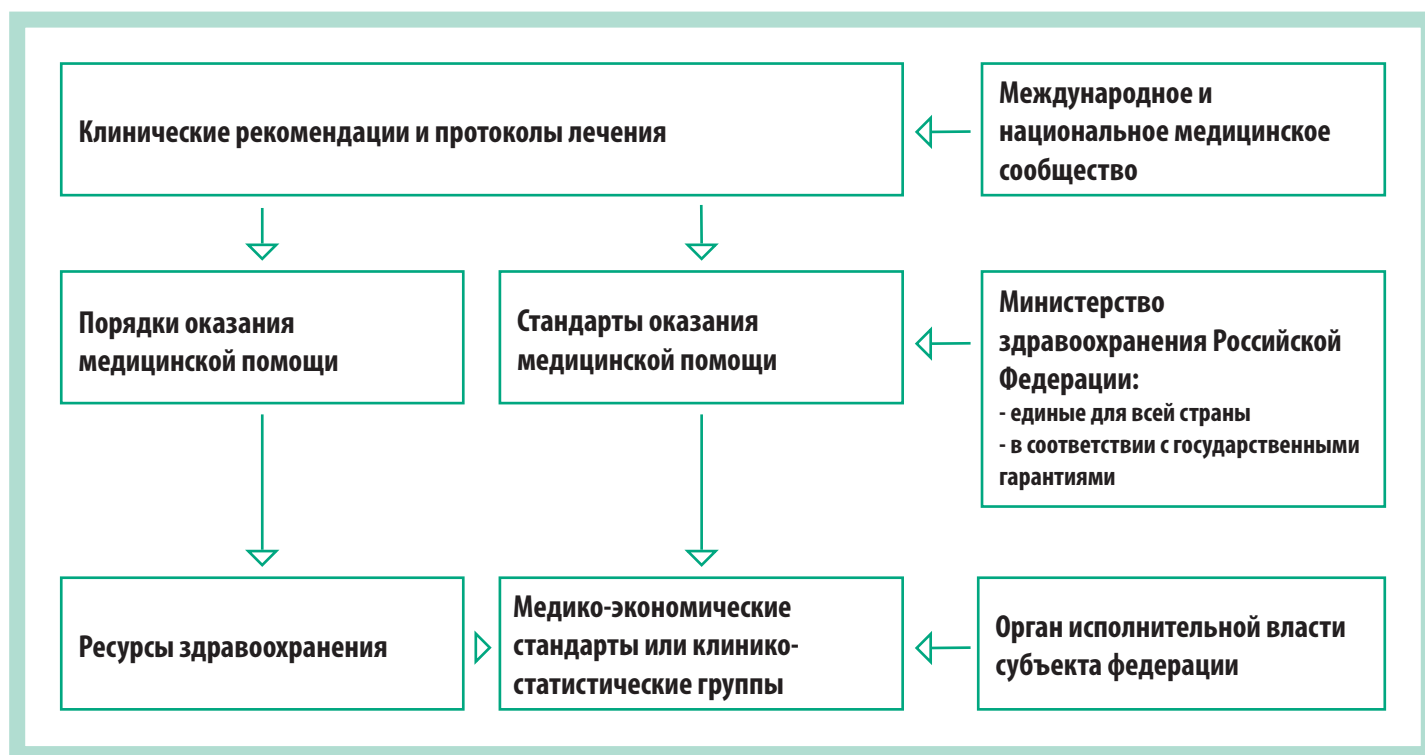


Схема стандартизации в Российской Федерации

при проведении аналитических исследований, оценки вероятностей применения определенных клинических технологий при лечении различных заболеваний с учетом особенности их течения у пациентов, относящихся к различным половозрастным и социальным группам. Большой объем самых разнообразных данных, описывающий состояние здоровья граждан и деятельность лечебной сети, оценка необходимых ресурсов и расчет финансовых показателей требуют использования самых современных информационных технологий.

Для решения организационно-экономических задач в системе здравоохранения используются универсальные базы данных, позволяющие не только накапливать и хранить самую разнообразную информацию, но и реализовывать различные алгоритмы обработки статистической информации, обеспечивая удобный интерфейс пользователей и удобную таблично-графическую форму представления результатов анализа и расчетов.

Изучение проблем стандартизации в здравоохранении других стран демонстрирует её эмпирический путь развития методом «проб и ошибок». Результатом явилось создание систем, которые не могут быть описаны единым алгоритмическим языком, их невозможно запрограммировать, и на их основе сложно строить математические и экономические модели. Во многих странах, в том числе в США и Израиле, стандартами или протоколами ведения больных являются публикации в периодической печати, руководства или учебные пособия⁵.

⁵Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования (Учебное пособие) /Под ред. В.З. Кучеренко, А.В.

Несмотря на долгую историю развития и огромное количество разработанных нормативных документов в области стандартизации простой перенос существующих зарубежных систем в практику отечественного здравоохранения затруднителен. Вместе с тем, разрабатывая национальную систему медицинских стандартов, необходимо учитывать международный опыт в этой области.

На рисунке 1 представлена схема стандартизации в Российской Федерации.

Отечественная нормативно-правовая база, разделяя процесс стандартизации в сфере медицинских услуг на этапы, определяет порядок, последовательность и ответственность его участников. Так, формирование клинических рекомендаций и протоколов лечения закреплено за профессиональными сообществами врачей-специалистов – как отечественных, так и иностранных.

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение для данных документов: «*Протокол ведения больных и клинический протокол – нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации*»⁶.

Вялькова, М.: ММА им. И.М. Сеченова, ФФОМС, 2000. С. 21

⁶Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: Учебное пособие (кн.2) – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.388

Обобщая национальный и международный опыт лечения пациентов, национальный орган, ответственный за здравоохранение (для России – Минздрав РФ), определяет, какие протоколы ведения больных в большей степени соответствуют национальной системе организации и оказания медицинских услуг и могут реализовываться на территории страны.



Исходя из данного определения, протокол ведения больных представляет собой неформализованное описание диагностических, лечебных и профилактических действий, направленных со стороны медицинского сообщества к пациентам. При этом используется накопленный опыт и научные знания отдельных специалистов и врачебных сообществ. Целесообразность, полезность и клиническая эффективность определяется практикой применения описанных в протоколе действий по отношению к конкретному пациенту или клинической ситуации и носит рекомендательный характер.

В Российской Федерации ответственными за разработку клинических протоколов определены медицинские профессиональные некоммерческие организации¹, руководствуясь при этом знаниями и опытом в соответствии с принципами «доказательной медицины», а в части оформления используя положения, определенные государственным стандартом ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие положения». Данный стандарт устанавливает общие положения разработки протоколов ведения больных (далее – протоколов), определяющих объем и показатели качества выполнения медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации. Основной целью стандарта является унификация требований к качеству оказания медицинской помощи. Задачами стандарта являются:

- нормативное обеспечение процессов разработки, внедрения и оценки эффективности применения протоколов;
- оптимизация правил выбора медицинских технологий

¹323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.76 п.2.

для включения в нормативные документы оказания медицинской помощи.

Протокол определяет виды, объем и индикаторы качества медицинской помощи гражданам при конкретных заболеваниях, синдроме или клинической ситуации.

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

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

Обобщая национальный и международный опыт лечения пациентов, национальный орган, ответственный за здравоохранение (для России – Минздрав РФ), определяет, какие протоколы ведения больных в большей степени соответствуют национальной системе организации и оказания медицинских услуг и могут реализовываться на территории страны. При этом оценивается научный и кадровый потенциал системы, позволяющий выбранные медицинские технологии реализовать с максимальной клинической эффективностью. Кроме того, оценивается социальная эффективность выбранных технологий с позиции их доступности для граждан страны и минимизации финансовых рисков населения.



Оформленные соответствующими нормативно-правовыми актами данные документы организуют два связанных блока:

1.Порядки оказания медицинской помощи, представляющие собой неформализованные положения по организации процессов диагностики, лечения и реабилитации больных с конкретными заболеваниями, группами заболеваний или состояниями, определяющие все этапы лечения пациента, а также организацию и оснащение медицинского учреждения необходимым лечебным и диагностическим оборудованием.

2.Стандарты медицинской помощи в виде формализованного описания лечебного процесса, которые становятся образцами, моделями, эталонами, применяемыми для сравнения с практическим лечением пациентов.

Медицинские порядки и стандарты являются нормативными документами системы здравоохранения², оформленными в соответствии с федеральным законом и устанавливающими комплекс норм, требований и правил к лечебно-диагностическому процессу: «Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

В соответствии с федеральным законом «...порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи».

Необходимо отметить, что несмотря на обязательный характер применения порядков оказания медицинской помощи и детальное описание необходимого диагностического и лечебного оборудования, штатные нормативы носят **рекомендованный** характер. И их применение для целей формирования штатного расписания и последующей оценки фонда оплаты труда находится в непосред-

Медицинские порядки и стандарты являются нормативными документами системы здравоохранения, оформленным в соответствии с федеральным законом и устанавливающим комплекс норм, требований и правил к лечебно-диагностическому процессу

ственной связи с деятельностью, которую данные специалисты должны осуществлять при оказании медицинской помощи. По состоянию на 2014 год разработаны, утверждены приказами МЗ РФ и зарегистрированы в Минюсте РФ все необходимые для организации лечения порядки.

В том же федеральном законе дано определение стандарта медицинской помощи: «Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя **усредненные** показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;

²323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 37



2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

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

6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

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

Ключевой характеристикой стандарта медицинской помощи являются его «средние» показатели как по частоте предоставления услуг, так и по кратности применения.

Можно привести пример этих усредненных характеристик, которые касаются всех составных частей стандарта, на примере медицинских услуг:

1. Кратность применения. Если положения клинического протокола и клинической практики определяют необходимым или достаточным однократное проведение конкретного исследования 50% всех пациентов (каждому второму) при определенном диагнозе, состоянии и применяемой медицинской технологии, то кратность равна 0,2. Это означает только то, что этот показатель корректен в рамках репрезентативной выборки пациентов. Необходимость в этом исследовании в рамках конкретного случая и его влияние на результат лечения, может подтвердить или опровергнуть только эксперт, а еще лучше консилиум специалистов.

2. Частота предоставления. Этот показатель тоже является

усредненным, и его фактическое значение может колебаться около среднего, определенного стандартом в конкретных клинических случаях. Например: при лечении заболевания необходимо снять три кардиограммы, каждому пациенту (кратность применения = 1). Реальная практика показывает, что существуют отклонения при проведении этой диагностики, обусловленные различными причинами. Если у 10 пациентов снято 2 кардиограммы, у 80 снято 3 кардиограммы, а у оставшихся 10 – 4 кардиограммы, то среднее значение по совокупности пациентов как раз составит 3 исследования. Но делать выводы о том, что 2 исследования или 4, или другое значение влияет на результат лечения, может только клиническая экспертиза.

Конечно, такое представление средних значений, определенных стандартами медицинской помощи, не может устраивать контролирующие здравоохранение органы, не имеющие в своем штате квалифицированных экспертов и поэтому не способные оценить связь лечебного процесса с его результатом. Можно формально анализировать записи в истории болезни пациента на предмет совпадения или отклонения от средних значений определенных стандартом медицинской помощи, «автоматически» увязывая любые отклонения с результатом лечения и качеством медицинской помощи, накладывая на врача и медицинскую организацию различного рода санкции.

После принятия 323-ФЗ и постановления Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. №1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности», по мере утверждения Минздравом РФ стандартов медицинской помощи (на 2014 год утверждено порядка 900 СМП по различным заболеваниям) давление контролирующих органов на врачей и медицинские организации в части исполнения «средних» параметров стандартов значительно усилилось.

Положение данного постановления, призванного контролировать качество и безопасность медицинской помощи, предписывало следующее: «... д) оценка соблюдения стандартов медицинской помощи, в том числе в части: обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1».

По сути, данным постановлением «частота предоставления» медицинских услуг или медикаментов, прописанная в стандарте, определяется как **нормативная**, а не «средняя», и любые отклонения в этой части являются нарушением стандарта и автоматически ведут к ухудшению качества медицинской помощи, определяя деятельность врача как нарушение безопасности.

Реакция медицинской общественности на такую «борьбу» за качество медицинской помощи была однозначна, что неоднократно подтверждалось министром здравоохранения РФ, характеризующей стандарты медицинской помощи не как пособие по лечению пациентов, а как инструмент для выработки и принятия организационно-экономических решений на всех уровнях управления здравоохранением.

Одним из важнейших аспектов, обеспечивающих качество формирования и адекватность применения стандартов медицинской помощи, как основного организационно-экономического инструмента, является конкретизация **медицинских услуг** не только в описании профессиональных действий исполнителей (врачей, среднего медицинского персонала, немедицинских специалистов), но и определения перечня и характеристик ресурсов, необходимых для их реализации, таких как:

- 1.Трудовозатраты врачебного, среднего медицинского и прочего персонала медицинской организации, т.е. время оказания услуги.
- 2.Расходные материалы, непосредственно используемые при оказании услуги.
- 3.Инструменты и оборудование.

Ключевой характеристикой стандарта медицинской помощи является его «средние» показатели, как по частоте представления услуг, так и по кратности применения.

4. Здания и сооружения.

Основой единообразного описания существующей медицинской практики являются классификаторы медицинских услуг. С одной стороны, они необходимы для единообразного представления различных медицинских технологий лечения одного и того же заболевания, с другой стороны – для оценки совокупной потребности в ресурсах здравоохранения, планирования числа специалистов здравоохранения, оказывающих данные услуги, и определения перечня и количества лечебного и диагностического оборудования. В конечном итоге характеристика медицинских услуг определяет параметры и производительную мощность сети медицинских организаций.

Сегодня в мире не существует единого международного справочника медицинских услуг, в отличие от справочника МКБ-10 (международной классификации болезней). По сути, каждая национальная система здравоохранения формирует «свой» уникальный перечень медицинских услуг. Эти перечни имеют разную логику формирования и различное наполнение, что не позволяет сопоставлять между собой медицинскую деятельность разных стран, что просто необходимо для нормальной интеграции национальных систем здравоохранения. Именно по этой причине ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) занимается созданием международного справочника медицинских услуг, взяв за основу справочник, применяемый в Австралии.

В России отвечающие клиническим, организационным и экономическим требованиям классификаторы были введены приказами Министерства здравоохранения в 2001 году³.

Одновременно было утверждено положение об отраслевом классификаторе 91500.09.0001-2001 – **«Простые медицинские услуги»**. Целью разработки и внедрения данного отраслевого классификатора является создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик медицинских услуг, установление научно-обоснованных требований к их номенклатуре, объему, доступности, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании медицинской помощи, для решения следующих задач:

1. Обеспечение структурирования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, включая протоколы ведения больных, методики выполнения простых медицинских услуг, перечни оснащения медицинских организаций.

2. Актуализацию методик расчетов тарифов на медицинские услуги.

3. Разработку критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских организаций и доступности медицинской помощи.

4. Формирование классификатора сложных и комплексных медицинских услуг.

В рамках принятого классификатора под медицинской услугой понимаются мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

Простой медицинской услугой является неделимая услуга, выполняемая по схеме: **«пациент» + «специалист» = «один элемент профилактики, диагностики или лечения»**.

Классификатор простых медицинских услуг представляет собой построенный по иерархической системе свод кодов и наименований простых медицинских услуг, применяемых при оказании медицинской помощи. Классификатор включает тип, класс и вид услуги. Отраслевой классификатор представляет собой открытую систему, элементы которой поддаются корректировке и дополнению, что особенно важно в условиях быстро развивающихся медицинских технологий.

Приказ Министерства здравоохранения от 16.07.2001г. №268 утвердил положение об отраслевом классификаторе 91500.09.0002-2001 – **«Сложные и комплексные медицинские услуги»**.

Целью разработки и внедрения данного отраслевого классификатора является:

1. Обеспечение структурирования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении, включая протоколы ведения больных.

2. Актуализация методик расчетов тарифов на медицинские услуги.

3. Разработку критериев и методологии оценки лечебно-диагностических возможностей медицинских организаций и доступности медицинской помощи.

В классификаторе дается определение сложной медицинской услуги как набора простых услуг, требующего для своей реализации определенного персонала, технического обеспечения, помещения и т.п., отвечающей схеме: **«пациент» + «комплекс простых услуг» = «этап профилактики, диагностики или лечения»**. В данном нормативном документе дается определение услуг здравоохранения, таких как:

1. Комплексная медицинская услуга.

2. Прием, осмотр и консультация.

3. Диспансерный прием, осмотр и консультация.

4. Профилактический прием, осмотр и консультация.

5. Процедуры сестринского ухода.

6. Комплекс исследований.

Система кодирования сложных и комплексных медицинских услуг аналогична кодированию простых медицинских услуг.

По нашему мнению, простая медицинская услуга является основой оказания медицинской помощи населению и может использоваться для планирования ресурсного обеспечения здравоохранения на уровне практикующих врачей, медицинских организаций, регионов и страны в целом. Технологическое описание медицинской услуги содержит алгоритм действий при ее оказании, необходимый перечень и объем ресурсов, в том числе трудовых и материальных, а

³Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации №113 от 10 апреля 2001г. «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» и №268 от 16 июля 2001г. «Сложные и комплексные медицинские услуги».

также перечень необходимых медицинских инструментов и оборудования.

Для унификации подходов к разработке технологии выполнения медицинских услуг Министерством здравоохранения в 2000 году был утвержден отраслевой стандарт 91500.01.0004-2000 «**Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования**»⁴. Данный стандарт определяет возможность многообразия методик выполнения одной и той же простой медицинской услуги и формулирует перечень обязательных данных, характеризующих данную технологию, таких как:

1. Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала.

2. Требования к условиям выполнения методики и функциональное назначение простой медицинской услуги.

3. Материальные ресурсы: оборудование, инструменты, реактивы, лекарственные средства, прочий расходный материал - необходимые для выполнения методики простой медицинской услуги.

4. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги.

5. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

6. Достижимые результаты и их оценка.

7. Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации в процессе выполнения простой медицинской услуги, к диетическим назначениям и ограничениям, к подготовке пациента.

8. Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи.

9. Параметры оценки и контроля качества выполнения услуги.

10. Стоимостные характеристики услуги.

Практическая реализация положений вышеназванных отраслевых стандартов была представлена номенклатурой работ и услуг в здравоохранении⁵, в состав которой вошли 2,5

тыс. простых и сложных медицинских услуг, состав сложных услуг и трудоемкость данных услуг для врачебного и среднего медицинского персонала. Кроме того, в номенклатуру вошли различные виды манипуляций, исследований, процедур и работ, выполняемых в здравоохранении, не относимых к медицинским услугам, а также услуги медицинского сервиса, такие как проживание и транспортировка пациентов.

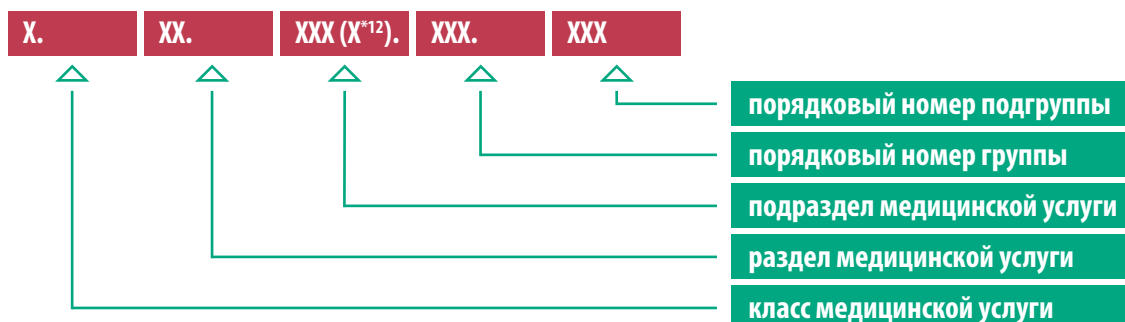
Данный документ содержал не только перечни простых, сложных и комплексных медицинских услуг, но и данные по трудоемкости услуг (в УЕТах) для врачебного и среднего персонала, состав сложных услуг и методика расчета стоимости услуги.

Услуги данной номенклатуры стали основой разработки первого варианта стандартов медицинской помощи (порядка 1 000), получивших наименование «стародубовских». Эти стандарты предназначались для описания медицинской помощи, которая должна оказываться в федеральных клиниках, и подробно описывали специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь. Ни стандарты, ни номенклатура не были обязательны на всей территории России, что привело к одновременному существованию разных региональных справочников услуг и разных стандартов медицинской помощи. Широкое применение данные стандарты получили в 2011-2012 годах при проведении программы «модернизации» здравоохранения. Регионы использовали федеральные «стародубовские» стандарты, наряду с региональными, для оказания и оплаты медицинской помощи из двух источников: регионального и федерального. «Стародубовская» номенклатура работ и услуг в здравоохранении расширялась за счет новых услуг, используемых при разработке стандартов медицинской помощи. Число услуг к 2010 году достигло 4,5 тысяч.

Общероссийская номенклатура медицинских услуг была разработана и утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.11.2011 №166н (зарегистрирован в Минюсте РФ 24.12.2012 №23010).

Данная номенклатура отличается от номенклатуры работ и услуг 2004 года как по числу услуг, так и по структуре данных.

Алгоритм кодирования медицинской услуги в Номенклатуре представлен на схеме:



⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2000г. №299 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования».

⁵Номенклатура работ и услуг в здравоохранении /Утверждена Минздравсоцразвитием РФ. М.:2004.

Код услуги состоит из буквенно-цифрового шифра от 8 до 11 (12*) знаков.

Первый знак обозначает класс услуги, второй и третий знаки - раздел (тип медицинской услуги), четвертый и пятый (шестой*) знаки - подраздел (анатомо-функциональная область и/или перечень медицинских специальностей), с шестого по одиннадцатый знаки (с седьмого по двенадцатый*) - порядковый номер (группы и подгруппы).

Перечень медицинских услуг разделен на два класса: «А» - простые услуги и «В» - сложные услуги, построенные по иерархическому принципу. Справочники разделов и подразделов отличаются у простых и сложных услуг.

Для простых услуг раздел представлен 25 позициями, например:

«01 – функциональное обследование без использования приспособлений и/или приборов и выполняемое непосредственно медицинскими работниками (физикальные исследования, включая сбор жалоб, анамнеза, перкуссию, пальпацию и аускультацию);

02 – функциональное обследование с использованием простых приспособлений, приборов, не требующее специальных навыков и помощи ассистента;

03 – визуальное обследование, требующее специальных приборов, навыков и помощи ассистента и т.д.».

Для сложных услуг раздел представлен пятью позициями:

«01 – врачебная лечебно-диагностическая;

02 – сестринский уход;

03 – сложная диагностическая услуга (методы исследования: лабораторный, функциональный, инструментальный, рентгенодиагностический и др.), формирующая диагностические комплексы;

04 – медицинские услуги по профилактике, такие как диспансерное наблюдение, вакцинация, медицинские физкультурно-оздоровительные мероприятия;

05 – медицинские услуги по медико-социальной реабилитации».

Подраздел для простых услуг представлен 30 позициями, например:

«01 – кожа, подкожно-жировая клетчатка, придатки кожи;

02 – мышечная система;

03 – костная система;

04 – суставы и т.д.».

Для сложных услуг подраздел представлен 69 позициями, например:

«001 – акушерство и гинекология;

002 – аллергология и иммунология;

003 – анестезиология и реаниматология;

004 – гастроэнтерология и т.п.»

Порядковый номер группы (от 001 до 099) обозначает медицинские услуги, имеющие законченное диагностическое или лечебное значение.

Порядковый номер подгруппы (от 001 до 999) обозначает медицинские услуги в зависимости от способов их выполне-

ния.

Принятая структура кодирования медицинских услуг называется «фасетной», и её удобство заключается в возможности постоянного обновления номенклатуры (добавление новых услуг, исключение устаревших), без нарушения общей логики кодирования.

На момент утверждения, номенклатура содержала 6,5 тысяч медицинских услуг.

По прошествии двух лет с момента её принятия очевидна необходимость доработки номенклатуры как по расширению перечня услуг, так и включение в её состав дополнительной информации, необходимой для последующего практического использования, в том числе для проведения экономических расчетов и принятия организационных решений.

В номенклатуре 2011 года отсутствуют данные по трудоемкости (времени хронометража трудозатрат) медицинских услуг и сложности услуг (требования к квалификационным данным специалистов), а также отсутствуют данные по составу сложных услуг, с учетом маржинальности (одновременности выполнения одним специалистом) и ссылки на тип лечебно-диагностического оборудования (инструментария), используемого при оказании медицинских услуг (время аппаратной нагрузки).

Наличие в номенклатуре этих данных, их постоянное обновление и ведение номенклатуры в электронном виде позволяют актуализировать и связать порядки и стандарты медицинской помощи и проводить экономические расчеты для организационных и финансовых процессов в современном здравоохранении.

Работа Минздрава РФ и ФОМС, совместно со Всемирным банком, в 2012-2013 годах, над клинико-статистическими группами заболеваний (КСГ) показала необходимость расширения номенклатуры услуг 2011 года в части операций (см. Табл.1.).

Протоколы ведения больных, порядки и стандарты медицинской помощи, номенклатура медицинских услуг, являясь элементами процесса стандартизации системы здравоохранения, сами по себе не дают ответа о стоимости медицинской помощи, потому что не имеют непосредственной связи со всеми видами ресурсов, необходимых для успешной реализации лечебного процесса, и не указывают на стоимость этих ресурсов.

Тем не менее порядки и стандарты установлены едиными для всей страны и являются основой для формирования программы государственных гарантий и для разработки (расчета) медико-экономических стандартов (см.Рис.1).

В реальной экономической практике переход от порядков и стандартов к медико-экономическим стандартам является сложным нормативно-методическим процессом, так как должен сформировать неискаженный экономический образ очень сложной и не всегда однозначной медицинской категории.

Медико-экономический стандарт — это стандарт медицинской помощи, содержащий экономические показатели, необходимые для определения стоимости медицинской по-

Код	Операция
A16.01.005.005	Широкое иссечение новообразования кожи с реконструктивно-пластическим компонентом
A16.01.032.002	Удаление опухоли мягких тканей головы с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.01.033.002	Удаление опухоли мягких тканей шеи с использованием видеоэндоскопических технологий
A16.02.009.001	Артроскопический латеролиз надколенника
A16.02.009.002	Артроскопическое восстановление медиального ретинакулима надколенника с помощью анкерov
A16.02.011.002	Артроскопический тенodesz длинной головки двухглавой мышцы плеча
A16.03.022.005	Остеосинтез с использованием биodeградируемых материалов

Таблица 1. Дополнительные операции к номенклатуре услуг 2011 года

Код	Наименование клинико-статистической группы	Тариф, руб.	ССЛ	
2.22.201.0	Злокачественное новообразование молочной железы 0,I,II,IIIA стадии (хирургическое лечение)	139357,11	10	Взрослые
2.22.202.0	Злокачественные новообразования желудка IA-IV стадии (хирургическое лечение)	250616,01	14	Взрослые
2.22.203.0	Злокачественные новообразования желудка IV стадии (паллиативное хирургическое лечение)	460004,40	14	Взрослые
2.22.204.0	Злокачественные новообразования ободочной кишки IV стадии (хирургическое лечение)	170693,60	14	Взрослые
2.22.205.0	Злокачественные новообразования желудка II-IV стадии (эндоскопическое лечение)	167300,44	14	Взрослые
2.22.206.0	Злокачественное новообразование молочной железы IV стадии (хирургическое лечение)	153475,18	10	Взрослые
2.22.207.0	Злокачественные новообразования костей и суставных хрящей конечностей II-IV стадии	93072,79	10	Взрослые
2.22.208.0	Злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки III стадии (адъювативное лечение)	86193,94	14	Взрослые
2.22.209.0	Злокачественная меланома кожи. Другие злокачественные новообразования кожи	146843,27	9	Взрослые
2.22.210.0	Злокачественные новообразования прямой кишки IV стадии (хирургическое лечение)	248924,85	21	Взрослые
2.22.211.0	Злокачественные новообразования ободочной кишки II-III стадии (хирургическое лечение)	154118,55	14	Взрослые
2.22.212.0	Злокачественное новообразование легкого I-II стадии	235063,47	15	Взрослые
2.22.213.0	Злокачественное новообразование желудка IA-IV стадии (хирургическое лечение)	257874,47	14	Взрослые
2.22.214.0	Злокачественные новообразования молочной железы IV стадии – первично	74522,30	10	Взрослые
2.22.215.0	Меланома кожи с генерализацией или рецидивом заболевания (химиотерапевтическое лечение)	144021,82	9	Взрослые

Таблица 2. Расчет стоимости федеральных стандартов медицинской помощи по онкологии

мощи или медицинских услуг и проведения других экономических расчетов¹.

В международной практике стандартизации здравоохранения, которая осуществлялась эмпирическими методами, стандартизированное обеспечение процесса лечения, зафиксированное в неформализованном виде в клинических рекомендациях (протоколах лечения), обеспечивался за счет:

- лицензирования проф. деятельности врачей,
- стандартизации технологии оказания мед.услуг,
- технических требований к оборудованию,
- контроля за выпуском лекарственных средств и методов медицинского назначения, т.е. отдельных элементов системы стандартизации.

По этой причине клинические рекомендации не использовались как первооснова для экономических расчетов. Все экономические отношения строились на оценке себестоимости медицинских услуг, оказанных пациенту в процессе лечения. При этом оплата проводилась либо по выписке пациента (в системах медицинского страхования), либо в рамках заранее согласованного «глобального» бюджета (в системах государственного здравоохранения). И тот и другой метод финансирования здравоохранения ведет к постоянному росту расходов и в конечном итоге ограничивает доступность для населения медицинской помощи.

В международной практике выход был найден посредством создания нового экономического инструмента стандартизации системы здравоохранения, получившего наименование диагностически-родственная группа (ДРГ, GRD в английском варианте).

ДРГ, сформированная в определенной клинической логике, понятной врачам, смогла адекватно распределить ресурсы и деньги, став финансовой основой реализации клинических рекомендаций, но не более этого.

Это был найденный опытным путем компромисс между неформальной лечебной практикой и необходимостью нормирования ресурсов и финансов.

Схема стандартизации, предложенная в России, предполагала несколько иной путь экономической оценки клинических процессов, более сложный, так как он базируется не на эмпирических (опытных) данных, а на научно-обоснованных организационно-экономических нормативах.

В информационном письме Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г. в адрес региональных органов управления здравоохранением были сформулированы основные тезисы взаимосвязи порядков и стандартов медицинской помощи с медико-экономическими стандартами:

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

В соответствии с федеральными стандартами медицинской помощи органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения устанавлива-

ют медико-экономические стандарты...».

На практике реализовать положения данного письма практически невозможно, ввиду неоднозначности всех элементов составляющих стандартизацию в России.

Клинические протоколы отсутствуют, порядки, стандарты и номенклатура услуг требуют серьезной доработки, большая часть ресурсов здравоохранения не нормированы или нормативы давно устарели, цены на большую часть ресурсов здравоохранения рыночные, отсутствует алгоритмическая (математически однозначная) методика ценообразования в здравоохранении и т.д. и т.п.

Попытки просчитать в этих условиях некоторые утвержденные стандарты медицинской помощи и сопоставить их с имеющимися финансовыми ресурсами показывают ресурсную и финансовую несостоятельность их практической реализации (см. Табл 2).

В сложившихся условиях практическая реализация отечественной схемы стандартизации представляется затруднительной без включения в неё нового финансового инструмента, не столь жестко связанного со стандартами медицинской помощи, как с ними связаны МЭСы.

Таким элементом, по мнению министра здравоохранения, д.м.н., профессора Сковрцовой В.И. могут стать клинко-статистические группы заболеваний, российский аналог зарубежных ДРГ:

«Впервые при участии экспертов Всемирного банка были разработаны российские клинко-статистические группы, постановлением Правительства Российской Федерации установлены возможные альтернативные способы оплаты по законченному случаю или по клинко-статистическим группам, что на сегодняшний день является самым эффективным методом оплаты».

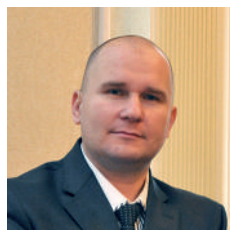
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Обзор систем здравоохранения в Европе (L'Humanite, 4 июня 2009)/Информационный ресурс: <http://www.euro.who.int/en/home>
2. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования (Учебное пособие) /Под ред. В.З. Кучеренко, А.В. Вязкова, М.: ММА им. И.М. Сеченова, ФФОМС, 2000. – 392 с.
3. Большая Медицинская энциклопедия/ Информационный ресурс: <http://bigmed.ru/article>
4. Основы стандартизации в здравоохранении в условиях обязательного медицинского страхования (Учебное пособие) /Под ред. В.З. Кучеренко, А.В. Вязкова, М.: ММА им. И.М. Сеченова, ФФОМС, 2000. С. 9-10
5. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения: Учебное пособие (кн.2) – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.388
6. Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.76 п.2.
7. Приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации №113 от 10 апреля 2001г. «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги» и №268 от 16 июля 2001г. «Сложные и комплексные медицинские услуги».
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2000г. №299 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования».
9. Номенклатура работ и услуг в здравоохранении /Утверждена Минздравсоцразвитием РФ. М.:2004.
10. Вязков А.И., Кучеренко В.З. и др. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие/ 3 издание М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. – 664 с.
11. Информационное письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г.

¹Вязков А.И., Кучеренко В.З. и др. Управление и экономика здравоохранением: учебное пособие/ 3 издание М.: ГЭОТАР-Медиа 2009. – 664 с.



РЕАЛИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2014 ГОДУ



ЭДГАР АЛИЕВ,

*начальник управления по ОМС и мониторингу
медицинской профилактики
ТФОМС Чеченской Республики*

Здоровье - одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие другие блага, возможность пользоваться другими правами (выбор профессии, свобода передвижения и др.). В Уставе Всемирной организации здравоохранения здоровье определяется как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. О праве на охрану здоровья и медицинскую помощь говорится в статье 12 Международного пакта об экономических, соци-

альных и культурных правах 1966 г.

В силу предписаний статьи 41 Конституции Российской Федерации, медицинская помощь как важнейшее элементарное благо должна быть обеспечена с помощью всех имеющихся в обществе средств и государственных механизмов.

Юридическим воплощением права граждан на бесплатную медицинскую помощь является ежегодно принимаемая Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью,

занимающая особое место в системе государственных гарантий бесплатности медицинской помощи и в механизме реализации основных прав граждан в сфере охраны здоровья. Одним из элементов структуры Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи является её неотъемлемая составная часть – программа обязательного медицинского страхования.

Если Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи направлена на определение видов, нормативов объема медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования, порядка и структуры формирования тарифов на медицинскую помощь, условий оказания медицинской помощи, критериев качества и доступности медицинской помощи, то программа обязательного медицинского страхования определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Обязательными условиями, на основе которых строится Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и, соответственно, программа обязательного медицинского страхования являются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, особенности половозрастного состава населения, уровень и структура заболеваемости населения Российской Федерации.

18 октября 2013 года постановлением Правительства Российской Федерации № 932 утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – Программа 2014). По сравнению с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 года № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» на основе анализа многолетней динамики фактического выполнения объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в Программе 2014 увеличены средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи и эффективной реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъектами Российской Федерации в Программу 2014 внесены положения в части формирования трехуровневой системы организации медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Кроме того, расширен перечень критериев доступности



и качества, по которым в субъектах Российской Федерации будет проводиться оценка эффективности реализации территориальных программ государственных гарантий.

На заседании Правительства Российской Федерации, в ходе которого была утверждена Программа 2014, Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Анатольевич Медведев сказал следующее: «Программы государственных гарантий принимаются уже 15 лет, с 1998 года. По сравнению с прежними программами нынешний документ содержит определённые новшества.

Во-первых, это дополнительные условия для развития медицинской реабилитации пациентов после их лечения, а также оказание специализированной медицинской помощи



в дневных стационарах, включая проведение таких сложных и важных вещей, как химиотерапия пациентам с онкологическими заболеваниями. Более чем в 2 раза увеличены нормативы финансирования дневных стационаров.

Во-вторых, в программу включены гарантии по финансированию медицинского освидетельствования потенциальных родителей, которые желают усыновить или удочерить оставшихся без попечения детей в соответствии с нормами действующего Семейного кодекса.

В-третьих, средние нормативы финансирования в ближайшие три года будут увеличиваться».

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 19.12.2013 № 343 утверждена Территориальная програм-

ма государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Чеченской Республике на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – Территориальная программа государственных гарантий на 2014 год) в составе которой утверждена Территориальная программа фонда обязательного медицинского страхования (далее – Территориальная программа обязательного медицинского страхования на 2014 год).

В пределах средств, утвержденных Законом Чеченской Республики от 31.12.2013 №45-РЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», решением Комиссии (протокол от 30.12.2013 № 14) распределены объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2014 год, между медицинскими организациями на общую сумму 8 092 936 700 руб. Указанные средства являются, в том числе, источником повышения заработной платы медицинских работников в рамках исполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

По состоянию на 1 апреля 2014 года на территории Чеченской Республики обязательное медицинское страхование представлено следующим образом:

- 1 270 048 граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики;
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики;
- страховая медицинская организация – ЗАО «МАКС-М» (филиал в городе Грозном);
- 78 медицинских организаций.

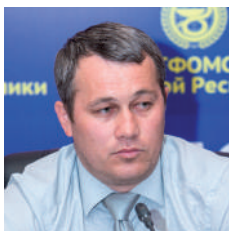
В рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий на 2014 год на территории Чеченской Республики запланировано оказать:

- скорую медицинскую помощь – 387 994 пациентам;
- медицинскую помощь в амбулаторных условиях – 2 536 638 пациентам;
- медицинскую помощь в условиях стационара – 227 177 пациентам;
- диспансеризация определенных групп взрослого населения и профилактические медицинские осмотры – 366 885 человек;
- профилактические и периодические медицинские осмотры несовершеннолетних – 231 734 человека;
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации – 2 258 человек.

Процент исполнения Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014 год по состоянию на 1 апреля 2014 года составил 24 процента.

АНАЛИТИКА

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

**ТУРПАЛ-АЛИ ГАЙРБЕКОВ,**

начальник управления формирования финансовых средств и статистической отчетности
ТФОМС Чеченской Республики

Программа государственных гарантий и входящая в её состав базовая программа ОМС в традиционной форме была утверждена Постановлением Правительства РФ № 1194 от 26.10.1999 года и была подписана Председателем Правительства РФ Путиным В.В.

Начиная с 2000 года, структура и объемные показатели ПГГ («базовой» программы ОМС) принципиально не менялись, но постоянно совершенствовались по мере развития обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Наличие утвержденных плановых показателей, объем программы государственных гарантий и программы ОМС, для мониторинга её реализации в субъектах РФ требовали создания отчетных форм, отражающих её исполнение, т.к. действующие отчетные формы медицинской статистики того периода не давали возможности объективно оценить организационно-финансовые показатели российской системы здравоохранения, т.к. по большей части были ориентированы на клинично-организационные параметры медицинской помощи.

Бюджетно-страховая организационно-экономическая модель отечественного здравоохранения, данного исторического периода требовала создания нового статистического инструментария, позволяющего оценивать степень реализации ПГГ (программы ОМС) как в целом по стране, так и в сравнении различных субъектов Российской Федерации.

В Программе государственных гарантий на 2000 год отсутствовали финансовые показатели, и каждый субъект РФ определял их самостоятельно: «Подушевые нормативы финансирования здравоохранения формируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания в соответствии с методическими рекомендациями»¹.

Такое положение дел в неблагоприятных экономических

и политических условиях приводила к большим различиям по финансированию территориальных программ в различных субъектах РФ (расходы на душу населения отличались в разы).

В этих условиях введение новой статистической формы отчетности позволяло не только проводить мониторинг выполнения программы государственных гарантий в различных субъектах РФ и сравнивать их друг с другом, но и получить фактические данные по определению единых финансовых нормативов для формирования ПГГ (программы ОМС).

Единые финансовые нормативы (на единицу объема медицинской помощи и подушевые финансовые нормативы) для выполнения программы государственных гарантий и базовой программы ОМС были введены в России в 2005 году и составили 1 649,5 руб. на одного жителя за счет бюджета и 1 507,5 руб. на одно застрахованное лицо².

Первые положения нового статистического учета были сформированы в совместном приказе Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 23.02.2000 г. N 69/20 «О реализации постановления Правительства от 26.10.99 г. N 1194 «О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» в виде таблицы и краткой инструкции по её заполнению. В соответствии с данным приказом были сформированы отчеты за 2001 год, что позволило выявить ряд недостатков первой отчетной формы по ПГГ, которая была заменена на форму 62.

Необходимость введения данной формы была определена совместным приказом МЗ РФ и ФОМС от 03.12.2001 года № 426/67:

«В целях повышения качества и полноты сбора статистической информации по вопросам реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной

¹Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации № 1194 от 26.10.1999 г.

²Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год. Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 года №690

постановлением Правительства Российской Федерации от 11.09.98 г. N 1096 (в редакции постановлений Правительства от 26.10.99 N 1194, от 29.11.2000 N 907, от 24.07.2001 N 550)

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Ввести в действие в отчет за 2001 год форму отраслевой статистической отчетности N 62 - «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (Приложение N 1).

2. Утвердить Инструкцию по составлению отчета по форме N 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (Приложение N 2).

Данная отчетная форма 62 обрела свой «классический» вид и использовалась для отчетности в медицинских организациях и субъектах РФ в 2002 и 2003 годах.

Последующее совершенствование отраслевой отчетности проводилось с участием Росстата и в 2003 году были сформированы окончательные параметры данной отчетности, и утверждены соответствующими приказами Росстата³, Минздрава РФ и Федерального фонда ОМС⁴, действующей с 2004 года по настоящее время.

Изменения в нормативной базе здравоохранения и обязательного медицинского страхования, такие как одноканальное финансирование, внедрение клинко-статистических групп заболеваний и подушевого финансирования амбулаторной помощи, а также изменение параметров единиц планирования (обращение в амбулатории и госпитализация в стационаре) должны найти свое отражение в формах статистического учета по реализации территориальных программ государственных гарантий и обязательного медицинского страхования.

В данной статье рассмотрены характеристики и особенности реализации территориальной программы государственных гарантий и территориальной программы ОМС медицинскими организациями Чеченской Республики на основе данных, представленных ТФОМС Чеченской Республики (формы 62 за 2012 и 2013 годы).

Раздел 1000 формы 62 «Юридические лица, оказывающие медицинскую помощь населению» представляет собой структурированные данные по типам медицинских организаций и формам собственности, при этом выделяются организации, выполняющие территориальную программу ОМС.

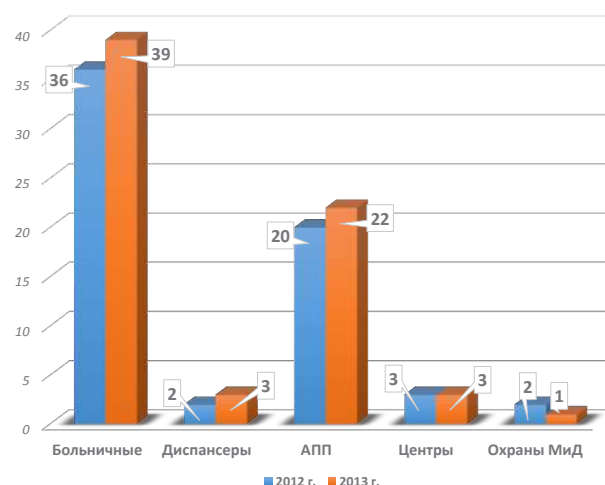
В 2012 году территориальную программу выполняли 86 МО, территориальную программу ОМС выполняли 63 МО (73,2%). В 2013 году территориальную программу выполняли 89 МО, в том числе работали в ОМС 68 (76,4%), увеличение числа юридических лиц на 8%.

На диаграмме 1 представлена динамика изменения структуры МО (по базовой программе ОМС) за 2012-2013

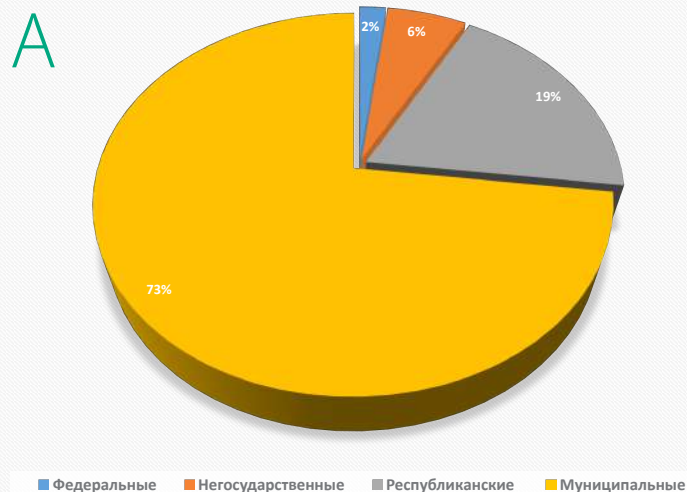
³ПРИКАЗ Росстата от 29.07.2009 N 154 (ред. от 31.12.2010) "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

⁴Приказ МЗ РФ № 542 и ФОМС N 58 от 13 ноября 2003 года «Об утверждении отчетной формы N 62»

ДИАГРАММА 1



А



Б

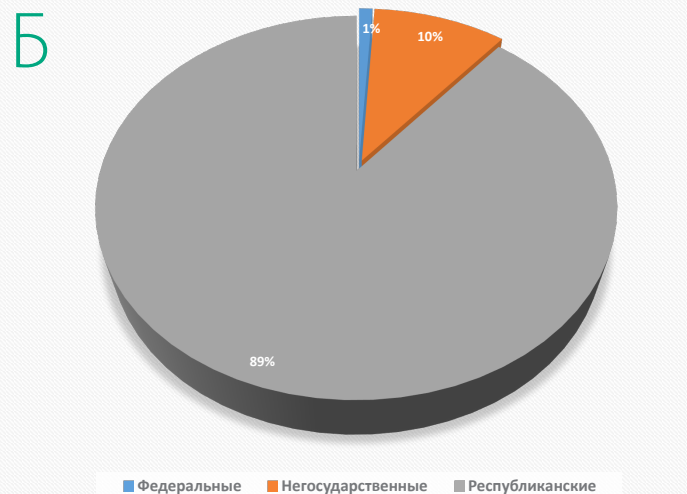
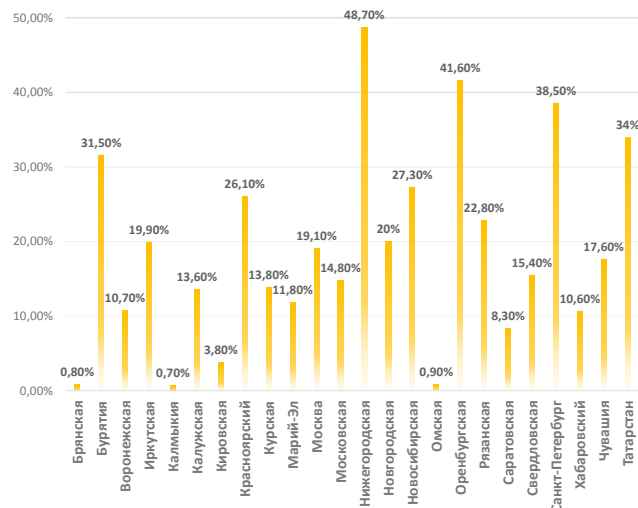
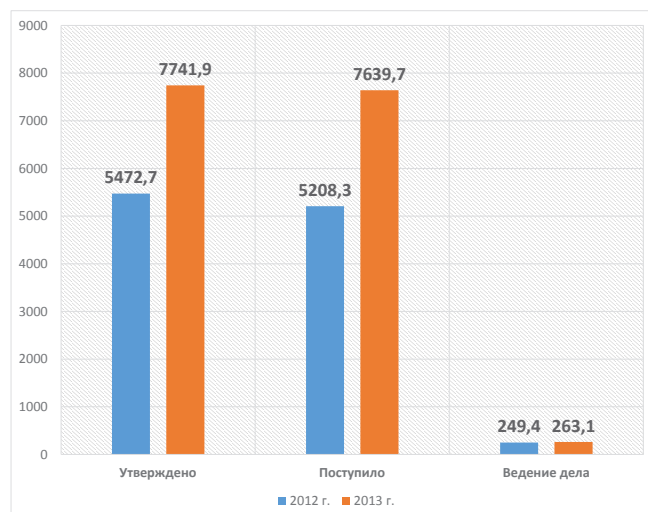


ДИАГРАММА 2

ДИАГРАММА 3. ДОЛЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МО В ПРОГРАММЕ ОМС**ДИАГРАММА 4**

годы, в разрезе типов организаций наблюдается тенденция увеличения числа юридических лиц по больничным МО, диспансерам и амбулаторно-поликлиническим МО.

На диаграмме 2 представлена структура МО по формам собственности за 2012 год (А) и 2013 год (Б). Все муниципальные медицинские организации стали республиканскими, а доля негосударственных медицинских организаций выросла до 10%.

Положительная динамика увеличения числа негосударственных МО, выполняющих территориальную программу ОМС связана с последними изменениями в законодательстве.

На диаграмме 3 представлены данные по доле негосударственных МО в различных субъектах РФ (2014 год). Число негосударственных МО, превышающее 30% от всех выполняющих программу ОМС медицинских организаций, зафиксировано в Нижегородской и Оренбургской областях, г. С-Петербурге, республиках Татарстан и Бурятия.

Рубеж 2012-2013 годов для системы ОМС был «переходным» в финансовом плане.

Если в 2012 году централизованы были только страховые взносы работодателей, то в 2013 году централизация доходной части системы ОМС завершилась и субвенция ФОМС стала основным источником финансирования территориальной программы ОМС. Кроме того, в 2013 году стало реализовываться «одноканальное» финансирование, в тариф ОМС были включены статьи КОСГУ, связанные с «содержанием» медицинских организаций и приобретением оборудования до 100 т.р. за изделие.

Кроме того, за счет средств ОМС стала финансироваться скорая медицинская помощь (кроме санитарной авиации), которая до этого финансировалась исключительно за счет средств бюджета. Необходимо также отметить, что в 2013 году для обеспечения финансирования СМП бюджет субъекта должен передать в бюджет ТФОМС трансферт на финансирование скорой медицинской помощи в размере как минимум прошлогоднего финансирования (по 2012 году).

Все эти изменения отразились и на отчетности медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС. Анализ разделов 62 формы, фиксирующих финансовую составляющую программы ОМС, необходимо проводить с учетом особенности переходного периода.

В разделе 2000 (62 формы) учитываются данные по формированию и выполнению территориальной ПГГ и территориальной программы ОМС. Эти данные представлены и объемными, и финансовыми показателями. При этом объемные показатели учитывают деятельность и в единицах планирования и числом пациентов, которым оказана медицинская помощь. Единицы планирования, утверждены постановлением Правительства РФ на очередной год. Для 2012 и 2013 годов эти единицы представляют собой: койко-дни для стационарной помощи, пациенто-дни для стационарозамещающей помощи, вызова для скорой медицинской помощи и посещения (обращения по поводу заболеваний) для амбулаторно-поликлинической помощи. Все данные сформированы по трем позициям (расчетные, утвержденные и исполненные) а также

распределены по источникам финансирования (муниципальный бюджет, бюджет субъекта РФ и средства ОМС). В 62 форме также представлены справочные данные по 2000 разделу в части Территориальной программы ОМС (см. диаграмму 4). Плановое финансирование территориальной программы ОМС в 2013 году выше на 41,5%, чем аналогичный показатель 2012 года, и связано это с введением «одноканального» финансирования. В подушевом выражении (на одно застрахованное лицо) это составляет – 4 987,5 руб. в 2012 году и 6 785,1 руб. в 2013 году. В подушевом выражении утвержденный норматив в республике выше «базовой» программы ОМС на 21,6% в 2012 году и на 14,2% в 2013 году. Фактически средств ОМС поступило в 2012 году 95,5% от плана, а в 2013 году – 98,7% от плана.

Затраты на ТФОМС и СМО составили 4,8% в 2012 году и 3,4% в 2014 году.

Численность застрахованного населения увеличилась с 1 097,3 т. человек до 1 141 т. человек (годовой прирост – 4%). В структуре застрахованного населения (см. Диаграмму 5) преобладает неработающее население (дети, пенсионеры и другие категории граждан).

В 2012 году доля неработающих граждан составляла 90%, в 2013 эта доля уменьшилась до 88,8%. Преобладание в республике детских возрастных групп накладывает особые условия на структуру медицинской помощи и состав медицинских организаций.

Данные, представленные в 2000 разделе формы 62, позволяют оценить корректность планирования финансовых ресурсов в системе ОМС (см. диаграмма 6), которая определяется двумя основными факторами: плановыми показателями объемов территориальной программы ОМС и применяемыми в текущем году тарифами, которые могут меняться в течение финансового года. Кроме того, на показатели выполнения финансового плана влияет способ оплаты медицинской помощи, используемый для тех или иных условий её оказания. Так, подушевой способ оплаты, как правило, обеспечивает совпадение плановых и фактических средств, т.к. не зависит от объема оказанной медицинской помощи. Гонорарные способы оплаты (за объем оказанной помощи) кратны уровню организации вида помощи и условий её оказания. Если имеется избыток или недостаток коек, специалистов и т.п., то этот фактор является решающим при выполнении запланированных объемов. На диаграмме 6 представлена динамика выполнения запланированных финансовых ресурсов по видам помощи и условиям её оказания.

Наблюдается устойчивая тенденция повышения точности финансового планирования в регионе. Так, в 2012 году общая точность финансового планирования составила 93%, а в 2013 году - 99%.

На диаграмме 7 представлена динамика выполнения запланированных объемных показателей по видам помощи и условиям её оказания.

Анализ данных по выполнению объемных показателей показывает значительные отклонения (выше чем для финансовых ресурсов) практически по всем видам помощи и усло-

ДИАГРАММА 5

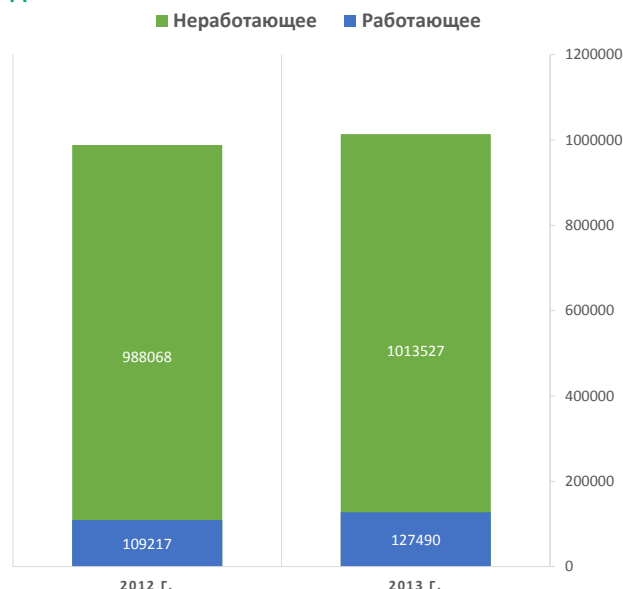


ДИАГРАММА 6

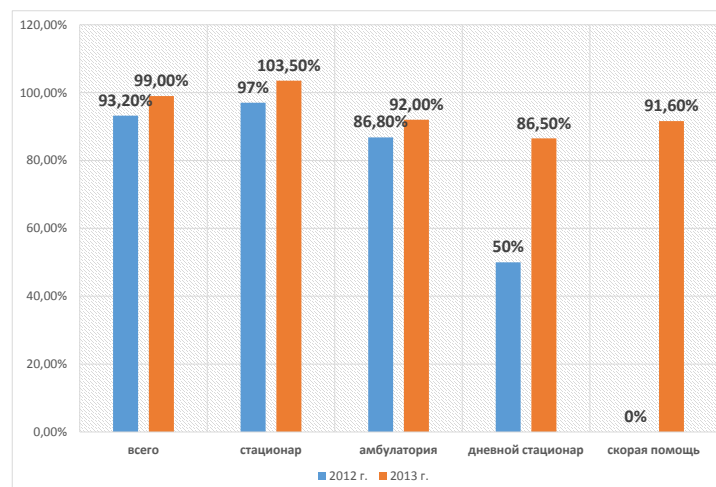


ДИАГРАММА 7

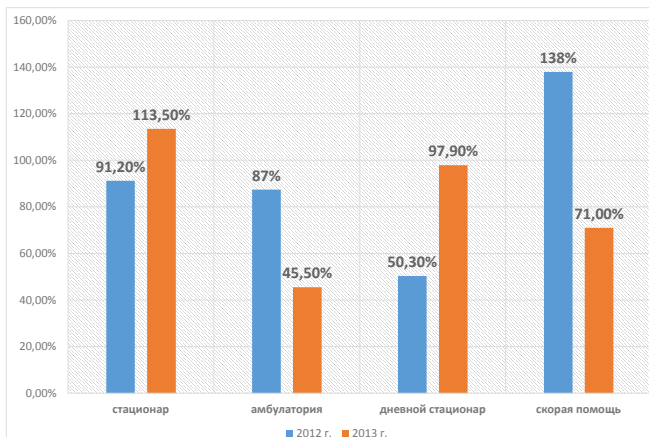
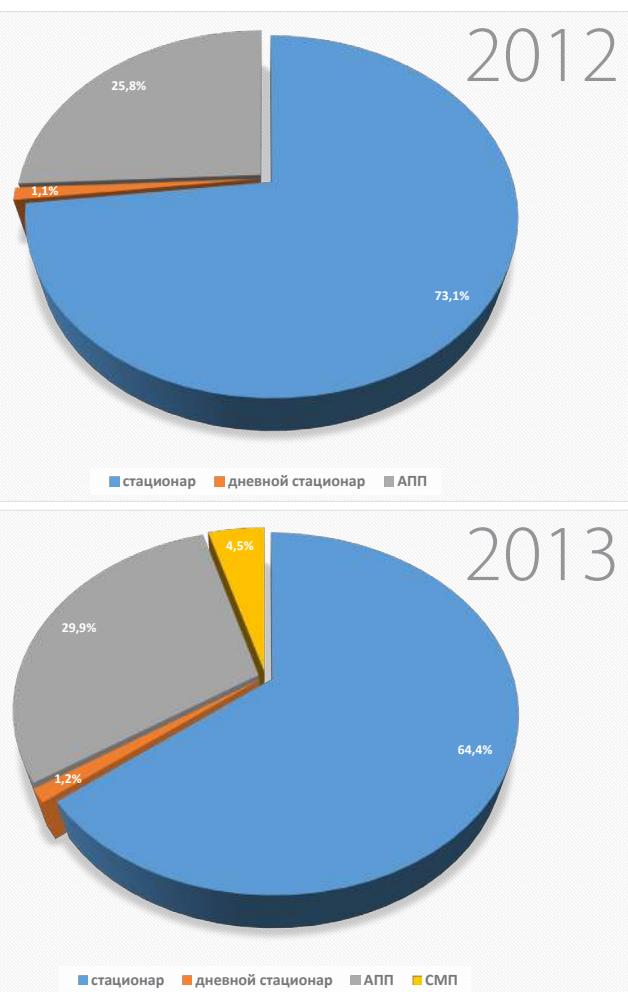


ДИАГРАММА 8



виям её оказания, за исключением дневного стационара, где прогнозирование объема оказываемой медицинской помощи увеличилось с 50,3 до 97,9 %, практически в два раза.

Что касается амбулаторной и скорой медицинской помощи, существенные отклонения фактических и плановых объемов скорее всего связаны с переходом на планирование амбулаторной лечебной помощи в обращениях в 2013 году (в 2012 году планировались посещения) и переводом скорой медицинской помощи на финансирование за счет средств ОМС. При финансировании СМП из бюджета плановое число вызовов не являлось ресурсообразующим параметром, а финансирование осуществлялось по сформированной смете расходов. Сопоставление фактических и плановых показателей амбулаторной медицинской помощи и сравнение их по годам для амбулатории необходимо осуществлять при детальном учете профилактических, неотложных и лечебных показателей деятельности.

Что касается стационарной медицинской помощи, то в 2012 году плановые объемы были невыполнены на 9%, а в 2013 оказались перевыполненными на 13,5%, что привело к перевыполнению плановых финансовых показателей при существующем в 2013 году способе оплаты стационарной медицинской помощи (по клинко-профильным группам).

Финансовые средства ОМС в (см. диаграмму 8) в 2012 году тратились на 3/4 на стационарную медицинскую помощь и только 1/4 (27%) на догоспитальную медицинскую помощь. В 2013 году структура расходов в системе ОМС изменилась, на стационар потрачено 64,4%, а на догоспитальную помощь 35,6%. Эта положительная динамика все еще не соответствует мировым стандартам, где на финансирование стационарной помощи тратится не более 45-50% (см. диаграмма 9).

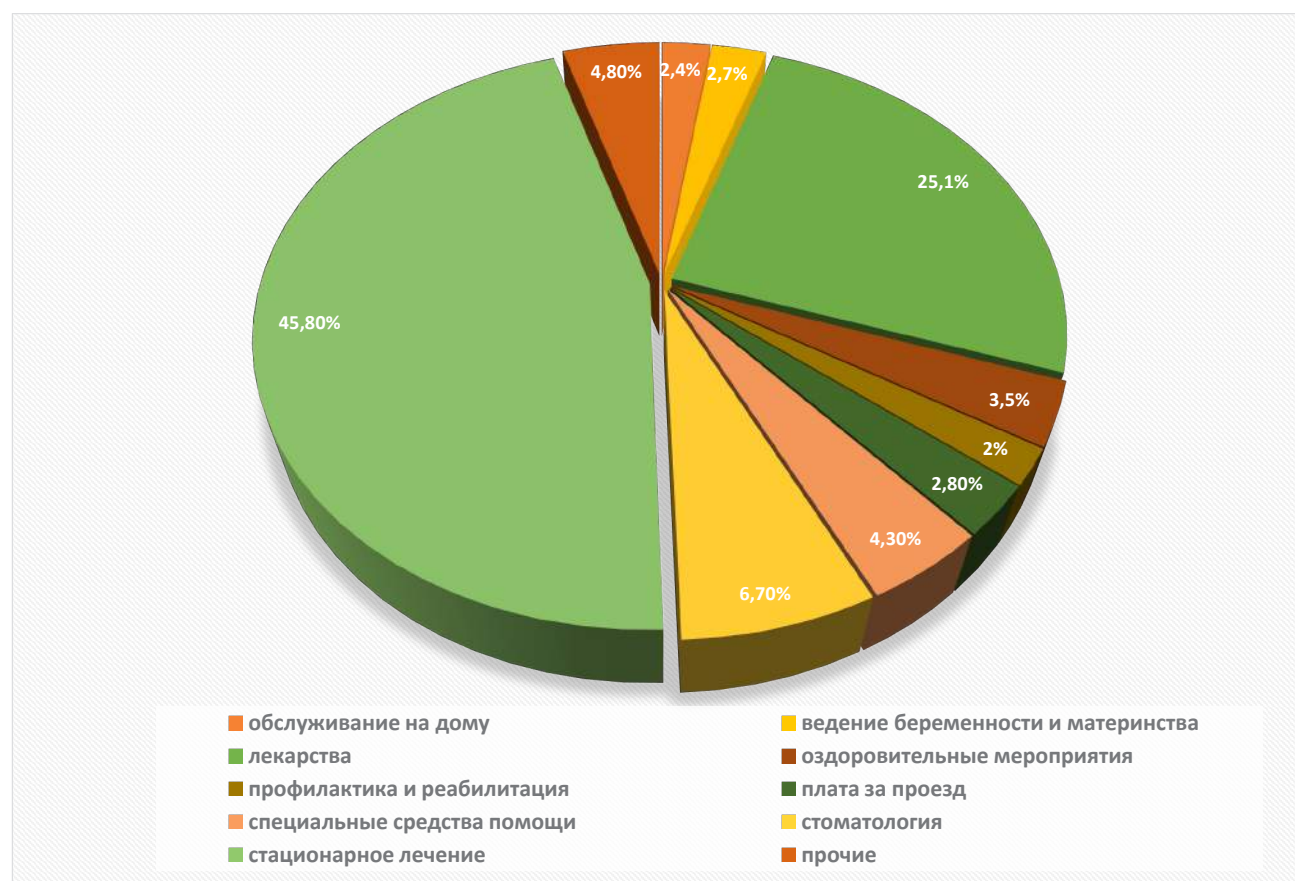
На диаграмме 9 представлены расходы классического страхового здравоохранения Германии за 2010 год (первая цифра – расходы в млрд. евро, вторая цифра – процент к общим расходам).

Присутствие в 62 форме данных по объемам оказанной помощи и по потраченным финансовым ресурсам позволяет определить территориальную стоимость единицы объема медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС, и сравнить эту стоимость со среднероссийскими финансовыми нормативами.

Фактические затраты по видам помощи (условиям оказания) в республике амбулаторно-поликлинической помощи практически совпадают с федеральным нормативом, по дневным стационарам меньше на 85 руб. (18%), по стационарной помощи выше на 31,4%.

В 2013 году фактические затраты на один койко-день (по стационарной помощи) в республике превысили нормативы по «базовой» программе ОМС на 3,5%, а по дневному стационару (1 пациенто-день) и скорой медицинской помощи (1 вызов) были меньше на 21% в дневном стационаре и на 7,5% для СМП. Сравнить финансовые нормативы для АПП не представляется возможным, т.к. в форме 62 не разделены финансовые средства по обращениям и посещениям в соответствии со структурой нормативов постановления Правительства РФ.

ДИАГРАММА 9. СТРУКТУРА РАСХОДОВ В СИСТЕМЕ ОМС.



Средняя длительность пребывания на стационарной койке в 2012 году составила – 10,2 дня, в 2013 году – 10,1 дней, а по дневном стационарам всех типов в 2012 году – 11,6 пациенто-дней, в 2013 году – 10,9 пациенто-дней (уменьшение на 6%).

Раздел 3000 формы 62 заполняется данными для федеральных медицинских организаций, расположенных на территории субъекта по оказанной медицинской помощи за счет федерального бюджета.

Раздел 4000 формы 62 определяет фактические объемы медицинской помощи, оказанной в субъекте РФ за счет всех источников, и соответствующие финансовые затраты и позволяет сопоставить федеральные нормативы на единицу медицинской помощи (в целом на ПГГ) с нормативами постановления Правительства РФ. Также можно определить фактическую длительность лечения в стационаре и пребывания в дневном стационаре.

Раздел 5000 формы 62 определяет плановые расходы по различным целевым программам здравоохранения (федеральным, субъектовым и муниципальным), их финансовые источники и фактическое исполнение.

В 2012 году в республике были запланированы затраты на целевые программы здравоохранения в размере 44,3 млн. руб., исполнено на 53 млн.руб., (на 119,6% от плана) за счет софинансирования из федерального бюджета в размере 8,7 млн. руб.

В 2013 году в республике были запланированы целевые программы общей стоимостью – 57,7 млн.руб. за счет федеральных средств - 75,7% и собственных средств – 24,3%. Программы были исполнены на 58,5млн.руб. (с перевыполнением на 1,4%) за счет собственных средств.

Раздел 7000 формы 62 отражает деятельность медицинских организаций, выполняющих территориальную ПГГ (и программу ОМС), по платным услугам и добровольному медицинскому страхованию.

Анализ данных этого раздела позволяет оценить потребность населения в медицинских услугах и «готовность» платить за медицинскую помощь, в том числе включенную в территориальную ПГГ (и программу ОМС).

В 2012 году платных услуг всеми МО было оказано на 33,3 млн.руб. (0,5% от расходов на территориальную ПГГ), в стационарах на 24,7 млн. руб., в поликлинике – 8,5 млн.руб.

ДИАГРАММА 10

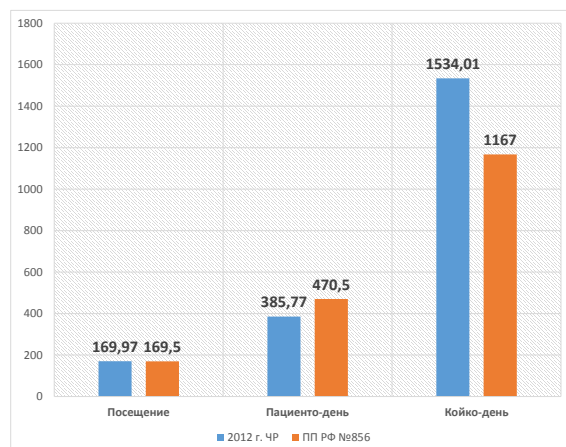
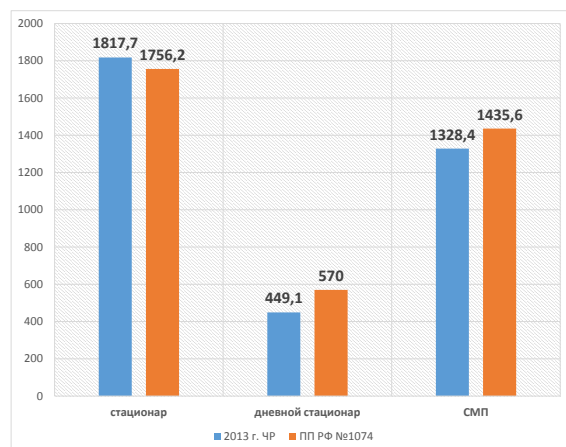


ДИАГРАММА 11



В 2013 году платных услуг всеми МО было оказано на 77 млн.руб., двукратный рост по сравнению с 2012 годом, тем не менее данная сумма составила 0,9% от всей ПГГ, распределялась следующим образом: стационар – 55,7 млн.руб., поликлиника – 20 млн. руб., прочие типы МО – 1,2 млн.руб.

Раздел 7000 формы 62 «Расходы финансовых средств из различных источников финансирования» является самым емким информационным ресурсом и позволяет проводить анализ структуры затрат для различных типов медицинских учреждений по кодам КОСГУ и по всем источникам финансирования (бюджеты всех уровней, средства ОМС и платные услуги). Заполняется юридическими лицами, и в нем представляются сведения о различных видах расходов (кассовое исполнение в 6 разрезах: всего; скорая медицинская помощь; амбулаторная медицинская помощь; стационарная медицинская помощь; дневные стационары и иные учреждения здравоохранения) в соответствии с действующей бюджетной классификацией расходов Российской Федерации. Отдельные графы (3, 17, 25, 39, 53, 67) заполняются государственными и муниципальными медицинскими организациями субъектов Российской Федерации по расходам федерального бюджета на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, высокотехнологичные виды медицинской помощи и иные приоритетные направления развития здравоохранения с расшифровкой всех затрат по условиям предоставления медицинской помощи. На практике данные этого раздела в сочетании с данными раздела 2000 используются экономистами для формирования тарифов в системе ОМС и обоснования субсидий для финансирования государственного задания из бюджета.

Рассмотрим несколько аналитических «срезов» по данному разделу учета, объединив коды КОСГУ в три аналитических блока: расходы на заработную плату с начислениями (ФОТ), затраты на пациента (на лечебный процесс) и затраты на содержание МО (и иные капитальные расходы).

В 2012 году из всех государственных источников было потрачено на территориальную ПГГ 8,5 млрд.руб., которые были израсходованы медицинскими организациями по вышеназванным направлениям в соответствии с диаграммой 12 (А). Средства ОМС в размере 4,9 млрд.руб. (57,6 % от всех финансовых источников) были расходованы медицинскими организациями в соответствии с диаграммой 12 (Б).

В условиях бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения средства ОМС расходовались медицинскими организациями на оплату труда 54% (по всем типам МО в среднем) и на обеспечение лечебного процесса (на пациента) – 46%.

В 2013 году из всех государственных источников было потрачено на территориальную ПГГ 9,2 млрд.руб., (на 700 млн.руб. больше, чем в 2012 году), которые были израсходованы медицинскими организациями по вышеназванным направлениям в соответствии с диаграммой 13 (А). Средства ОМС в размере 6,9 млрд.руб. (75 % от всех финансовых источников) были расходованы медицинскими организациями в соответствии с диаграммой 13 (Б).

ДИАГРАММА 12

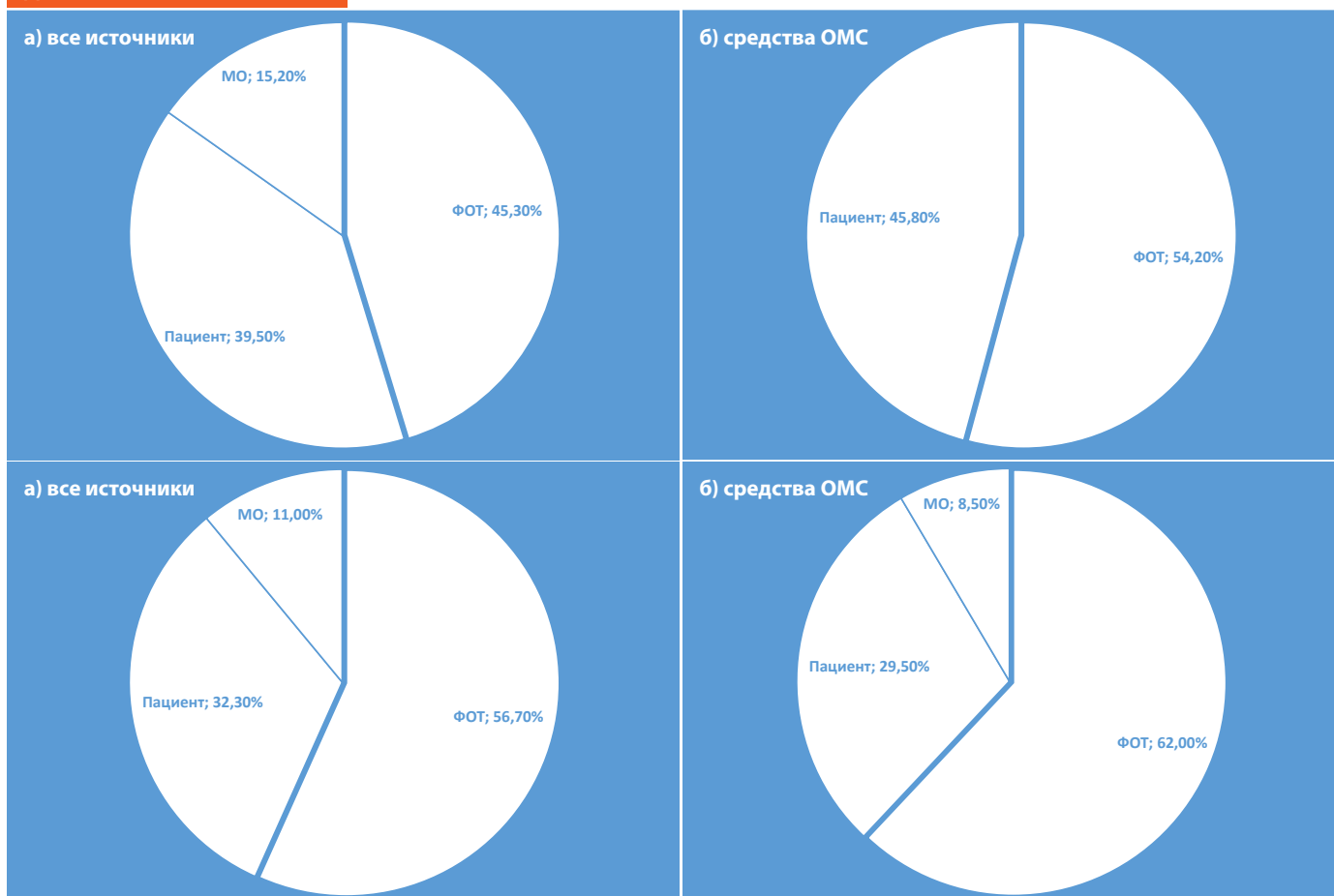


ДИАГРАММА 13

Анализ структуры расходов 2013 года показывает рост доли расходов на оплату труда до 57% по всем источникам, и до 62% по средствам ОМС. Связан это рост, в первую очередь, с выполнением указов Президента РФ по росту средней заработной платы в здравоохранении. Одновременно с этим уменьшаются расходы, связанные с лечебным процессом и содержанием медицинских организаций. Темп снижения выше по средствам ОМС.

Использование данных 62 формы «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» позволяет проводить глубокий и всесторонний анализ планово-финансовой деятельности системы здравоохранения в целом и по отдельным медицинским организациям, определяя основные тенденции и закономерности реализации территориальной программы государственных гарантий в субъекте Российской Федерации.

Безусловно, этот анализ не может ответить на все вопросы, связанные с необходимостью совершенствования организационно-экономических отношений в здравоохранении

и системе обязательного медицинского страхования. Сведения данной формы отчетности необходимо использовать при проведении системного анализа, охватывающего данные медицинской статистической отчетности по заболеваемости населения и деятельности региональной сети медицинских организаций. Сведения по половозрастному, территориальному, нозологическому и технологическому потреблению медицинской помощи можно почерпнуть из данных реестров медицинской помощи в системе ОМС.

Только комплексное изучение всех имеющихся в регионе данных разными специалистами, клиницистами, организаторами здравоохранения, экономистами и финансистами позволит сформировать оптимальную лечебную сеть и обеспечить её адекватное финансирование, направленное на оказание всесторонней медицинской помощи населению, обеспечивающей не только сохранение здоровья на достигнутом уровне, но и его постоянное укрепление и улучшение.

ЭКСПЕРТ

ОСОБЕННОСТИ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОПЛАТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

д.э.н. Пирогов М.В.

К стоматологической помощи, как составляющей медицинской помощи, предоставляемой населению на безвозмездной основе, т.е. по программе государственных гарантий, всегда было особое отношение. И связано это в первую очередь с возможностями государства из бюджетных или внебюджетных источников обеспечить всё население страны полноценной, доступной и современной медицинской помощью. Как правило, государство, даже в экономически благополучных странах, всегда ищет компромисс между, практически неограниченной потребностью населения в сохранении и улучшении своего здоровья и теми средствами, которые национальная экономика может «пустить» на финансирование этой неограниченной потребности не в ущерб развитию самой экономики и тех социальных гарантий, которые обеспечиваются населению за счет этого развития. К этим гарантиям относятся и пенсионное обеспечение, и бесплатное образование, и внешняя, и внутренняя личная и общественная безопасность.

Это одна из основных причин, которые вынуждают государство выбирать приоритеты в своей социальной политике, ограничивая при этом её отдельные составляющие, в том числе относящиеся к здоровью населения.

Программы государственных гарантий по здравоохранению реализуются в подавляющем большинстве стран с развитой и развивающейся экономикой и составляют существенную часть валового внутреннего продукта (в экономически развитых странах стремится к 8%, в среднем в мире достигает 6%). Эта доля расходов практически не зависит от организационно-экономической модели здравоохранения: государственной, страховой или смешанной (гибридной). Япония с классической страховой моделью здравоохранения тратит, практически равную с Норвегией долю ВВП, имеющей государственную модель (около 8% ВВП в 2010 году). А вклад государства (или иные обязательные расходы населения и работодателей) в финансирование государственных (страховых) гарантий в среднем составляют 80% всех расходов населения (см.рис.1).

На что же население тратит эти средства в разных странах? Для большинства стран это:

- добровольное медицинское страхование по медицинским услугам, не входящим в государственные гарантии, или их непосредственная оплата;



- получение медицинских услуг врачей и в медицинских организациях, не участвующих в реализации программы государственных гарантий (это как правило частнопрактикующие врачи и частные медицинские организации);

- софинансирование (соплатежи) населения на услуги, входящие в программы государственных гарантий.

Очевидно, что это финансовое распределение обяза-

тельств государства и граждан регулируется конкретным перечнем медицинских услуг, которые входят в программу, перечнем провайдеров (поставщиков) медицинских услуг и перечнем категорий населения, имеющих различную доступность к услугам программы государственных гарантий.

Алгоритм финансирования достаточно прост, хотя требует обширных и общедоступных справочников по услугам, провайдерам и категориям граждан.

Если вы обращаетесь к врачу, не имеющему контракта с государственной (страховой) системой гарантий, то любая медицинская помощь или услуга платная (как правило, экстренные состояния пациентов компенсируются из государственных источников по факту обращения, до момента ликвидации угрожающих жизни состояний).

Если вам необходимы услуги или лекарства не входящие в программу государственных гарантий, то за них придется платить и в государственной больнице.

Если Вы не относитесь к «уязвимым» группам населения (например: к детям, беременным женщинам и т.п.), то при необходимости получения услуг или медикаментов, входящих в программу государственных гарантий, вам будет предложено часть стоимости услуги (лекарства) внести из своего «кармана».

Государство, отслеживая уровень здоровья населения и уровень его платежеспособности, динамично регулирует параметры «бесплатной» помощи, обеспечивая доступность медицинской помощи и конечный результат.

Анализируя программы государственных гарантий разных стран можно заметить две закономерности:

- лекарства рецептурного отпуска в большинстве стран входят в программу государственных гарантий, с регулированием перечня лекарств и уровня софинансирования, гарантируя «уязвимым» группам полностью бесплатный отпуск (например: инсулин при сахарном диабете и т.п.);

- амбулаторная медицинская помощь в большинстве стран не входит в программы государственных гарантий, за исключением экстренной хирургической стоматологии и профилактических осмотров, но при этом сохраняется бесплатный доступ к стоматологическим услугам для «уязвимых» групп населения, в том числе и по зубопротезированию и ортодонтии.

В Российской Федерации к 2014 году сложилась отличная от международной медико-организационной практики ситуация, когда практически весь рецептурный отпуск лекарственных средств, необходимый для эффективного амбулаторного лечения, приобретается за наличный расчет (кроме лекарств, отпускаемых для льготных категорий граждан), а вся стоматологическая помощь, за исключением зубопротезирования, включена в программу государственных гарантий и финансируется через систему обязательного медицинского страхования.

Такое нетипичное распределение государственных гарантий было связано в первую очередь с национальными особенностями организации и финансирования здравоохранения СССР, системы «Семашко», которая все свое время су-



Государство, отслеживая уровень здоровья населения и уровень его платежеспособности, динамично регулирует параметры «бесплатной» помощи, обеспечивая доступность медицинской помощи и конечный результат.



ществовала в условиях плановой (административно-командной) экономической модели, использующей нерыночные механизмы производства и распределения благ. Жесткость управления и сквозное нормирование всех ресурсов при плановой экономике, на первом её этапе, позволили создать автономное индустриальное производство, обеспечившее экономическую и политическую безопасность государства, в ущерб непроизводственной сфере, к которой относилось и здравоохранение. Но, несмотря на то, что эта отрасль финансировалась по «остаточному» принципу, использование административных методов управления ресурсами, врачами и пациентами позволило в середине 60-х годов прошлого века не только ликвидировать последствия второй мировой войны, но и достичь высокого уровня индивидуального и общественного здоровья. В 1972 году СССР занимал 22 место в мире по уровню здоровья населения, а уровень общей смертности составлял 9,2 промилле, а по некоторым республикам был еще ниже.

В то же время начали проявляться негативные стороны административной модели, её ориентированность на выполнение «показателей» работы, а не на потребность пациентов и отсутствие мотивации у врачей в связи с низким уровнем заработной платы, связанной с «непроизводственным» характером отрасли и связанные с этим низкая производительность труда и ухудшение качества медицинской помощи.

Позитивные сдвиги в советском здравоохранении наметились во второй половине 80-х годов, когда в системе «Семашко» началось ослабление административного и нормативного «диктата», что привело к развитию некоторых направлений в здравоохранении, одним из которых стала стоматология. Этому способствовала специфика специальности, умеренные инвестиционные расходы на оборудование, повышение платежеспособности населения и готовность платить за сравнительно недорогие стоматологические услуги без очереди. В государственных поликлиниках, на заводах и в учебных заведениях стали открываться хозрасчетные каби-



Разрушение СССР и сложившаяся в связи с этим непростая политическая и экономическая ситуация в новой России, «революционный» переход в систему страховых отношений и полная неготовность былой системы «Семашко» к этому переходу, отсутствие четко сформулированной стратегии реформирования, многократный финансовый дефицит системы ОМС (4-5 раз) привели к декларации всеобщей «бесплатности» и доступности всей медицинской помощи не подкрепленной ресурсами и финансами.

неты, что создало неплохие перспективы для последующего развития частной стоматологии. Кроме того в стоматологии достаточно просто организовать сделную систему оплаты, т.к. проблема пациента, получаемый результат и число участников процесса лечения достаточно «прозрачны», т.к. не требуют большого числа исследований, специалистов и времени в отличие от большинства других специальностей и патологий.

У системы «Семашко» к концу 20-го века были хорошие шансы вывести стоматологию из программы бесплатной помощи, официально «переложив» на «плечи» граждан, реализовав в отношении её общемировые тренды, что было сформулировано в приказе Минздрава СССР по совершенствованию стоматологической помощи населению, выпущено в 1988 году.

Разрушение СССР и сложившаяся в связи с этим непростая политическая и экономическая ситуация в новой России, «революционный» переход в систему страховых отношений и полная неготовность былой системы «Семашко» к этому переходу, отсутствие четко сформулированной стратегии реформирования, многократный финансовый дефицит системы ОМС (4-5 раз), привели к декларации всеобщей «бесплатности» и доступности всей медицинской помощи, не подкрепленной ресурсами и финансами.

Сформулированная программа государственных гарантий и базовая программа ОМС, в момент её формирования (90-е годы) получила только общий перечень видов помощи, классов болезней и условий оказания, а также четыре подушевых норматива:

- на скорую медицинскую помощь из бюджета;
- амбулаторную помощь за счет бюджета и ОМС;
- стационарозамещающую помощь за счет бюджета и ОМС;
- на стационарную помощь за счет бюджета и ОМС;

Амбулаторная стоматология нормативно была погружена в единый норматив объема посещений на 1000 жителей (застрахованных ОМС), по классу XI «Болезни органов пищеварения» и как специальность охватывала рубрики МКБ-10, описывающие болезни зубов и полости рта.

Для того чтобы сформировать территориальную программу ОМС, определить долю стоматологии и дать задание стоматологическим клиникам и кабинетам, необходимо было выделить из общего норматива амбулаторной помощи долю стоматологии и передать в медицинскую организацию эту долю в финансовом отношении через тарифы ОМС, руководствуясь принципом «деньги идут за пациентом», и ЛПУ в системе ОМС «зарабатывают», а не «содержатся».

Задача крайне сложная и организационно, с точки зрения оптимизации лечебного процесса, управления потоками пациентов, и экономически, с позиции баланса ресурсов стоматологии и ограниченных финансовых средств.

Для её решения нужно было сформировать систему организационных (объемных) нормативов по всем специальностям и разработать систему тарифов, учитывающих специфику каждой специальности и общую нехватку средств ОМС,

которых с трудом хватало на «пять» статей (зарботная плата, начисления, медикаменты, питание и мягкий инвентарь с медицинскими инструментами и расходными материалами), да и то с дефицитом, для большей части субъектов РФ.

Необходимо отметить, что амбулаторная стоматология была в большей степени подготовлена к новым организационно-экономическим отношениям, чем большинство других специальностей, и связано это с советским периодом «хозрасчетности». Видимо, по этой причине только в стоматологии наблюдался постоянный и устойчивый рост числа платных услуг и числа негосударственных форм собственности, и в 90-х, и в «нулевых» годах. Кроме того, стоматологи сумели организовать реальную гонорарную систему оплаты, построенную на УЕТах (условных единицах трудоемкости), сформировать справочник услуг в стоматологии, актуальный в настоящее время, позволяющий вести государственный учет медицинской помощи и по посещениям (к стоматологу), и по трюдозатратам на стоматологические услуги.

В плане планирования стоматологической помощи, как части программы ОМС и формирования тарифов для оплаты серьезных методических проблем практически не возникало, т.к. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. №856, содержала два норматива по базовой программе ОМС:

- 8,962 посещения на 1 застрахованное лицо;
- 169,5 рублей стоимость 1 посещения, без учета районных повышающих коэффициентов.

Для планирования объема стоматологической помощи и определения тарифа при формировании территориальной программы ОМС на 2012 год можно было использовать «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденные 28.08.2001 г. совместным решением Минздрава РФ (№2510/9257-01), Федерального фонда ОМС (№3159/40-1) и Минфина РФ (№12-03-03). Эти методические рекомендации за 11 лет своего применения (с 2002 по 2012) не потеряли своей актуальности.

Норматив стоматологической помощи на 2002 год (таблица 1.3) составляет 1 687,1 посещения на 1 000 застрахованных лиц, в том числе 1 380,6 посещений для взрослых и 306,5 посещений для детей.

В 2012 году при планировании амбулаторной медицинской помощи стала выделяться профилактическая составляющая (Информационное письмо Минздравсоцразвития России №20-2/10/1-8234 от 22 декабря 2011 г. по формированию и экономическому обоснованию программы государственных гарантий на 2012 год), в котором определены нормативы лечебной (в том числе неотложной) и профилактической стоматологической помощи для взрослых и для детей:

- лечение – 1 572,1 посещения, в том числе 1 278,7 взрослые и 293,4 дети;



- профилактика – 108,2 посещения, в том числе 53,3 взрослые и 54,9 дети.

Для субъекта РФ с миллионным населением, в том числе с 20% детей число посещений с лечебной целью составит: **800 т. * 1278,7 + 200 т. * 293,4 = 1 022 960 + 58 680 = 1 081 640**

С профилактической целью: **800 т. * 53,3 + 200 т. * 54,9 = 42 640 + 10 980 = 53 620**

Общая сумма посещений к стоматологу – **1 135 260**

Если провести аналогичный расчет по методическим рекомендациям 2001 года, то общее число посещений на миллион застрахованных лиц составит – **1 165 780**

По результатам расчета необходимо отметить следующее: хотя общий норматив посещений по стоматологии с 2002 по 2012 год уменьшился всего на 0,4%, применение раздельного расчета по лечебной и профилактической помощи



дает суммарное уменьшение числа посещений на 2,62% за тот же период (- 30 520 посещений на 1 миллион застрахованных лиц).

Для расчета плановой стоимости стоматологической помощи для миллиона застрахованных лиц необходимо объемы помощи в посещениях умножить на норматив стоимости и на коэффициент относительных затрат по специальности.

Данные коэффициенты представлены в таблице 3.2. приложения 3 к Информационному письму Минздравсоцразвития России №20-2/10/1-8234 от 22 декабря 2011 г., для взрослых составляет – 1,2022, а для детей – 1,5. Необходимо отметить что в 2002 году применялись другие коэффициенты: для взрослых – 1,3959 для детей 0,8965, что указывает на изменение в оказании стоматологической помощи детям и её относительном удорожании почти в два раза.

Плановая стоимость стоматологической помощи по базовой программе ОМС на миллион застрахованных лиц, в 2012 году составляла: $((1\ 022\ 960 + 42\ 640) * 1,2022 + (58\ 680 + 10\ 980) * 1,5) * 169,5 \text{ р} = \mathbf{234\ 851\ 457 \text{ р.}}$

Плановая стоимость стоматологической помощи в 235 млн.руб. рассчитана по «пяти» статьям, с территориальным коэффициентом = 1 (для большей части субъектов федерации).

Рассчитав плановое число посещений и плановую стоимость по стоматологической помощи, можно планировать задание для конкретных медицинских организаций, исходя из численности обслуживаемого ими населения, и определить необходимое число врачебных ставок для взрослого и детского приема (как лечебного, так и профилактического).

До 2012 года включительно планирование и оплата ам-

булаторной помощи осуществлялась по «врачебным» посещениям, т.е. вся остальная деятельность медицинской организации соотносилась с посещениями к врачам клинических специальностей, которые проводились в кабинетах или на дому. Такой подход позволял достаточно просто оценивать стоимость такого посещения через расходы медицинской организации и учтенные в талоне амбулаторного приема объемы деятельности. Планируемая сумма средств любой медицинской организации могла быть определена из расчета врачебных ставок и плановой функции врачебной должности для конкретной специальности. Как правило, такой подход к планированию и формированию тарифов устраивал многопрофильные поликлиники, а их отличие по оснащенности, типу обслуживаемой территории учитывалось через групповые тарифы (3-6 групп и подгрупп МО, иногда больше) и через виды посещений (на дому, профилактические, лечебные и т.п.). В некоторых регионах использовались т.н. коэффициенты «параклиники», когда при одинаковом «базовом» тарифе посещения вводились различные повышающие коэффициенты, зависящие от наличия в поликлинике того или иного диагностического оборудования и физиотерапевтических служб. В других регионах вводили оплату отдельных «тарифицированных» медицинских услуг, чья относительная стоимость не позволяла их включать в тариф посещения.

Исключениями из этого общего правила были диагностические центры и стоматологические поликлиники, отделения и кабинеты.

Если для первых (диагностических центров) в системе ОМС вводился способ оплаты за отдельные услуги, тарифы на которые рассчитывались под конкретный диагностиче-

ский центр, то для оплаты медицинской помощи пошли по несколько иному пути, определив за единицу объема УЕТ (условную единицу трудоемкости).

Необходимо отметить, что хозяйственная самостоятельность стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, их «хозрасчетность» проявилась еще в советский период и стала развиваться после введения в России обязательного медицинского страхования. А хозрасчетной структуре, получающей доход по платным услугам, необходимы были более гибкие экономические единицы учета деятельности, которые могли бы оценивать вклад каждого стоматолога в совокупный доход медицинской организации и «справедливо» распределять заработанные средства, в том числе по платным услугам.

Задолго до создания номенклатуры услуг по другим специальностям в стоматологии были разработаны необходимые справочники, которые описывали деятельность стоматологов, учитывая при этом трудоемкость этой деятельности (по положениям приказа Минздрава СССР от 25.01.88 №50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема»). В стоматологии была введена форма статистического медицинского учета, отражавшая не только посещения, учитываемые по талону амбулаторного пациента, но и УЕТы, учитываемые по справочнику работ и услуг в стоматологии.

В системе ОМС возможность использования данного справочника (см.Табл.1) при планировании стоматологической помощи была определена «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год», утвержденными 17 января 2000г. Минздравом РФ (№2510/356-39) и Федеральным фондом ОМС (№6097/40).

В методических рекомендациях даны следующие сведения о порядке применения «Классификатора медицинской помощи в стоматологии»:

- Учет терапевтической стоматологической помощи при завершеном лечении кариеса, пульпита, периодонтита производится в последний день приема больного, при этом применяются коды 17.01xx;

- Трудозатраты на оформление документации, осмотр полости рта, наложение пломбы (прокладка, цемент, пластмасса) в этом случае отдельно не кодируются. При незавершеном лечении учет стоматологической помощи производится по набору услуг с применением кодов 17.02xx;

- Профилактический прием стоматологом взрослого населения (код 01.2301) включает первичный осмотр полости рта, подсчет гигиенических индексов, оформление документации;

- Профилактический прием стоматологом детского населения (код 01.7301) включает комплексное первичное обследование ребенка с регистрацией в учетной документации состояния прикуса, пародонта, индекса гигиены оча-



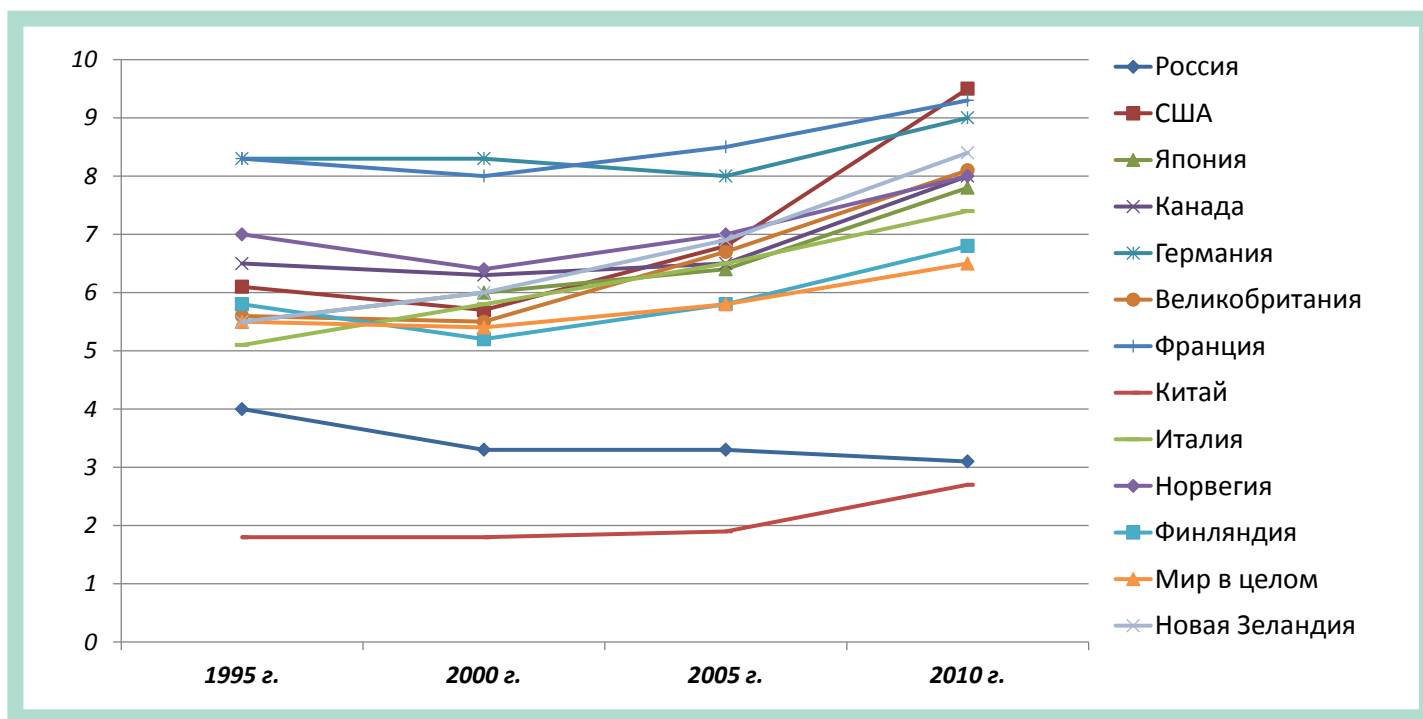


Рис. 1. Государственные (страховые) расходы на здравоохранение в доле ВВП.

говой деминерализации, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и профилактики;

- Первичный, повторный приемы стоматолога (коды 01.2302, 01.2303 или 01.7302, 01.7303) применяются только при лечении заболеваний слизистой полости рта, пародонта и сложных хирургических заболеваний;

- Консультативный прием стоматологом взрослого населения и детского населения (код 01.2306.01,7306) - по направлению врачей узких специалистов;

- Консультации, оказываемые «освобожденным» зав. отделением, не кодируются, поскольку входят в его функциональные обязанности;

- Удаление зуба (коды 17.0420-17.0425) включает анестезию, медикаментозную и механическую остановку кровотечения, поэтому коды 17.0801-17.0804, 17.0409 при удалении зубов не применяются;

- При лечении пульпита, пародонтита и др. заболеваний, по клиническим показаниям может быть назначен рентгеновский снимок. При этом коды 17.0601, 17.0602 применяются при наличии врача-рентгенолога, который читает и описывает снимки, код 17.0119 «Чтение рентгенограмм» в этом случае врачом-стоматологом не применяется;

- Коды 17.0603, 17.0604 применяются в стоматологических учреждениях, где имеется только рентгенлаборант, который кодирует эти услуги. В этом случае врач-стоматолог применяет дополнительный код 17.0119 – «Чтение рентгено-

грамм»;

- Анестезиологические пособия (коды 17.0801-17.0804) учитываются отдельно в случае оказания их по клиническим показаниям, кроме удаления зубов. При удалении зубов анестезия входит в трудозатраты соответствующей услуги.

Необходимо отметить, что «Классификатор...» и порядок его применения был предложен главным врачом Московской областной стоматологической поликлиники (Ковалевская О.Г.) и согласован с Президентом Московской областной ассоциации стоматологов и челюстно-лицевых хирургов Никитиным А.А.

В следующем, 2001 году работа над совершенствованием справочника стоматологических услуг была продолжена и был предложен новый классификатор услуг, как приложение к «Методике ...» от 2001 года (см.Табл.2).

Код мед.услуги	Наименование мед.услуги	Трудоемкость мед. услуги в У.Е.Т.-ах (1 УЕТ = 15 мин.)	Трудоемкость мед.услуги в посещениях (1 УЕТ = 0,76 пос.)
1	2	3	4
Приемы стоматолога, зубного врача (взрослое население)			
01.2301	Стоматолога профилак. и мед-соц. прием	1,5	1,14
01.2302	Стоматолога перв.диспан. леч. диагн. прием	1,0	0,76
01.2303	Стоматолога повторный леч.диаг. прием	0,25	0,19
01.2304	Стоматолога посещение на дому	4,0	3,04
01.2306	Стоматолога консультативный прием	0,5	0,38
Приемы стоматолога, зубного врача (детское население)			
01.7301	Стоматолога проф.	2,0	1,52

Таблица 1. Фрагмент классификатора медицинской помощи в стоматологии

Таблица 2. Фрагмент классификатора основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

Код	Виды работ	УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
1	Общие виды работ		
1 1	Осмотр (без проведения лечебно - диагностических мероприятий)	0.50	0.50
1 2	Консультация специалиста (осмотр, сбор анамнеза, оформление документации, подключение дополнительных лечебных и диагностических процедур, консультативное заключение)	1.50	1.50
1 3	Обследование стоматологического статуса первичного больного (осмотр, сбор анамнеза, заполнение зубной формулы, определение индексов КПУ, кп, КПУкп, ИГ, ПМА, состояния прикуса, степени активности кариеса)	3.00	3.00
1 4	Оформление эпикриза в карте диспансерного больного (при взятии на Д учет и годовой)	1.00	1.00
1 5	Оформление выписки из медицинской карты стоматологического больного	1.00	1.00
1 6	Помощь при неотложных стоматологических состояниях (включая осмотр)	1.00	1.00
1 7	Оказание разовой стоматологической помощи на дому (плюсуется к выполненному объему)	5.00	5.00
1 8	Определение индекса	0.50	0.50
1 9	Витальное окрашивание кариозного пятна	0.50	0.50
1 10	Одонтометрия 1 зуба	0.50	0.50

В этом же классификаторе были даны услуги и их трудоемкость врачей ортопедов и ортодонт (фрагмент):

4 Виды работ на ортодонтическом приеме			для врача - ортопеда	для врача - ортодонта
4	1	Контрольный осмотр в процессе лечения	0.33	1.00
4	2	Консультация (обучение, санитарное просвещение, консультация родителей и пациентов по освоению методов устранения вредных привычек, нормализация функций зубочелюстной системы с целью профилактики зубочелюстных аномалий)	0.66	2.00
4	3	Комплексное первичное обследование и оформление документации первичного больного (антропометрия лица, клинические исследования функций зубочелюстной системы, подсчет индексов гигиены, ПМА и др., определение степени трудности лечения)	1.64	5.00
4	4	Оформление истории болезни пациента, закончившего лечение	0.33	1.00

За 1 УЕТ на терапевтическом, хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку), завершено наложением пломбы из цемента. Врач при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной - 25 УЕТ в смену. На ортодонтическом приеме за 1 УЕТ принят объем работы врача, на выполнение которого требуется 15,7 мин. При этом врач - ортодонт при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной - 25 УЕТ в смену. На ортопедическом приеме за 1 УЕТ принят объем работы врача, необходимый при изготовлении одной металлической коронки (штампованной). При изготовлении зубных протезов

из драгметаллов применяется по всем видам работ повышающий коэффициент - 1,3.

Для зуботехнических работ за 1 УЕТ принят объем работы зубного техника, необходимый при изготовлении одной коронки металлической (штампованной).

Даны нормы нагрузки для врача ортопеда в УЕТах в год, в зависимости от стажа работы .

Стаж работы врача					
		до 5 лет лет	от 5 до 10 лет	от 10 до 25 лет	свыше 25 лет
1	При работе со смотровым врачом	1950	2150	2250	2300
2	При работе без смотрового врача	1750	1950	2050	2100



Эти рекомендации подготовлены учеными профильных кафедр стоматологического факультета Омской государственной медицинской академии на базе городской клинической стоматологической поликлиники N 1. При этом проводился хронометраж временных затрат врачей стоматологического профиля и зубных техников с участием главного стоматолога г. Омска, сотрудников терапевтического, ортопедического, хирургического, детского, профилактического, пародонтологического отделений, отделений реставрационной терапии и имплантологии, анестезиологии и реанимации, кабинета функциональной диагностики, медицинской статистики. И были согласованы с главным стоматологом Минздрава РФ чл.-корр. РАМН, профессором В.К.Леонтьевым.

Прикладное значение данного классификатора в стоматологии очень важно, что объясняет его применение многими субъектами РФ при учете, планировании и тарификации медицинской помощи в системе ОМС, даже несмотря на выход, в конце 2012 года, номенклатуры услуг в здравоохранении, утвержденной Минздравсоцразвития РФ и зарегистрированной Минюстом в 2012 году. Необходимо отметить что вышеназванная номенклатура построена по иному принципу, чем тот который использовался при формировании классификатора 2011 года, и не имеет

параметра УЕТ.

До изменения подходов к планированию амбулаторной помощи в 2013 году рекомендации Минздравсоцразвития в части стоматологической медицинской помощи заключались в следующем (Информационное письмо Минздравсоцразвития России №20-2/10/1 - 8234 от 22 декабря 2011 г.):

«Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.»

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий, а также медицинские организации, оказывающие стоматологическую помощь. Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной

**Эти рекомендации
подготовлены учеными
профильных кафедр
стоматологического
факультета Омской
государственной
медицинской академии на
базе городской клинической
стоматологической
поликлиники №1.**

программы государственных гарантий».

Очевидно, что при сопоставлении посещений к стоматологу с УЕтами необходимо учитывать такие факторы как:

- тип приема: профилактический или лечебный, хирургический или терапевтический;
- тип организации стоматологической помощи, самостоятельная поликлиника, отделение или кабинет;
- оснащение и его технологичность, применяемые материалы и т.п.;
- квалификация стоматолога, его стаж и наличие стимулирующей системы оплаты;
- организация службы, её менеджмент и логистику, разделение или совмещение платного и бесплатного потока пациентов.

Перечисленные факторы влияют на показатель УЕтоемкости посещения, что можно определить при анализе форм государственной статистической отчетности.

В информационном письме Минздравсоцразвития России №20-2/10/1-8234 от 22 декабря 2011 г., поясняющем порядок формирования и экономического обоснования ППГ и (программы ОМС) на 2012 год, в приложении №3 (таблице 3.2. «Относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям»), для специальности стоматология есть ссылка на отношение посещений и УЕТ: «(*) одно посещение к стоматологу включает не менее 4 УЕТ».

Анализируя тарифные соглашения разных регионов России на 2014 год, в части «перевода» стоматологических посещений в УЕТы можно встретить самые разные коэффициенты: от 0,25 при переводе УЕТ в посещения, до - 0,76, разница в три раза.

Приказом Федеральной службой государственной статистики от 21 июня 2013 г. №221 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения РФ статистического наблюдения в сфере ОМС» утверждены новые формы отчетности по стоматологии «Раздел III. Основные показатели деятельности медицинских организаций по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях». В

данной отчетной форме по столбцам заполняются объемы помощи в посещениях (всего, в том числе по страховым случаям по базовой программе ОМС) и стоимость по посещениям в рублях (всего, в том числе по страховым случаям по базовой программе ОМС), по следующим срокам:

«3.1. По строке 33 "Посещения стоматологов и зубных врачей с профилактической целью, всего" приводятся сведения о количестве посещений стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов с профилактической целью, сделанных по ОМС.

3.2. По строке 34 "из них: детьми (0-17 лет включительно)" предоставляются сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов детьми от 0 до 17 лет включительно (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.3. По строке 35 "лицами старше трудоспособного возраста" приводятся сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов лицами старше трудоспособного возраста (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.4. По строке 36 "лицами, застрахованными за пределами субъекта РФ" приводятся сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов лицами, застрахованными в других субъектах РФ (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.5. По строкам 37-40 приводятся данные о числе посещений при оказании стоматологической помощи в неотложной форме.

По строке 37 "Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, всего" приводятся данные о количестве посещений стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

3.6. По строке 38 "из них: детям (0-17 лет включительно)" предоставляются данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помощи в неотложной форме детям от 0 до 17 лет включительно (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.7. По строке 39 "лицам старше трудоспособного возраста" приводятся данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помощи в неотложной форме лицам старше трудоспособного возраста (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.8. По строке 40 "лицам, застрахованным за пределами субъекта РФ" приводятся данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помощи в неотложной форме лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого была оказана медицинская помощь (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.9. По строкам 41-44 приводятся данные о числе обращений по поводу заболевания.

По строке 41 "Обращения по поводу заболевания, всего" приводятся данные о количестве обращений при оказании медицинской стоматологической помощи по поводу заболевания.

3.10. По строке 42 "из них: детей (0-17 лет включительно)" предоставляются данные о количестве обращений по поводу заболевания детей от 0 до 17 лет включительно (из числа обращений, показанных по строке 41).

3.11. По строке 43 "лиц старше трудоспособного возраста" приводятся данные о количестве обращений по поводу заболевания лиц старше трудоспособного возраста (из числа обращений, показанных по строке 41).

3.12. По строке 44 "лиц, застрахованных за пределами субъекта РФ" приводятся данные о количестве обращений по поводу заболевания лиц, застрахованных за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого была оказана медицинская помощь (из числа посещений, показанных по строке 41).

3.13. По строке 45 "Объем фактически выполненной работы" приводятся сведения об объеме выполненной работы врачами-стоматологами и зубными врачами, рассчитанном в условных единицах трудоемкости (УЕТ).

Используя данные этой формы, можно определить общую УЕТоемкость всех посещений (разделив строку 45 на сумму строк 33,37 и 41) и использовать эти данные при планировании стоматологической помощи как единые для субъекта. Можно определять УЕТоемкость посещений по типам стоматологий, что будет более точно отражать специфику этой службы.

В настоящее время при планировании и оплате стоматологической помощи (начиная с 2013 года) возникает ряд вопросов, связанных с изменением законодательных подходов к планированию и финансированию территориальных программ ОМС:

- переход на одноканальное финансирование в системе ОМС;

- новые подходы в планировании амбулаторной медицинской помощи, определившие нормативы по лечебной, неотложной и профилактической деятельности и разные единицы их измерения;

- введение подушевого способа оплаты амбулаторной помощи при наличии «прикрепленного» населения.

Объемные и финансовые нормативы амбулаторной помощи на 2014 год по базовой программе ОМС составляют:

- по неотложной помощи – 0,46 посещений на 1 застрахованное лицо при средней стоимости – 407,6 р.;
- по профилактической помощи – 2,27 посещений на 1 застрахованное лицо при средней стоимости – 318,4 р.;
- по лечебной помощи – 1,92 обращения (случаев) на 1 застрахованное лицо при средней стоимости – 932,8 р.;

Мотивы, которыми руководствовалось министерство здравоохранения, вводя такую детализацию нормативов амбулаторной помощи, понятны и вполне обоснованы требованиями нового законодательства в сфере здравоохранения с приоритетным развитием первичной

медицинской помощи и её профилактической составляющей и большим числом приписок по амбулаторной деятельности и т.п.

Для корректного планирования амбулаторной стоматологической помощи необходимо из каждого объемного норматива «вынуть» стоматологию и рассчитать объем посещений каждого вида и обращений, а затем определить плановую стоимость стоматологии и правильно посчитать тарифы ОМС, учитывая трудоемкость услуг стоматологии и различия в хозяйственном содержании стоматологических клиник.

Рекомендации Минздрава РФ по этим вопросам содержатся в письме от 08.11.2013 г. №11-9/10/2-8309:

«Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу обязательного медицинского страхования, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий.

При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях может применяться способ оплаты за УЕТ.

Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации».

Кроме того, в этом письме даются рекомендации по расчету числа необходимых врачебных ставок:

«Планирование числа врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$B = \frac{П \times Н}{Ф}, \text{ где:}$$

В - число врачебных должностей;

П - утвержденный норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на одного жителя в год <*>;

Н - численность населения;

Ф - функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

<*> Норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, на одного жителя в год (П) складывается из суммы утвержденных территориальной

программой государственных гарантий норматива посещений с профилактической и иными целями, норматива посещений в неотложной форме и производства утвержденного территориальной программой государственных гарантий норматива обращений в связи с заболеваниями на кратность посещений по поводу одного заболевания. Рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут».

В приложении №5 к этому письму даны нормативы только для профилактических посещений к стоматологу - 118,5 посещений на 1 000 застрахованных лиц, в том числе для взрослых - 55,3 и для детей - 83,2

Нормативы по обращениям и по неотложным посещениям для специальности стоматология, как, впрочем, и по другим специальностям, в рекомендациях на 2014 год отсутствуют.

Обратимся еще к одним федеральным рекомендациям, в которых упоминается о планировании амбулаторной помощи. Это рекомендации по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней, доведенные до регионов письмом Минздрава РФ от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305.

Рекомендации подготовлены рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации

(приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. N 412).

Руководитель рабочей группы - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманян. Заместитель руководителя рабочей группы - помощник Министра здравоохранения 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.

Хотя данные рекомендации в большей степени рассматривают возможность применения клинко-статистических групп заболеваний для оплаты стационарной медицинской помощи в 2013 году, в них есть упоминания об особенностях планирования и оплаты амбулаторной медицинской помощи.

Министерством здравоохранения Российской Федерации обобщены данные ряда крупных территорий и представлена структура обращений по поводу заболеваний к основным специалистам по взрослым и детям (см.Табл.3). Субъекты Российской Федерации, учитывая региональные особенности, вправе корректировать показатели и рассчитывать структуру обращений к специалистам, при этом могут расширять перечень специальностей.

Таблица 3. Структура обращений по поводу заболеваний к специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений (репрезентативная выборка, взрослые, дети, %)

Специальности	Структура обращений, %		
	всего	в том числе:	
		взрослые	дети
1	2	3	4
Кардиология и ревматология	100	84.6	15.4
Педиатрия	100		100.0
Терапия	100	100.0	
Эндокринология	100	79.9	20.1
Аллергология	100	54.4	45.6
Неврология	100	71.3	28.7
Инфекционные болезни	100	67.2	32.8
Хирургия	100	82.1	17.9
Урология	100	92.5	7.5
Акушерство-гинекология	100	91.7	8.3
Оториноларингология	100	62.4	37.6
Офтальмология	100	74.0	26.0
Дерматология	100	81.2	18.8
Венерология	100	100.0	
ИТОГО:	100	74.4	25.6

Для амбулаторной стоматологии рекомендации отсутствуют.

Для расчета поправочных коэффициентов стоимости обращения по поводу заболевания учтены:

- показатели среднего числа посещений по поводу заболеваний в одном обращении к основным специалистам, на основе которых рассчитаны поправочные коэффициенты кратности посещений в обращении к специалистам;
- относительные коэффициенты стоимости обращения к основным специалистам. При расчете относительного коэффициента стоимости обращения по поводу заболеваний к специалистам учтены относительные коэффициенты стоимо-

сти одного посещения по специальностям, рекомендуемые письмом Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 №20-2/10/1-8234 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

Поправочные коэффициенты стоимости обращения к специалистам рассчитаны как произведение поправочных коэффициентов кратности посещений в обращении и относительных коэффициентов стоимости посещения различных специалистов (см.Табл.4).

Таблица 4. Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям

Специальности	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности <*>	Поправочный коэффициент стоимости обращения (7 гр. x 8 гр.)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3.1	1.07	0.9740	1.04
Педиатрия	2.8	0.97	1.2900	1,25
Терапия	2.7	0.95	0.8554	0.81
Эндокринология	2.5	0.86	1.7598	1.52
Аллергология	2.6	0.90	1.6206	1.45
Неврология	2.9	1.01	1.0148	1.02
Инфекционные болезни	2.4	0.82	1.2842	1.05
Хирургия	3.0	1.04	0.9113	0.94
Урология	2.6	0.90	0.7374	0.66
Акушерство- гинекология	3.8	1.30	1.1941	1.55
Оториноларингология	4.1	1.41	0.7102	1.00
Офтальмология	3.8	1.30	0.6088	0.79
Дерматология	4.2	1.44	0.7348	1.06
Венерология	2.7	0.93	0.8962	0.83
ИТОГО:	2.9	1.00	1.00	1.00

<*> Размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью.

Для амбулаторной стоматологии рекомендации отсутствуют.

Субъект Российской Федерации разрабатывает поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом данных рекомендаций, кратности посещений и специальности, в том числе по взрослым и детям. При этом вправе самостоятельно расширять перечень специальностей в соответствии с уровнем оказания медицинской помощи и проводить коррекцию объемов обращений и посещений по специальностям в пределах установленных территориальных нормативов единиц объема амбулаторной медицинской помощи.

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, еди-

ных для всех медицинских стоматологических организаций. Предлагается принять за основу классификатор основных стоматологических, лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в УЕТ из «Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденных Минздравом России и Федеральным фондом ОМС 28 августа 2001 года N 25109257-01-34 и 31-59/40-1, таблица 3.3.

Данный классификатор широко используется в стоматологии, и на его основе утверждены соответствующие нормативные акты органами управления здравоохранения в большинстве субъектов Российской Федерации. В приложении 2 к методическим рекомендациям по КСГ 2012 года приведен «Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)», который приведен в соответствии с [Номенклатурой](#) медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. N 1664н, и содержит 184 простых и сложных медицинских услуги (см.Табл.5).

Код услуги	Наименование медицинской услуги	УЕТ врача	УЕТ з/ техн
1. Класс "А"			
A16.07.004.003	Восстановление зуба коронкой пластмассовой (1 ед.)	2,25	2
A16.07.004.004	Восстановление зуба коронкой металлокерамической (1 ед.)	9,25	10
A16.07.004.005	Восстановление зуба коронкой металлоакриловой (1 ед.)	9,25	8
A16.07.026	Гингивэктомия (в области 1 зуба)	0,75	
A16.07.027	Остеотомия челюсти	1	
A16.07.028	Ортодонтическая коррекция	0,25	
A16.07.042	Пластика уздечки верхней губы	2	
A16.07.043	Пластика уздечки нижней губы	2	
A16.07.044	Пластика уздечки языка	2	
A16.07.045	Вестибулопластика	4	
1. Класс "В"			
B01.003.004.002	Проводниковая анестезия	0,5	
B01.003.004.004	Аппликационная анестезия	0,25	
B01.003.004.005	Инфильтрационная анестезия	0,5	
B01.064.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный	0,5	
B01.065.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	0,5	
B01.066.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога терапевта повторный	0,5	
B01.067.002	Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога хирурга повторный	0,5	
B04.063.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	0,75	
B04.063.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта	0,75	
B04.064.001	Диспансерный прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	
B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	0,75	

Таблица 5. Фрагмент классификатора основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженный в условных единицах трудоемкости (УЕТ)



Кроме того, учтен опыт субъектов Российской Федерации, и по ряду работ и услуг предлагается дополнительная их детализация. 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).

Рассмотрев все существующие нормативы и рекомендации по планированию и оплате амбулаторной стоматологической помощи, на уровне регионального здравоохранения можно предложить следующий порядок планирования и финансирования стоматологической помощи:

1. На основе учета стоматологической помощи в регионе необходимо определить кратность посещений в одном стоматологическом обращении (законченном случае) и возрастную структуру обращений (аналогично данным в Табл.3 и 4).

2. На основании этих данных пересчитать нормативы посещений по амбулаторной лечебной помощи (использовались при формировании ПГГ в 2012 году), получив новые пропорции по различным амбулаторным специальностям, суммарно эти нормативы должны быть равны подушевому нормативу по лечебной амбулаторной помощи на 2014 год. При необходимости отрегулировать нормативы по специальностям через общий поправочный коэффициент.

3. Ввиду отсутствия рекомендаций по распределению неотложной помощи по специальностям, на основе региональных данных (используя экспертные оценки специалистов региона) определить долю неотложной помощи по стоматологии для взрослого и детского населения.

4. Провести отдельный расчет по неотложной, профилактической и лечебной стоматологической помощи, используя вышеназванные подушевые нормативы и численность застрахованного населения по возрасту.

5. Используя стоимостные нормативы и рекомендуемые коэффициенты удорожания по стоматологии (для детей и взрослых) рассчитать значение плановой стоимости стоматологической помощи на год.

6. Выбрать параметр УЕТоемкости профилактического и неотложного посещения и обращения (по федеральным рекомендациям или на основе региональной статистики) и пересчитать объем стоматологической помощи в УЕТах.

7. Рассчитать стоимость одной УЕТ, разделив итоговые результаты п.5 на итоговые результаты п. 6.

8. Сформировать плановые задания по стоматологии для всех медицинских организаций.

9. Принимая во внимание специфику одноканального финансирования, сравнить расчетную стоимость планового задания для каждой МО (по стоматологии) с планируемыми затратами, проанализировав отдельно «пять» статей и остальные расходы, финансируемые из средств ОМС.

10. Использовать один из способов обеспечения финансового баланса:

- единый «базовой» тариф на УЕТ (по «пяти статьям») и тариф «содержания» на 1 УЕТ;
- групповые тарифы на 1 УЕТ, учитывающие обоснованное различие в содержании МО;
- индивидуальный регулирующий коэффициент, учитывающий содержание МО и регулирующий единый тариф на УЕТ.

В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОШЛО ЗАСЕДАНИЕ КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА



В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло заседание Координационного Совета по обеспечению и защите прав граждан в системе ОМС. Заседание прошло под председательством заместителя директора ТФОМС Чеченской Республики Зары Баудиновой. На мероприятии также присутствовали представители Министерства здравоохранения, Управления Росздравнадзора по ЧР, филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный, Совета профсоюзов, Уполномоченного по правам человека в Чеченской Республике, а также представители поставщиков медикаментов и расходных материалов.

Начиная свое выступление, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики, председатель КС З.Ш. Баудинова рассказала о том, что наиболее важное на сегодняшний день событие в системе здравоохранения страны - это государственная программа «Развитие здравоохранения» до 2020 года, утвержденная Председателем Правительства России Дмитрием Медведевым. Она отметила, что в рамках выполнения майских Указов Президента В.В. Путина по всей стране идет процесс оптимизации и реструктуризации систе-

мы здравоохранения. В целях рационального расходования финансовых средств и повышения заработной платы врачей, средних и младших медицинских работников, перепрофилируются невостребованные койки, часть круглосуточных коек переводятся в дневные стационары с учетом контингента обслуживаемых больных. Осуществляет эти мероприятия орган управления здравоохранением.

- Большая роль в этом процессе отводится руководителю медицинской организации, который уполномочен решать организационные вопросы, касающиеся штатной численности и мощности медицинских организаций в соответствии с доведенными Территориальной программой государственных гарантий объемами медицинской помощи. В компетенцию фонда ОМС входят вопросы сбалансированного финансирования медицинских организаций, работающих в системе ОМС, а также защита прав застрахованных граждан на достойную и качественную медицинскую помощь, – рассказала З. Баудинова.

Также в своем выступлении Зара Баудинова подчеркнула важность профилактической деятельности, рассказав о при-



казах МЗЧР по диспансеризации и профилактическим осмотрам взрослого и детского населения. Она предложила представителю страховой медицинской организации представить измененный план тематических экспертиз в части включения экспертиз по профилактическим направлениям.

В свою очередь, заместитель директора филиала ЗАО «МАКС-М» в г. Грозный Байсари Исмаилов проинформировала участников заседания о планируемых на 2014 год объемах плановых экспертиз, а также рассказала о темах, по которым планируются тематические экспертизы качества медицинской помощи. Она отметила, что данные экспертизы будут проводиться и в части профилактических мероприятий.

Продолжая заседание, собравшиеся заслушали доклад начальника отдела контроля и надзора за медицинской и фармацевтической деятельностью Управления Росздравнадзора по ЧР Дучаевой Липхан, которая рассказала о деятельности Управления по недопущению поставок недоброкачественных лекарственных препаратов. В частности, она отметила, что согласно информационным письмам Федеральной службы в сфере здравоохранения выявляются серии недоброкачественного лекарственного препарата, его обращение приостанавливается, изымается и хранится в карантинной зоне до принятия решения.

- На территории нашей республики функционирует филиал ФГБУ «Информационно-методический центр по экспертизе, учету и анализу обращения средств медицинского применения». Также работает передвижная экспресс-лаборатория, которая затрачивает на проверку качества одного наименования 15-20 минут и сохраняет первичную и вторичную упаковку лекарственного препарата. Регулярно проводится отбор образцов лекарственных препаратов в аптечных и медицинских учреждениях для исследования в данной лаборатории, эта работа приносит ощутимые плоды, мы намерены ее продолжить, – отметила Л.Дучаева.

Далее слово было предоставлено начальнику отдела по взаимодействию с субъектами и участниками системы ОМС

ТФОМС Чеченской Республики Сулиману Эниеву, который доложил о работе, которую проводит фонд в части информирования населения о правах в системе обязательного медицинского страхования.

С. Эниев рассказал, что с начала года при поддержке фонда в республике начал издаваться специализированный научно-практический журнал «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», который выходит один раз в два месяца и рассчитан как для медицинских работников, так и для пациентов.

Продолжая данную тему, он отметил, что для широкого информирования населения об их правах в системе ОМС фонд активизировал работу по взаимодействию с телерадиокомпаниями. В этой части ведется работа по выпуску телевизионной рубрики «ПроОМС», которая также будет вещаться и на радио. Данная рубрика полностью посвящена деятельности системы обязательного медицинского страхования в Чеченской Республике.

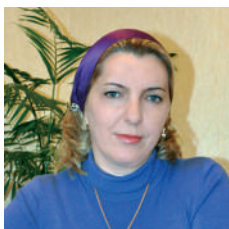
- Большое внимание мы уделяем индивидуальному информированию населения. В этом году наша работа еще более усилена. Так, фонд разработал и изготовил семь видов информационно-раздаточной продукции общим тиражом 600 тыс. шт., которая будет распространена во всех районах республики, во всех лечебно-профилактических учреждениях, министерствах и ведомствах республики, в местах массового скопления населения, на культурно-массовых мероприятиях таких, как, например, футбол или концерты, – рассказал Сулиман Эниев.

Закрывая заседание, председатель Координационного Совета отметила, что все эти мероприятия направлены на то, чтобы повысить правовую грамотность населения в системе обязательного медицинского страхования.

- Наша цель – дать как можно больше полезной информации нашим застрахованным гражданам. Когда люди знают о своих правах, они лучше защищены, – подытожила З. Баудинова.



МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ВЗАИМОРАСЧЕТЫ В СИСТЕМЕ ОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



ЗАРИМА УМАЕВА,

*начальник отдела по межтерриториальным расчетам
ТФОМС Чеченской Республики*

Независимо от организационно-экономической модели здравоохранения в любом субъекте Российской Федерации возникает ситуация, когда пациент нуждается в медицинской помощи, отсутствующей по месту его постоянного проживания, или по объективным причинам пациент не может обратиться за медицинской помощью по месту жительства, он находится в другом регионе.

Данная ситуация обязательно решается в пользу пациента.

Но, как правило, существуют административные механизмы ограничения доступности медицинской помощи через процедуру «прикрепления» к врачу первичной помощи и «направления» этим врачом пациента для получения лечения, консультаций или для проведения исследований за пределами места постоянного жительства пациента.

Естественно, это касается только плановой помощи и плановых исследований.

В условиях обязательного медицинского страхования застрахованному пациенту медицинская помощь оказывается в любой больнице, независимо от места постоянного жительства застрахованного лица и независимо от типа медицинской помощи (плановая, экстренная, первичная или вторичная). Полис ОМС «конвертируется» на всей территории страны.

Свободный выбор лечащего врача, медицинской организации и страховой компании - «краеугольный» камень в фундаменте страховой организационно-экономической модели.

До принятия нового закона об обязательном медицинском страховании, в рамках которого был реализован территориальный принцип страхования, на основе свободного выбора граждан, подлежащих ОМС, на границах ряда субъектов возникали существенные потоки межтерриториальных расчетов, связанные с тем, что жители одного субъекта работали на предприятиях другого, в условиях ежедневной трудовой миграции (например: Москва, Московская область, Санкт-Петербург и Ленинградская область).

Жители одного региона были застрахованы в другом, а медицинскую помощь получали по месту жительства. Подоб-



ная ситуация наблюдалась и в регионах с сезонной трудовой миграцией. Много отказов при оплате межтерриториальных расчетов возникало из-за несовершенства регистра застрахованных, который долгое время существовал в виде региональных фрагментов, не связанных в единое целое.

В рамках нового законодательства (Федеральный закон 326-ФЗ) межтерриториальные расчеты были законодательно закреплены за территориальными фондами ОМС, которые для этих целей наделялись полномочиями «страховщика», т.е. могли заниматься планированием, финансированием и контролем качества медицинской помощи.

Общая схема проведения межтерриториальных расчетов определена правилами обязательного медицинского страхования и рядом нормативных документов Федерального фонда ОМС.

При организации межтерриториальных расчетов учитываются следующие обстоятельства:

1. Межтерриториальные расчеты осуществляются в рамках «базовой» программы ОМС, структура, нормативы объемов и стоимость которой утверждены постановлением Правительства Российской Федерации.

2. Объемы медицинской помощи, оказываемые застрахо-

ванным лицам субъекта РФ, включаются в территориальную программу ОМС.

3. Медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, не может быть оплачена по линии межтерриториальных расчетов.

Территориальные фонды осуществляют расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, в объеме, установленном базовой программой ОМС, за счет средств нормированного страхового запаса (НСЗ) территориального фонда.

В НСЗ зачисляются средства, поступающие по линии межтерриториальных расчетов, и за счет НСЗ осуществляется оплата медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов.

Все субъекты РФ имеют собственное соотношение данных средств (поступающих и расходуемых), в зависимости от сбалансированности территориальных программ ОМС и своего территориального окружения.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики конструктивно взаимодействует со всеми территориальными фондами обязательного медицинского страхования Российской Федерации по всем направлениям, определенным действующим законодательством в системе обязательного медицинского страхования.

В финансовом исполнении территориальной программы ОМС Чеченской Республики межтерриториальные расчеты занимают значительный удельный вес.

За три года (2011-2013 гг.) в медицинских организациях Чеченской Республики 4401 пациенту, застрахованному по ОМС в других субъектах РФ, оказана медицинская помощь в рамках Базовой программы ОМС на сумму 92 934 864 тыс. руб.

За аналогичный период 185585 жителей Чеченской Республики были пролечены в медицинских организациях других субъектов РФ на общую сумму 754 786 613 тыс. руб.

Анализ данных сведений показывает, что в медицинских организациях Российской Федерации жителей Чеченской Республики пролечено в 42,2 раза больше чем иногородних граждан в медицинских организациях Чеченской Республики.

В структуре пролеченных жителей Чеченской Республики, в медицинских организациях Российской Федерации можно выделить 11 регионов Российской Федерации, в которых наблюдается наибольшее число обращений граждан Чеченской Республики:

Москва
Московская область
Республика Дагестан
Ростовская область
Республика Ингушетия
Ставропольский край
Астраханская область



Республика Северная Осетия-Алания
Краснодарский край
Кабардино-Балкарская Республика
Волгоградская область.

Сложившаяся ситуация объясняется историческими, географическими, а также многолетними культурными традициями между Северо-Кавказскими регионами и Чеченской Республикой, а также «симптомом притяжения крупного мегаполиса» с большой сетью медицинских организаций.

При этом отмечается значительное превышение случаев оказания услуг в г. Москве по сравнению с иными регионами страны.

Кроме того, в настоящее время значительно увеличился удельный вес пациентов с тяжелой патологией, требующей оказания специализированных, высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Из этих регионов в отдел межтерриториальных взаиморасчетов поступают счета и реестры за пролеченных граждан Чеченской Республики. Сотрудники отдела по ним проводят экспертизу и при отсутствии претензии производят оплату.



Ежедневно специалисты фонда консультируют граждан республики, отвечая на устные обращения и телефонные звонки. Письменные заявления рассматриваются отдельно. При необходимости специалисты отдела межтерриториальных расчетов связываются с территориальными фондами тех субъектов страны, куда обращались за получением медицинской помощи авторы заявлений. Совместно с коллегами из этих фондов прорабатываются возможные варианты решения проблем, изложенных в рассматриваемых заявлениях.

Для примера несколько случаев. Был звонок из Москвы, где студентку московского ВУЗа Ахматову Л. С. отказывались лечить из-за отсутствия у нее московской прописки. Наши сотрудники тут же связались с Московским городским фондом ОМС и сообща решили вопрос с госпитализацией.

Другой случай: в ТФОМС Чеченской Республики с письменным заявлением обратилась гражданка Алиева Х.Р., из ее заявления и представленных документов видно, что она неоднократно производила оплату за оказанные медицинские услуги, и считает, что в результате неправильных действий врачей нанесен вред здоровью ее новорожденного ребен-

ка. Отделом межтерриториальных расчетов ТФОМС Чеченской Республики было направлено письмо на имя директора ТФОМС Республики Дагестан с приложением заявления Алиевой Х.Р., в котором было затребовано разъяснение по факту взимания платы за медицинские услуги, подробный акт экспертизы качества медицинской помощи и рассмотрение возможности возмещения расходов Алиевой Х.Р. ТФОМС Республики Дагестан в своем письме признал, что допущены дефекты качества при оказании медицинской помощи, приведшие к ухудшению состояния родильницы и ребенка.

В результате проделанной работы была достигнута договоренность с медицинской организацией о возврате Алиевой Х.Р. затраченных денежных средств. И таких примеров много.

Содействие гражданам республики в реализации их прав на бесплатное оказание медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС и защита прав застрахованных является приоритетной задачей руководства Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

ЛИЧНОСТЬ



СЧАСТЬЕ В ТОМ, ЧТО ТЫ ДЕЛАЕШЬ

Элита Ашаганова – начальник отдела по организации обязательного медицинского страхования Территориального фонда обязательного медицинского Чеченской Республики. В системе ОМС работает с 2004 года. Элита по специальности врач-педиатр, окончила Дагестанский государственный медицинский институт в 1986 году. Работала в детской поликлинике №5 города Грозного, в Гикаловской участковой больнице Грозненской ЦРБ. Несмотря на то, что трудится в Фонде ОМС, она никогда не оставляла любимое дело. По сей день она, живя в поселке Гикало, продолжает помогать всем, кто обращается к ней за помощью. Приезжают отовсюду, и она не может отказать, то есть оставаться равнодушной к ребенку, который болеет и ждет от нее исцеления.

Работу в фонде она начинала ведущим специалистом по ОМС филиала ТФОМС в г. Грозный. Тогда не было страховой медицинской организации, и ТФОМС Чеченской Республики выполнял функцию страхования граждан, осуществлял контроль объемов, сроков, условий и качества оказанной медицинской помощи гражданам республики.

Сложная была не работа сама по себе, а то, что она совершенно другая: пришлось много читать и вникать в нормативные документы по обязательному медицинскому страхо-

ванию, учиться вести новую документацию, готовить отчеты.

В 2005 году вступил в силу Федеральный закон ФЗ-122 «О государственной социальной помощи» и приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29.12.2004г. № 328 «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан». На территориальные фонды была возложена функция организации и проведения медико-экономического контроля за назначением и обеспечением лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи. И для этих целей в Фонде было создано новое структурное подразделение – отдел по социальным программам. Выполнение этой важной задачи доверили Элите.

В 2006 году вышел в свет приоритетный «Национальный проект «Здоровье». Отдел по социальным программам начал заниматься вопросами финансирования дополнительной диспансеризации работающих граждан, а также оплатой за дополнительную медицинскую помощь, оказываемую участковыми врачами-терапевтами и педиатрами и их участковыми медицинскими сестрами. Работа была не из легких, приходилось часто задерживаться после рабочего дня или работать

в выходные. Но отдел достойно справлялся с поставленными задачами.

В начале 2007 года отдел был переименован в отдел по вопросам лекарственного обеспечения, а в 2008 году полномочия по реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан были переданы органу исполнительной власти субъекта страны, в нашем случае Министерству здравоохранения Чеченской Республики. В связи с этим в сентябре 2008 года отдел по вопросам лекарственного обеспечения был реорганизован в отдел по организации ОМС. Перед начальником отдела и всем коллективом были поставлены новые задачи и цели, а именно: участие в формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, участие в установлении тарифов на оплату медицинской помощи. Также отдел начал проводить анализ данных персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и об оказанной им медицинской помощи, вести и актуализировать реестр страховых медицинских организаций, реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС Чеченской Республики и территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Нужно отметить, что отдел по организации ОМС занимается и разъяснительной работой среди застрахованных лиц, в частности, работает с обращениями и жалобами граждан, отвечает на звонки, которые поступают на телефон «горячей линии» ТФОМС Чеченской Республики.

Сегодня отдел является структурным подразделением управления по обязательному медицинскому страхованию и мониторингу медицинской профилактики ТФОМС Чеченской Республики, то есть это - связывающее звено между Фондом ОМС, страховой компанией и медицинскими организациями. Для плодотворной работы отдела и каждого сотрудника в фонде созданы самые лучшие условия. В разговоре Элита неоднократно повторяет слова благодарности руководству

ТФОМС Чеченской Республики в лице Абдулазизова Денилбека Шерваниевича.

Над выполнением поставленных перед отделом задач, помимо Элиты Ашагановой, трудятся еще четыре специалиста: опытный врач Асият Ауторханова и молодые специалисты Хава Нагаева, Жанета Исрапилова и Жанна Муцаева, без которых невозможна успешная работа. Асият и Элита помогают молодым, передают свой опыт.

За многолетний и добросовестный труд в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики Элита Алиевна была награждена Почетной грамотой Главы Чеченской Республики Р.А.Кадырова, а также ведомственными наградами Федерального фонда ОМС и ТФОМС ЧР.

Семья у Элиты большая, пятеро детей. Сын живет и работает в Тюмени. Старшая дочь Аза работает в Налоговой инспекции. Вторая дочь Роза заканчивает ЧГУ, будущий экономист. Дочка Анжела тоже учится. Ну а четвертая дочка Айнур – ученица пятого класса, пока еще не определилась, кем будет, но врачом быть точно не хочет. Она до сих пор помнит, как считала дни до выходных, когда можно было побыть с мамой, а не с няней. Муж Ибрагим - замечательный человек, во всем старается поддержать супругу.

- Никто не поможет в трудную минуту так, как близкие, такие родные, надежные люди. Мы очень дорожим друг другом. Взаимопомощь, забота о каждом, доброта создают в нашей семье тепло, уют и благополучие, - рассказывает Элита.

Да, говорят, что женщина может добиться блестящих результатов на любом поприще. Она может принести немало пользы обществу, но самый важный и самый тяжелый труд ее жизни – это создание семьи. Семья Элиты – это ее опора и надежный тыл.

Равзан Юнусова



ИНТЕРВЬЮ

СОТРУДНИЧЕСТВО ВСЕМИРНОГО БАНКА И ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЬНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Антонио Гиуффрида,

Отдел социальных программ

Регион Европы и Центральной Азии

Всемирный Банк

МЕТОДЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Советский период:

Медицинские учреждения финансировались на основе сметы

Новый экономический механизм:

Подушевое финансирование первичного звена, которое выполняло роль фондодержателя

Введение системы ОМС:

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

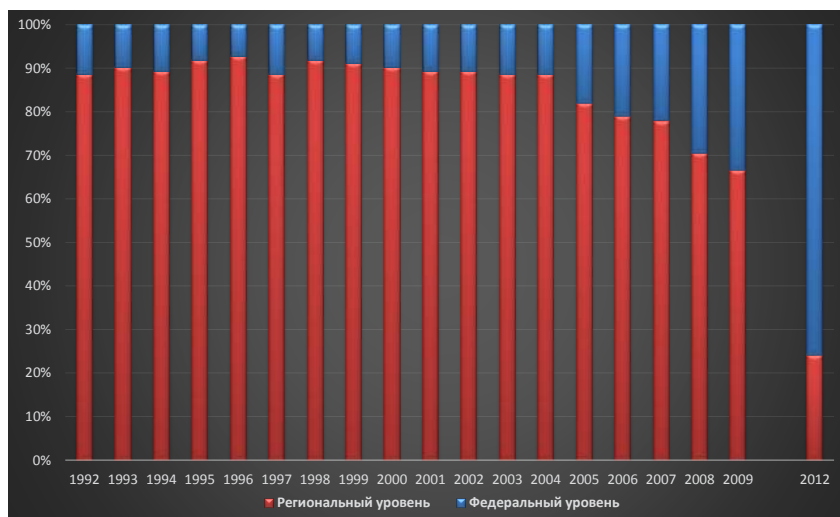
ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС: МНОГООБРАЗИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ МОДЕЛЕЙ

Оплата медицинской помощи в системе ОМС: многообразие региональных моделей



НОВЫЙ ЗАКОН ОБ ОМС: ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И УНИФИКАЦИЯ

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



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

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОПЛАТЕ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

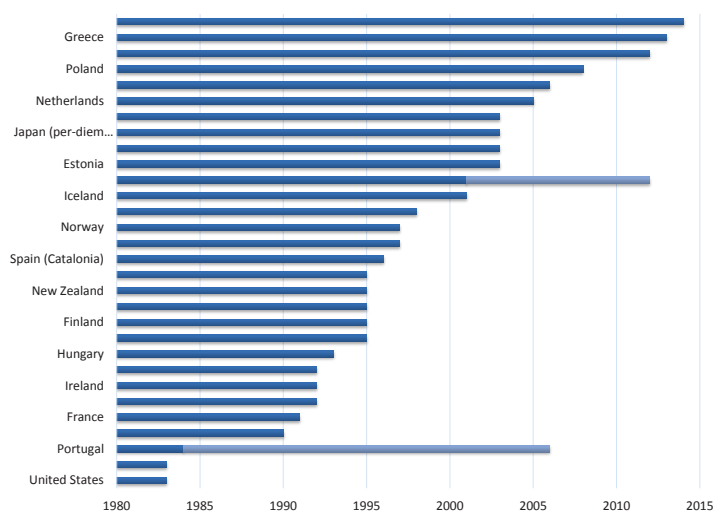
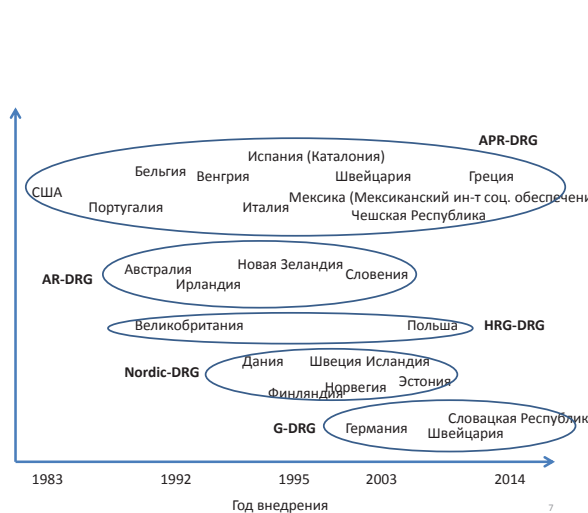
ДВИЖЕНИЕ В НАПРАВЛЕНИИ СМЕШАННЫХ СИСТЕМ: ОПЛАТА НА БАЗЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП (КСГ/DRG), ЧАСТО С ОГРАНИЧЕНИЕМ РАЗМЕРА ОБЩЕГО БЮДЖЕТА

КСГ: приводят в соответствие оплату и затраты на оказание медицинской помощи;

Стимулируют самостоятельность в управлении и эффективное использование ресурсов стационара: кадров, оборудования и коечного фонда

Глобальный бюджет предотвращает риск эскалации затрат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КСГ В СТРАНАХ ОЭСР И ИХ РАСПРОСТРАНЕНИЕ



ОПЛАТА ПО ЗАКОНЧЕННОМУ СЛУЧАЮ НА ОСНОВЕ КСГ МОЖЕТ...

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

ЭТАП I: РАЗРАБОТКА РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ КСГ

1-й год: 2012

Разработка российской модели КСГ:

- Создание системы классификации пациентов;
- Анализ расчета затрат;
- Расчет относительного коэффициента затрат по КСГ;
- Расчет базовых ставок для региона;
- Анализ воздействия и финальное моделирование

2-й год: 2013

- Внедрение КСГ модели в трех пилотных регионах: Киров, Липецк и Томск
- Мониторинг и оценка краткосрочного воздействия
- Расширение возможностей Федеральных Фондов медицинского страхования и территориальных фондов

СИСТЕМА ОПЛАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ В РЕГИОНАХ-УЧАСТНИКАХ ПРОЕКТА

	Киров	Липецк	Томск
Методы оплаты, которые использовались в начале 2012	За законченный случай + МЭС	Койкодень	Койкодень с дифференциацией в соответствии с профилем лечебного учреждения
Методы оплаты, введенные в 2013	КСГ	КСГ	+ ставки КСГ за индивидуальные услуги (онкология)

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ПЕРЕХОДУ НА ОПЛАТУ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ КСГ

- 1 Разработана российская модель КСГ, включающая 201 группу. Модель рекомендована к использованию регионами для оплаты стационарной помощи в системе ОМС Минздравом РФ и ФОМС.
- 2 Во всех пилотных регионах отмечалась тенденция к снижению средней длительности пребывания больных в стационаре; наиболее выраженная в Липецкой области, ранее использовавшей метод оплаты за койко-день.
- 3 Также во всех трех регионах процесс перехода на систему КСГ сопровождался некоторым ростом среднего сложности пролеченного случая в стационарах областного уровня, что свидетельствует о тенденции к улучшению маршрутизации пациентов.
- 4 Наметилась тенденция к выравниванию тарифов за лечение одинаковых случаев.
- 5 Во всех регионах существенно улучшилась ситуация с качеством кодирования медицинской информации
- 6 Повысился аналитический потенциал специалистов ТФОМС и главных врачей медицинских организаций.
- 7 Ни в одном из регионов не наблюдалось финансовой разбалансированности системы. Ожидаемых негативных эффектов - роста числа госпитализаций и резкого сокращения средней продолжительности пребывания в стационаре - не проявилось.

II ЭТАП. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ И ТИРАЖИРОВАНИЕ КСГ

2014

- Разработка предложений по включению стационарной онкологической помощи и ВМП,
- Включение дополнительных критериев группировки (сопутствующие заболевания, возраст пациентов и т.д.)
- Совершенствование методологии анализа и учета затрат и разработка предложений по ее внедрению на федеральном и региональном уровнях
- Разработка предложений по совершенствованию Номенклатуры медицинских услуг
- Включение в проект 8 новых регионов, по одному в каждом федеральном округе, и оказание содействия субъектам РФ по адаптации федеральной модели к региональным условиям

2015

- Мониторинг и оценка результатов в 8 новых регионах
- Передача технологии перехода на систему КСГ в другие регионы России
- Обновление федеральной модели КСГ

ДОКУМЕНТЫ

**Письмо Министерства здравоохранения Чеченской Республики и Территориального
фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики
№1846 / №884 от 02.06.2014 г.**

**Руководителям медицинских организаций
в сфере обязательного медицинского
страхования Чеченской Республики**

В связи с многочисленными обращениями медицинских организаций по поводу оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования, случаев оказания медицинской помощи сверх плановых объемов предоставления медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (далее - Комиссия) на 2014 год, ТФОМС Чеченской Республики сообщает следующее.

Одним из основных принципов осуществления обязательного медицинского страхования, заложенных в статье 4 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», является устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования (далее - ОМС).

Согласно требованиям статьи 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» стоимость утвержденной территориальной программы обязательного медицинского страхования не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленный законом о бюджете территориального фонда.

Постановлением Правительства Чеченской Республики от 19.12.2013 № 343 утверждена Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Чеченской Республики на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов (далее – Территориальная программа государственных гарантий на 2014 год).

В пределах средств, утвержденных Законом Чеченской Республики от 31.12.2013 № 45-РЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», решением Комиссии (протокол от 30.12.2013 № 14) между 77 медицинскими организациями распределены объемы предоставления медицинской помощи, установленные на 2014 год в рамках Территориальной программы ОМС на общую сумму 8 092 936,7 тыс. руб. Указанные средства являются, в том числе источником повышения заработной платы медицинских работников в рамках исполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Дополнительных финансовых средств, направленных в бюджет ТФОМС Чеченской Республики на обеспечение мероприятий по повышению уровня среднемесячной заработной платы отдельных категорий медицинских работников в рамках Указа от 7 мая 2012 года № 597, не имеется.

Как показывает мониторинг исполнения Территориальной программы ОМС 2014 года, почти все медицинские организации, грубо нарушая финансовые требования, допускают значительное превышение объемов медицинской помощи и соответственно расходов финансовых средств, сверх объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, установленных Комиссией. Причиной складывающейся ситуации является, в основном, увеличение штатной численности работников, осуществляемое произвольными решениями руководителей медицинских организаций, без учета реальных финансовых возможностей медицинского учреждения, прямо зависящих от объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

При этом следует обратить внимание на то, что ответственность по выполнению требований Указа Прези-

дента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 в части обеспечения уровня среднемесячной заработной платы по отдельным категориям медицинских работников внутри каждой медицинской организации полностью возложена на руководителей медицинских организаций.

Бесконтрольное формирование медицинскими организациями реестров счетов по объемам медицинской помощи, отсутствие в медицинской организации ежемесячного внутриведомственного контроля объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения является прямым нарушением требований Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В разделе VIII «Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н определено, что в соответствии с частью 6 статьи 39 Федерального закона оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» предъявление к оплате в страховую медицинскую организацию случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи и его финансового обеспечения, установленного решением Комиссии, является для страховой медицинской организации основанием отказа в оплате, превышающих объемов (путем уменьшения оплаты на сумму превышения размера, установленного Комиссией).

Доводим до сведения руководителей медицинских организаций, что все объемы медицинской помощи, утвержденные в рамках Территориальной программы ОМС 2014 года с учетом их финансового обеспечения, распределены Комиссией между медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС Чеченской Республики. Нераспределенных, свободных финансовых средств в бюджете Территориального фонда ОМС Чеченской Республики 2014 года не имеется и нет реальной возможности перераспределить объемы и финансовые средства между медицинскими организациями.

Руководителям медицинских организаций необходимо обратить серьезное внимание на то, что нормативы объемов стационарной медицинской помощи Минздравом России ежегодно, целенаправленно, снижаются в пользу дневных стационаров и амбулаторно-поликлинической помощи. Из этого следует, что финансовое обеспечение стационарной медицинской помощи с каждым годом снижается и руководителям медицинских организаций необходимо проводить серьезные мероприятия по оптимизации коечных мощностей круглосуточного стационара путем перевода части коек в условия дневного стационара, чтобы обеспечить ежемесячное достижение целевых показателей.

Таким образом, обращения медицинских организаций об оплате, за счет средств обязательного медицинского страхования, случаев оказания медицинской помощи, превышающих плановые объемы предоставления медицинской помощи, установленные Комиссией, удовлетворены быть не могут.

**Министр здравоохранения
Чеченской Республики**



Ш.С. Ахмадов

**Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Чеченской Республики**



Д.Ш. Абдулазизов

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 4 апреля 2014 г. N 1791/30-4

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с Рекомендациями по итогам "круглого стола" на тему: "О концепции организации саморегулирования профессиональной медицинской деятельности в системе здравоохранения Российской Федерации" Комитета Государственной Думы по охране здоровья сообщает следующее.

Согласно **части 9 статьи 36** Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон) для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, в состав которой, в том числе входят представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах.

В соответствии с **частью 2 статьи 30** Федерального закона тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со **статьей 76** Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 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.

Таким образом, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, в обязательном порядке на паритетных началах с другими членами Комиссии должны входить в состав Комиссии, участвовать в разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и подписании тарифного соглашения.

Председатель

Н.Н. Стадченко

**Письмо Федерального фонда ОМС от 11 апреля 2014 г. N 1675/30-3
«О невозможности получения застрахованным лицом полиса ОМС
при предъявлении заграничного паспорта»**

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования рассмотрел Ваше обращение по вопросу выдачи полисов обязательного медицинского страхования гражданам Российской Федерации, постоянно проживающим за пределами Российской Федерации, на основании заграничного паспорта и сообщает следующее.

Согласно статье 46 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе страховой медицинской организации.

В соответствии с пунктом 9 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н, к заявлению о выборе (замене) страховой медицинской организации прилагаются следующие документы или их заверенные копии, необходимые для регистрации в качестве застрахованного лица:

для граждан Российской Федерации в возрасте четырнадцати лет и старше - документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта); СНИЛС (при наличии).

Паспорт гражданина Российской Федерации, указанный в пункте 9 Правил обязательного медицинского страхования, означает паспорт гражданина Российской Федерации, введенный в действие Указом Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 и являющийся основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 08.07.1997 N 828 утверждены образец и описание бланка паспорта гражданина Российской Федерации, а также Положение о паспорте гражданина Российской Федерации.

Согласно указанному Положению паспорт гражданина Российской Федерации обязаны иметь все граждане Российской Федерации, достигшие 14-летнего возраста и проживающие на территории Российской Федерации.

До оформления нового паспорта гражданину по его просьбе выдается территориальным органом Федеральной миграционной службы временное удостоверение личности, форма которого устанавливается Федеральной миграционной службой.

Паспорт гражданина Российской Федерации, введенный в действие Указом Президента Российской Федерации от 21.12.1996 N 1752 (заграничный паспорт), является документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации. Также данный паспорт в соответствии с Федеральным законом от 15.08.1996 N 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» является документом, по которому граждане Российской Федерации осуществляют выезд из Российской Федерации и въезд в Российскую Федерацию.

Назначение заграничного паспорта прямо указано в пункте 1 «Информации для владельца паспорта», размещенной на заднем форзаце бланка паспорта: «Паспорт в течение срока его действия удостоверяет личность гражданина Российской Федерации при выезде за пределы Российской Федерации, пребывании за пределами Российской Федерации и въезде в Российскую Федерацию».

Для получения паспорта, используемого для удостоверения личности гражданина на территории Российской Федерации, необходимо обратиться в территориальный орган Федеральной миграционной службы с заявлением о выдаче паспорта. Согласно пункту 11 Положения о паспорте гражданина Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 08.07.1997 N 828 (в ред. постановления Правительства Российской Федерации от 22.02.2012 N 141) для получения паспорта граждане, проживающие за пределами территории Российской Федерации и не имеющие паспорта, представляют паспорт гражданина Российской Федерации, удостоверяющий личность гражданина Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации (заграничный паспорт). На период оформления паспорта в территориальном органе Федеральной миграционной службы можно получить временное удостоверение личности. На основании временного удостоверения личности страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и выбранная гражданином, производит его регистрацию в качестве застрахованного лица и направляет необходимые сведения в территориальный фонд обязательного медицинского страхования для изготовления полиса обязательного медицинского страхования.

Председатель

Н.Н. Стадченко



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 30.06.2014 года. Тираж 5000 экз.

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

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

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

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики