



# ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

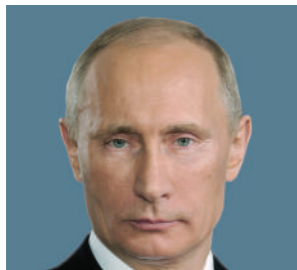
ВЫПУСК №5

**Владимир Путин провел  
рабочую встречу с Министром  
здравоохранения РФ  
Вероникой Скворцовой**

**Идрис Байсултанов:  
«Мы сделаем медицинский институт  
престижным не только в республике,  
но и за её пределами»**



**Руководители фондов ОМС регионов России ознакомились  
с австрийской моделью медицинского страхования**



«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:

Владимир Путин провел рабочую встречу с Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой

**6**

В ТФОМС Чеченской Республики обсуждали вопросы совершенствования системы здравоохранения региона

**9**

Руководители фондов ОМС регионов России ознакомились с Австрийской моделью медицинского страхования

**12**

Идрис Байсултанов: «Мы сделаем медицинский институт престижным не только в республике, но и за её пределами»

**16**

Министерство здравоохранения ЧР и Врачебная палата ЧР подписали соглашение

**19**

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

**20**

Грамотное планирование - основа успешного развития медицинской организации

**35**

Группировка пациентов в российской модели КСГ. Контроль качества медицинской помощи

**39**

Контроль, надзор и обеспечение надлежащего качества медицинской помощи

**47**

Характеристика текущих процессов и новые достижения на пути информатизации системы ОМС Чеченской Республики

**55**

На страже будущего!

**59**

Контроль качества работы медицинских учреждений страховой компанией

**63**

Наращивая качество медицинского обслуживания

**66**

ОМС: информирован — значит вооружен, вооружен — значит защищен

**70**

# ДОКУМЕНТЫ:

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 04.09.2014 г. №16.3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников»

**72**

Письмо ТФОМС Чеченской Республики «О полисе обязательного медицинского страхования в составе универсальной электронной карты»

**79**

АКТУАЛЬНО



## ВЛАДИМИР ПУТИН ПРОВЕЛ РАБОЧУЮ ВСТРЕЧУ С МИНИСТРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ВЕРОНИКОЙ СКВОРЦОВОЙ

*Вероника Скворцова информировала Президента о текущей деятельности ведомства, итогах работы за истекший период 2014 года. Отдельно обсуждалось формирование бюджета сферы здравоохранения на 2015–2016 годы.*

**В.ПУТИН:** Вероника Игоревна, с учётом бюджетного процесса, который развивается, первый вопрос - по финансированию отрасли, текущему финансированию и тому, как это выглядит на ближайшее будущее – на 2015 год и на последующий период. Пожалуйста.

**В.СКВОРЦОВА:** Владимир Владимирович, у нас полностью сбалансирован бюджет на 2015 год и практически полностью - на 2016 год. Увеличивается программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи более

чем на 306 миллиардов рублей (18%), и подушевой финансовый норматив на каждого гражданина страны увеличивается на 15,4%, а в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – более чем на 18%.

У нас есть, таким образом, все ресурсы для того чтобы выполнить задачи, поставленные в Государственной программе развития здравоохранения, и выполнить поручения, связанные с увеличением объёма высокотехнологичной медицинской помощи. Мы уже на сегодняшний день увеличили объём на 32 тысячи граждан, получающих высокотехнологичную



помощь, по сравнению с прошлым годом. На будущий год мы выйдем на показатель 650 тысяч, год назад это было всего 506 тысяч. И в 2016 году, так, как Вы и поручали, мы выйдем на показатель 750 тысяч граждан, увеличив объём в 1,5 раза от базы 2013 года.

Параллельно у нас есть ресурсы для того, чтобы выполнить указы по повышению заработной платы медицинских работников. Уже по результатам первого полугодия текущего года средняя заработная плата врачей стала 45 тысяч рублей, это примерно 143% от средней по экономике, по среднему медицинскому персоналу – 26 тысяч рублей, это примерно 83% от средней по экономике.

Что для нас очень важно, существенно уменьшилась вариативность заработных плат у специалистов одного профиля, занимающих схожую должность. Если в 2011 году это было примерно в 2,5–3,2 раза, то в этом году уже в 1,5–1,6 раза. В 2014 году мы предприняли шаги к тому, чтобы убрать необоснованную дифференциацию заработных плат. Для этого вместе с руководителями субъектов Российской Федерации мы подвели итоги пилотных проектов, обсудили их с профсоюзами и увеличили базовый оклад заработных плат с 20–25% до 55–60. Таким образом, это позволит нам с учётом высокого

уровня стандартизации отрасли практически прийти к тому, чтобы адекватная заработная плата была на одинаковых должностях.

Хотелось бы также отметить, что во всех регионах страны существенно уменьшилось отклонение от нормативной стоимости той или иной медицинской услуги. Это, собственно, является результатом достаточно напряжённой двухгодичной работы.

**В.ПУТИН:** Имеется в виду стоимость для ОМС?

**В.СКВОРЦОВА:** Да. Если в 2011 году у нас в 34 регионах отмечалось отличие от норматива оплаты более 50% и в 33 регионах от 20 до 50%, то в этом году не осталось ни одного региона, где бы отклонение превышало 50%, и всего семь регионов, в которых отклонение от 20 до 50%. То есть фактически ситуация выровнялась. С 1 января 2013 года у нас единый подушевой норматив и бездефицитная программа обязательного медицинского страхования. Фактически мы нивелировали различия в оплате медицинской помощи.

Проблемы мы видим на сегодняшний день, они сохраняются и связаны, прежде всего, с необходимостью совершенства

вания вертикали управления отраслью. За последние три месяца мы в каждом федеральном округе провели встречи с региональными министрами и вице-губернаторами по социальным вопросам для того, чтобы предпринять вместе шаги к настраиванию вертикали управления. Сейчас в каждое юридическое лицо (медицинскую организацию) внедряем специально подготовленного человека с финансово-экономическим образованием, который проходит подготовку по единой программе, сдаёт экзамен и защищает диплом по управлению конкретной медицинской организацией, для того чтобы уйти от самостийности на местах.

Кроме того, видоизменяем методику формирования фонда оплаты труда на местах и закупочную политику, поскольку в искажениях закупочной политики, особенно это касается лекарств и реактивов для лабораторных исследований, мы видим очень большой ресурс для повышения эффективности системы. В ряде регионов это позволит нам высвободить дополнительно около 25% средств, которые могут быть направлены на развитие технологий, на повышение заработных плат, на все потребности отрасли.

**В.ПУТИН:** Хорошо. Второй вопрос. Он уже традиционный, тем не менее один из ключевых – это демография.

**В.СКВОРЦОВА:** К счастью, Владимир Владимирович, у нас хорошее поступательное движение. Мы подвели итоги вместе с Росстатом по результатам 8 месяцев. У нас родилось на 14 тысяч новорождённых больше, чем в прошлом году за аналогичный период, умерло на 11 тысяч человек меньше, чем в прошлом году, и мы достигли прироста населения в 19 тысяч человек, тогда как в прошлом году у нас была за 8 месяцев убыль на 6,6 тысячи.

Особенно радует то, что уже сейчас увеличилась продолжительность жизни практически на год (на 0,8 года) и составила по результатам 8 месяцев 71,6, а была 70,8. Женщины перешли границу 77 лет, у них продолжительность жизни составила 77,2, у мужчин она ниже – 65,6.

Вместе с Росстатом мы провели декомпенсационный анализ, чтобы посмотреть, какие факторы в большей степени влияют на продолжительность жизни нашего населения. У мужчин на первое место вышли внешние причины, связанные, прежде всего, с употреблением алкоголя и теми несчастными случаями, которые сопряжены с принятием алкоголя. У женщин первое место разделили внешние причины и сосудистые поражения мозга – инсульты. Но разница такова, что статистически она определяет то различие в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, которое сложилось, – 11 лет. У нас существенно снизилась младенческая смертность на 8,5%, по сравнению с прошлым годом, и она достигла своего исторического минимума – 7,5 промилле. Фактически за два года мы нивелировали тот временный подъём, который был связан с переходом на международные критерии. По прогнозам ВОЗ, мы должны были несколько лет ещё идти на повышенных цифрах, но всё, больше этого подъёма нет.



У нас хорошие результаты – снижение по всем основным причинам смерти: по сосудистой патологии смертность снизилась на 12%, при дорожно-транспортных происшествиях – на 10%, на 20% – при туберкулёзе. Только при онкологических заболеваниях – на 1 процент, но это связано с тем, что чтобы снизилась онкологическая смертность, нужно рано выявлять [заболевание]. Поэтому здесь снижение смертности просто несколько отсрочено, и мы надеемся, что с учётом того, что мы выстроили сейчас ранний скрининг в рамках диспансеризации, через полтора, два, три года дойдут эти результаты, и смертность начнёт более серьёзно снижаться.

**В.ПУТИН:** От онкологии именно?

**В.СКВОРЦОВА:** Да. Причём на первое место вышли рак грудной железы и рак предстательной железы, то есть гормонально зависимые, которые хорошо поддаются лечению и с очень высокой эффективностью излечиваются в том случае, если их выявлять на первой и второй стадиях.

**В.ПУТИН:** Надо всё равно внимание к этим проблемам держать на самом высоком уровне и постоянно отслеживать все эти процессы, влиять на них, тем более что инструменты сейчас у вас есть. Ещё рассчитываю на то, что и бюджетный процесс завершится так, как сейчас Вы сказали, потому что здоровье наших людей – одна из главных задач государства в целом. Поэтому я очень рассчитываю на эффективную работу всей системы.

**В.СКВОРЦОВА:** Мы будем очень стараться.



## В ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ОБСУЖДАЛИ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

*В конференц-зале Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики прошло расширенное совещание под председательством заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики Абдуллы Магомадова.*

В мероприятии также приняли участие советники Главы республики Рустам Абазов и Эльхан Сулейманов, министр здравоохранения Шахид Ахмадов, директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов, представители Министерства здравоохранения, ТФОМС ЧР, страховой медицинской организации и руководители лечебно-профилактических учреждений региона.

Главной темой совещания стало обсуждение хода реализации мероприятий Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части повышения оплаты труда работников медицинских организаций.

Открывая совещание, заместитель председателя Правительства А. Магомадов рассказал, что руководством ТФОМС

Чеченской Республики совместно с Министерством здравоохранения, при поддержке Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова ежегодно принимаются меры, направленные на повышение уровня оплаты труда медицинских работников в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Он пояснил, что законом Чеченской Республики «О республиканском бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», для применения в рамках исполнения Указа Президента Российской Федерации №597, принятого в 2012 году, установлена среднемесячная заработная плата по республике на 2014 год в размере 21 140,9 рублей, исходя из прогноза социально – экономического развития Чеченской Республики на 2014 и плановый период до 2016 года, в соответствии с которыми определены целевые индикаторы.

Также А. Магомадов проинформировал присутствующих о том, что по состоянию на первое сентября 2014 года в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, достигнуты следующие показатели по уровню начисленной среднемесячной заработной платы:

- врачи и работники, имеющие высшее фармацевтическое или иное высшее образование – 28 320 рублей – 102,5% к целевому индикатору;
- средний медперсонал – 16 240 рублей - 100,8% к индикатору;
- младший медперсонал – 10 820 рублей - 100,4 % к индикатору.

Продолжая свое выступление, Абдулла Магомадов отметил, что ответственность за выполнение требований Указа

Президента РФ № 597 по обеспечению уровня среднемесячной начисленной заработной платы в расчете на каждого медицинского работника целиком и полностью возложена на руководителей медицинских организаций.

Далее участники совещания говорили о результатах проверки деятельности медицинских учреждений в части оптимизации бюджетных расходов с целью высвобождения финансовых ресурсов и направления их на финансирование оплаты труда работников медицинских учреждений.

По этому вопросу выступил директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов. Он пояснил, что достижение целевых показателей уровня средней заработной платы отдельных категорий работников сферы здравоохранения, определенных Указом Президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. №597, должно быть осуществлено с привлечением на эти цели не менее трети бюджетных средств, получаемых за счет реорганизации неэффективных организаций и снижения неэффективных расходов. Для этого в сфере здравоохранения было необходимо реализовать ряд мероприятий, направленных на оптимизацию бюджетных расходов с учетом сохранения качества оказания услуг медицинскими организациями.

Д. Абдулазизов отметил, что данные мероприятия позволят высвободить значительные финансовые ресурсы и направить их на повышение заработной платы работников организаций здравоохранения.

Участники совещания уделили большое внимание вопросу о ходе диспансеризации определенных групп взрослого населения в Чеченской Республике. Министр здраво-



охранения Ш. Ахмадов, отметил, что этот вопрос находится на постоянном контроле Главы республики Р. А. Кадырова. В связи с этим он призвал ответственных работников Министерства здравоохранения и медицинских учреждений усилить контроль за организацией и качеством проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, усилить контроль за организацией и качеством прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, также обязал представлять в Правительство Чеченской Республики результаты мониторинга хода реализации мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения и прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров в разрезе медицинских учреждений и муниципальных районов.

На мероприятии также затронули тему обеспечения платных услуг в медицинских организациях Чеченской Республики. По этому вопросу были даны конкретные поручения. Так было поручено внести в Правительство Чеченской Республики предложения по расширению перечня медицинских учреждений, оказывающих платные услуги населению, включая медицинские и сервисные, а также провести анализ выполнения медицинскими учреждениями плановых заданий на оказание платных услуг населению, в целях актуализации доведенных объемов на выполнение платных услуг.

Подводя итоги мероприятия, участникам совещания были даны отдельные поручения, которые будут способствовать совершенствованию системы здравоохранения Чеченской Республики.

Так, например, при формировании Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год было поручено обеспечить представление медицинскими учреждениями детализированных обоснований по всем видам планируемых расходов с приложением расчетов в соответствии с действующими нормативами, при этом обратить особое внимание на формирование фонда оплаты труда. Кроме того, было рекомендовано обеспечить медицинские организации устойчивой, интуитивно понятной программной средой, позволяющей врачебному персоналу работать на современном уровне, а также обеспечить выполнение медицинскими организациями работы по автоматизированной обработке информации и интеграции системы ведения персонализированного учета медицинской помощи с ресурсом информационного сопровождения застрахованного.

Завершая совещание, председательствующий Абдулла Магомадов отметил, что работу по совершенствованию системы здравоохранения республики нужно активизировать. Он призвал всех заинтересованных лиц приложить максимум усилий для выполнения поручений, данных на совещании. Итоги проведенной работы будут подведены в конце декабря текущего года.

## РУКОВОДИТЕЛИ ФОНДОВ ОМС РЕГИОНОВ РОССИИ ОЗНАКОМИЛИСЬ С АВСТРИЙСКОЙ МОДЕЛЬЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*В столице Австрии, городе Вена, прошел недельный семинар по повышению квалификации работников Федерального фонда обязательного медицинского страхования и участников системы ОМС по теме: «Опыт оплаты стационарной медицинской помощи на основе модифицированной системы клиничко-статистических групп. Медицинское страхование в Австрии. Электронное медицинское обслуживание».*



В семинаре приняли участие директора территориальных фондов ОМС Московской, Тверской, Самарской и Нижегородской областей, Хабаровского края, фондов ОМС Республики Мордовия и Карачаево-Черкесия, города Севастополь, а также директор ТФОМС Чеченской Республики Д.Ш. Абдулазизов. Кроме того, в семинаре приняли участие заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицин-

ского страхования – руководитель группы Соколова И.В., заместитель начальника контрольно-ревизионного управления ФФОМС Михайленко Н.Н. и начальник отдела сопровождения профилактических мероприятий ФФОМС Мельникова Ю.С.

В первый день семинара состоялось посещение Австрийского Агентства по здравоохранению и продовольственной безопасности. Руководитель Агентства доктор Фридрих По-

лесны рассказал гостям об организационной структуре системы здравоохранения Австрии, а также о роли Агентства в системе здравоохранения. По словам доктора, Агентство занимается минимизацией риска в области здравоохранения, продовольственной безопасности и защитой прав потребителя. Он рассказал, что Агентство работает над обеспечением максимального качества здравоохранения, а также над организацией высокой степени продовольственной безопасности и защиты прав потребителя в Австрии.

Далее участники семинара посетили Федерацию страховых организаций социального страхования, где ознакомились с вопросами организации медицинского страхования в Австрии, с вопросами выравнивания финансовой обеспеченности здравоохранения регионов Австрии, поговорили о роли и функции страховых организаций.

Докладчик, руководитель департамента страхования Александр Тох, рассказал, что типичной характеристикой системы социального страхования в Австрии является то, что оно обязательно для каждого жителя. Социальное страхование затрагивает практически всех трудоустроенных граждан Австрии. При наличии трудоустройства возникает обязательное страхование, которое подразумевает страховую защиту.

В ходе мероприятия участники семинара воспользовались возможностью ознакомиться с региональным здравоохранением Австрии и посетили с рабочим визитом второй по величине город страны – Грац. Здесь гости побывали в Региональном фонде здравоохранения федеральной земли Штирия, где им рассказали об особенностях местного здравоохранения и медицинского страхования.

Следующим объектом посещения российской делегации стала Региональная страховая организация, где прошли семинары по вопросам формирования гарантий в рамках программы обязательного медицинского страхования, учета застрахованных граждан и оказанных медицинских услуг, по вопросам договорных отношений с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи, методов оплаты медицинской помощи, а также по вопросам качества медицинских услуг.

Руководитель службы по работе с общественностью Барбара Койзер рассказала, что австрийская система социального страхования обеспечивает защиту от рисков, связанных с заболеваниями, старением и несчастными случаями на работе, действуя при этом с полной ответственностью в интересах своих клиентов. Она имеет большое влияние на социальную стабильность, благосостояние и демократическое устройство в Австрии. Эта система является гарантом социальной надёжности в Австрии. Медицинское страхование берёт на себя прежде всего расходы на медицинские услуги, независимо от размера уплаченных страховых взносов. После окончания трудовой деятельности сохранение высокого жизненного уровня обеспечивается за счёт пенсионного страхования. Страхование от несчастных случаев предотвращает несчастные случаи на работе и профессиональные заболевания и занимается преодолением их последствий. Эти услуги финансируются из взносов застрахованных и работодателей, а пенсии



ещё и частично из налоговых поступлений.

Барбара Койзер также отметила, что в Австрии придают большое значение профилактике заболеваний и утверждению здорового образа жизни.

- Наша задача состоит в том, чтобы способствовать сознательному отношению к своему организму как на работе, так и в свободное время. Улучшение условий труда для предотвращения несчастных случаев, профессиональных заболеваний и преждевременного окончания трудовой деятельности является ещё одним важным приоритетом для нас, - отметила специалист.

О реформе системы здравоохранения Австрии участникам семинара рассказали уже в Федеральной организации здравоохранения, где прошел «круглый стол» на данную тему. Здесь гостям рассказали, что австрийская система здравооух-

ранения основана на принципах солидарности, доступности и универсальности. Это означает, что все жители Австрии, независимо от возраста, пола, расы, социального и имущественного положения имеют право на качественное медицинское обслуживание. Система здравоохранения Австрии базируется на законодательно регулируемом взаимодействии многочисленных заинтересованных организаций на федеральном, земельном и муниципальном уровне. Было отмечено, что основной задачей Федерального Министерства здравоохранения является обеспечение здоровья жителей Австрии. Оно формирует государственную политику страны в области здравоохранения, готовит законодательные акты и контролирует их исполнение, осуществляет взаимодействие с международными организациями, планирует распределение государственных средств, расходуемых на здравоохранение, контролирует деятельность органов обязательного медицинского страхования, несет ответственность за работу амбулаторных врачей, а также за лекарственное обеспечение населения. Деятельность стационарных медицинских учреждений относится к компетенции Земель, а социальное обеспечение населения - к компетенции муниципальных органов власти. Для профессионального выполнения своих обязанностей Федеральное Министерство здравоохранения пользуется услугами многочисленных консультационных советов.

Далее по программе семинара для российской группы было организовано посещение и ознакомление с работой стационара. Директор клиники, профессор Кристоф Рейззер, ознакомил гостей с принципами финансирования больниц и оплаты медицинских услуг. Он рассказал, что система обязательного медицинского страхования Австрии регулируется социальным законодательством, которое гарантирует застрахованным лицам предоставление следующих видов услуг:

- стационарное и амбулаторное лечение у врачей общего профиля и у врачей - специалистов;
- медицинское сопровождение беременности и родов;
- услуги психиатрии;
- рентгеновские и лабораторно-медицинские услуги;
- физиотерапевтические услуги;
- базовые услуги стоматологов;
- обеспечение медикаментами (в 2013 году введена фиксированная доплата за медикаменты - 5,3 евро, но суммарные расходы на лекарства и другие медицинские услуги не должны превышать 2% годового дохода застрахованного лица (люди с малыми доходами и хронические больные освобождаются от доплат));
- обеспечение необходимыми медицинскими средствами (костыли, «ходунки», измерители уровня сахара в крови и т.д.);
- обеспечение медицинским транспортом;
- медицинский уход на дому;
- профилактические и предупредительные мероприятия (например, прививки, высокотехнологичные обследования и др.);
- реабилитационные мероприятия;
- длительный уход;
- уход за лицами с инвалидностью.



К. Рейззер также отметил, что пациент имеет право на свободный выбор лечащего врача и места оказания других видов медицинской помощи.

Интересным стало для участников семинара и посещение компании «ELGA GmbH», которая специализируется на электронном здравоохранении, координации внедрения «электронных медицинских файлов». Директор компании Хаберт Эйсслер рассказал присутствующим о том, что важным фактором развития австрийской системы здравоохранения стало введение электронных карт социального страхования «e-card» (SV-Chipkarte).

Система электронных карт поддерживает административные процессы между застрахованными, поставщиками услуг (врачами, больницами, фармацевтами и т.д.) и другими организациями социального обеспечения. Она позволяет исполнять законы социального страхования в значительной степени без письменных бумажных документов. Создание си-



стемы электронных карт было начато в Австрии в 1993-1994 г.г. Проект создания этой системы называется ELGA (elektronische Gesundheitsakte). В 2005 году электронные карты социального страхования «e-card» были внедрены во всей Австрии.

На электронной карте записываются следующие данные:

- номер карты;
- имя и фамилия владельца карты;
- дата рождения;
- ученая степень;
- идентификационный номер учреждения социального страхования, где застрахован владелец карты;
- дата, до которой действует карта;
- идентификационный номер страхового свидетельства.

- На обратной стороне электронной карты находится Европейская карта медицинского страхования (Europäische Krankenversicherungskarte - EKVK или European Health Insurance Card - EHIC), что позволяет получать необходимую медицинскую помощь во время временного пребывания (например, отдых, деловые поездки и т.д.) в странах-членах ЕС, - рассказал Хаберт Эйсслер.

В целом на семинарах было изучено множество вопросов, касающихся оплаты стационарной медицинской помощи на основе модифицированной системы клинко-статистических групп. Были рассмотрены методы определения потребности в финансовых ресурсах системы здравоохранения, другие методы оплаты медицинских услуг.

В свою очередь члены российской группы живо интересовались вопросами финансирования лечебных учреждений, вопросами организации лечебного процесса, тем, как

обстоят дела с защитой прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования.

Нужно отметить и то, что ни один докладчик семинара не остался без памятного сувенира. В ходе мероприятия стало приятной традицией, что после каждой прочитанной лекции лектор получал из рук заместителя председателя Федерального фонда ОМС - руководителя группы Соколовой И.В., сувенир, символизирующий регион России, который был представлен на семинаре. Среди памятных подарков были такие сувениры, как макеты московского Кремля и мечети «Сердце Чечни».

Директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов отметил, что руководство Федерального фонда обязательного медицинского страхования уделяет большое внимание вопросам повышения уровня системы ОМС Российской Федерации. Мероприятия такого рода дают нам возможность изучить модели медицинского страхования зарубежных стран, что позволит нам перенять их опыт и реализовать его у себя на местах, и это в свою очередь благоприятно скажется на развитии медицинского страхования в нашей стране.

По окончании мероприятий каждый участник в праздничной обстановке получил из рук организаторов удостоверение о повышении квалификации и сертификат об участии в семинаре.





## Идрис Байсултанов: «МЫ СДЕЛАЕМ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ПРЕСТИЖНЫМ НЕ ТОЛЬКО В РЕСПУБЛИКЕ, НО И ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛАМИ»

*Развитие системы здравоохранения республики напрямую зависит от качества и количества выпускающихся молодых медицинских работников. Для выполнения этой важной задачи в республике создан и функционирует Медицинский институт Чеченского государственного университета. На коллективе института лежит большая ответственность - подготовить профессионалов в своем деле и снизить фактор существования дефицита врачебных кадров в республике. В интервью журналу «ОМС в Чеченской Республике» к.м.н., доцент, заслуженный врач Российской Федерации, директор Медицинского института Чеченского государственного университета Идрис Байсултанов рассказывает о становлении и развитии медицинской науки, высшего медицинского образования и здравоохранения.*

**- Здравствуйте, Идрис Хасаевич. Вы в свое время возглавляли крупное лечебно-профилактическое учреждение, сейчас трудитесь в главном медицинском образовательном учреждении республики. Сложно было перестраиваться?**

- Добрый день. Да, действительно я посвятил сфере здравоохранения 28 лет. Честно говоря, вначале переход из здравоохранения в образование, где я никогда не работал, был сложным. Пришлось постигать новую методику работы

и параллельно учиться многому. Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров поставил передо мной важную задачу – повысить уровень медицинского образования в республике, подготовить жизненно необходимых для региона специалистов высшей квалификации в различных отраслях здравоохранения. Над выполнением этой задачи мы и трудимся повседневно. Две отрасли, в которых я трудился, объединяет общая цель, которая для меня является основополагающей в жизни, - это здоровье нации.

**- Какие проблемы стояли перед вами в первую очередь?**

- На момент моего назначения это был медицинский факультет Чеченского государственного университета, где существовала острая необходимость в порядке, начиная от дисциплины сотрудников и заканчивая качеством подготовки специалистов. Отсутствовала элементарная организованность рабочего процесса, и, конечно, самая большая проблема – кадровая. Преподавательский состав, который стоял здесь у истоков и работал много лет, естественно, уже в том возрасте, в котором преподавать не могут. В настоящий момент 80% кадрового состава требует омоложения, и к этому вопросу необходимо отнестись очень серьезно. Поскольку, если какой-то специальности можно научить за несколько лет и воспитать преемника, то в системе здравоохранения сделать это очень сложно. Даже для того, чтобы из врача, который получил диплом, сформировался специалист, необходимо порядка 10 лет. А медик, который работает в системе образования, должен обладать не только профессиональными навыками, но и научными: защититься, получить определенную степень. Кафедра считается полноценной, если в ней на 60% задействованы научные работники. А у нас на сегодняшний день в целом институт состоит из 20% наших специалистов, остальные – это совместители, которые работают в системе здравоохранения. Это создает определенные проблемы для нас в процессе формирования учебного процесса и сказывается на качестве работы.

**- На Ваш взгляд, как решать эту проблему?**

- Первое. Необходимо создать сильный кадровый резерв. Мы над этим работаем. Если мы не будем формировать молодое поколение врачей, то, пока они формируются, те люди, которые работают, не смогут передавать им свой опыт и знания. Сегодня в системе здравоохранения региона не все так уж и радужно. Подход к работе требует обновления, необходимо успевать за динамикой бо-



лее развитых государств в этом направлении. Перед здравоохранением стоит уникальная возможность возродить эту отрасль в более современной модели. Больницы отстроены, оснащены современным и высокотехнологичным оборудованием, налажено финансирование системы здравоохранения, но нет самого главного – специалистов. И мы сегодня работаем над решением этой проблемы. У нас есть определенные результаты. Но мы стремимся к лучшему. К примеру, нам всем известно, что любое оборудование дает максимальный

дифференцировать, должен быть профессионалом в своем деле. Наша задача - вырастить поколение именно таких специалистов.

И второе. Должен укрепиться сам медицинский институт. Стоит необходимость создания медицинской академии в Чечне, поскольку нам требуются квалифицированные врачи. Быть профессионалом своего дела невозможно, не постигая того объема знаний и не достигая того уровня, который студент должен получить в высшем медицинском учебном заведении. Сегодня я



результат в совокупности с правильными действиями специалистов. Так и в системе здравоохранения - для того, чтобы поставить диагноз, врач должен интерпретировать и сформировать правильный вывод о состоянии здоровья пациента. Он должен уметь мыслить,

могу сказать, что начало мы заложили неплохое. Надеемся, что в дальнейшем при таком контроле и содействии со стороны руководства региона мы сделаем медицинский институт престижным не только в республике, но и за пределами. Мы будем выпускать качественных



специалистов, имеющих базовые профессиональные знания.

**- Многие жалуются на отсутствие соответствующих знаний у выпускников медицинского института ЧГУ. Что можете сказать по этому поводу?**

- Да, я с Вами согласился бы пару лет назад. Хочу отметить, что тенденция в последние годы существенная. Наши выпускники и студенты понемногу завоевывают доверие. Для того чтобы показать, что наши действия прозрачны, мы создали комиссию, в составе которой представители Министерства здравоохранения Чеченской Республики, Общественной палаты региона и даже представители Правительства ЧР. Эта комиссия присутствует на государственном экзамене. Члены ко-

миссии неоднократно отмечали результаты наших стараний.

**- Какие задачи стоят перед институтом в ближайшем будущем?**

- Мы развиваемся и делаем это быстрыми темпами. В этом году открыли педиатрический факультет, уже имеем лицензию на открытие стоматологического факультета в следующем году, также со следующего года врачи будут иметь возможность пройти переквалификацию. И, самое главное, на мой взгляд, планируем, что у нас заработает ординатура и по некоторым направлениям - аспирантура. Это станет большим подспорьем в реализации намеченных планов.

**- Что бы Вы хотели пожелать молодым людям, которые решили стать врачами?**

- Рекомендую, в первую очередь, подумать! Объективно оценить все сложности этой профессии. Это не просто надеть белый халат. Ты должен пропускать через себя всю боль, которую испытывает пациент, иметь большое терпение к больному независимо от его поведения, знать, что такое этика, культура поведения. Ты не освобождаешься ровно в шесть или после своего дежурства, ты можешь в любой момент быть задействован. Врач просто обязан быть компетентным. Профессия врача ответственна, прежде всего, перед Всевышним, а уже после - перед государством и обществом.

**- Спасибо за беседу.**

 **Мадина Хамидова**

## НАША СПРАВКА:

Идрис Хасаевич Байсултанов родился 23 октября 1960 г. в с. Илсхан-Юрт Гудермесского района ЧИАССР. После окончания средней школы поступил в Астраханский государственный медицинский институт им. А.В. Луначарского, который успешно окончил в 1991 году.

Будучи студентом, работал в нейрохирургическом отделении областной клинической больницы №2 в должности медбрата. В августе 1991 года принят для прохождения интернатуры в кардиологическое отделение №1 Республиканской клинической больницы г. Грозного. После окончания интернатуры переведен на должность врача-ординатора кардиологического отделения №1 РКБ. В июле 2000 года переведен на должность заведующего кардиологическим отделением РКБ. С 2001 года – главный кардиолог Министерства здравоохранения ЧР.

В 2003 году назначен на должность главного врача Гудермесской центральной районной больницы.

В 2004 году защитил диссертацию на тему «Оказание неотложной экстренной помощи в условиях боевых действий».

В 2012 году назначен на должность декана медицинского факультета Чеченского государственного университета.

Заслуженный врач Российской Федерации, заслуженный врач Чеченской Республики. Кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения. Награжден высшей государственной наградой Чеченской Республики – «Орденом Кадырова».

Также награжден орденом «Слава России» I степени. Присвоено звание «Лучший медицинский работник России», Награжден медалями «За заслуги в здравоохранении» I степени, «За доблестный труд» I степени. Отмечен международной премией «Признание». Является победителем республиканского конкурса в номинации «Лучший главный врач» 2010 года.

## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ И ВРАЧЕБНАЯ ПАЛАТА ЧР ПОДПИСАЛИ СОГЛАШЕНИЕ

**Общественная организация «Врачебная палата Чеченской Республики» создана 20 декабря 2013 года. На сегодняшний день в палате зарегистрировано 1047 врачей. Возглавляет врачебную палату главный врач Республиканской детской клинической больницы Казбек Межидов.**

Организация входит в Национальную медицинскую палату, президентом которой является д.м.н., профессор, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рощаль.

что создание в республике новой организации повлекло за собой упразднение всех остальных медицинских общественных организаций.

Сотрудничество между Министерством здравоохранения Чеченской Республики и «Врачебной палатой ЧР» в области охраны здоровья граждан, медицинской науки, кадровой политики и иных областях будет осуществляться в соответствии с соглашением, которое подписано 8 октября текущего года.

Соглашение предусматривает совершенствование организации оказания медицинской помощи и развитие механизмов управления на основе саморегулирования профессиональной медицинской деятельности в республике.

В рамках данного Соглашения Ассоциация «Врачебная палата ЧР» вправе принимать участие:

- в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм;
- в разработке стандартов качества медицинской помощи;
- в разработке региональных программ по развитию здравоохранения, профилактики, страхования профессиональной ответственности и т.п.

Ассоциация также сможет участвовать в сертификации профессиональной деятельности врачей, определении порядка и условий ее проведения и т.д.

Стороны будут осуществлять сотрудничество в области охраны здоровья граждан, медицинской науки и кадровой политики и иных областях, представляющих взаимный интерес.

Министерство здравоохранения Чеченской Республики, в свою очередь, планирует включать Ассоциацию в состав комиссий по разбору жалоб и конфликтных ситуаций, связанных с исполнением врачами своей профессиональной деятельности.

Для координации деятельности и реализации настоящего Соглашения создается Координационный совет.

СМИ Чеченской Республики периодически освещают работу «Врачебной палаты ЧР».

На днях пользователи Интернета получили новую возможность наблюдать за работой Палаты на сайте [www.vrchr.ru](http://www.vrchr.ru).



«Врачебная палата ЧР» является координирующим органом для медицинского сообщества республики, который призван отстаивать права врачей и решать вопросы медицинской этики и профессионального образования.

Министр здравоохранения ЧР Шахид Ахмадов сообщил,

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



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



**ПИРОГОВ М.В.**,  
д.э.н., профессор

*За все время существования человеческой цивилизации было «придумано» три способа обмена товарами и услугами между производителями и потребителями (продавцами и покупателями). Это:*

*1. **Натуральный обмен, применявшийся на заре человеческой цивилизации, до изобретения денег как общего эквивалента стоимости товаров и услуг. Наиболее массово натуральный обмен использовался в Древнем Египте, 5-3 тыс. лет назад. В настоящее время практически не используется.***

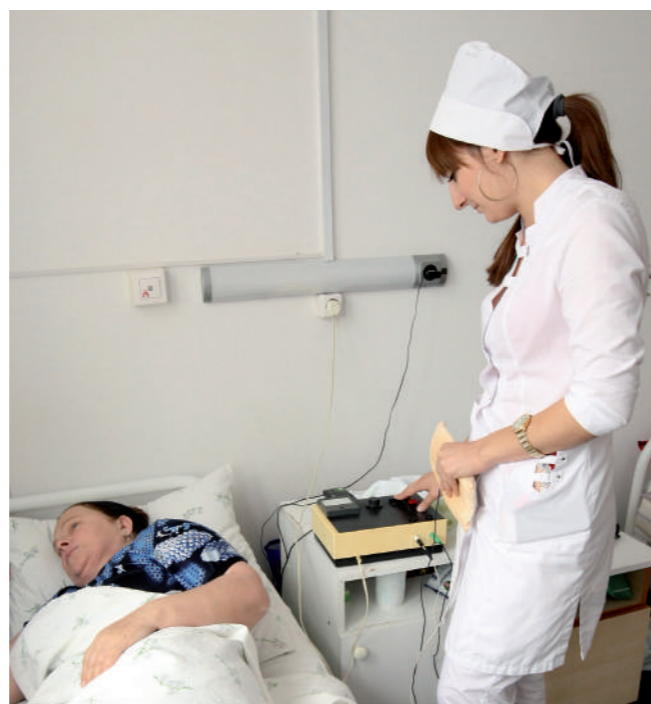
*2. **Рыночный механизм, использующий деньги для обеспечения обмена товаров и услуг между участниками рынка и определяющий цену на товары и услуги путем достижения равновесия между спросом и предложением на конкретный товар или услугу. Применяется повсеместно для большей части товаров и услуг.***

*3. **Распределительный механизм, использующийся как государственный (или) общественный регулятор при получении товаров или услуг, обладающих свойствами «общественного блага».***

В настоящее время широко применяется для товаров и услуг, составляющих основу государственной социальной политики, в таких сферах, как государственная безопасность, общественный порядок, образование, здравоохранение, культура, спорт, наука, социальная защита отдельных категорий граждан и т.п. В условиях распределительного механизма **цена** на товары и услуги не формируется вообще или формируется государством и, как правило, не отражает реальное соотношение спроса и предложения на данные товары и услуги. Распределительный механизм полностью заменил рыночный механизм и натуральный обмен в СССР и в странах социалистического лагеря в 20-м веке. В настоящее время применяется в государственных организационно-экономических моделях здравоохранения, обеспечивающих всем гражданам страны бесплатный доступ к медицинским услугам и лекарственным средствам (предметам медицинского назначения), как правило, в рамках конкретного перечня и с ожиданием по времени получения данных услуг.

Преимущество прямой оплаты медицинских услуг пациентом (т.н. «рыночный механизм») в том, что потребитель получает более четкое представление о цене потребленной им услуги, а поставщик услуги получает информацию о состоянии спроса.

Основной недостаток такой системы в том, что ма-



лообеспеченные группы населения и пациенты, получающие дорогостоящее лечение в связи с серьезным заболеванием, не всегда располагают достаточными средствами, чтобы заплатить за оказанную им помощь прежде, чем эти затраты будут частично или полностью компенсированы.

Ограничение доступности медицинской помощи приводит к ухудшению индивидуального и общественного здоровья и к снижению «качества» и «количества» трудового капитала, что неблагоприятно сказывается на экономическом развитии страны и в конечном итоге становится предметом национальной безопасности.

Высокая стоимость медицинских услуг и неопределенность спроса вызывают необходимость государственного или частного **страхования**. Появляется третья сторона, которая должна взять на себя создание финансовых резервов (пулов), обеспечивающих доступность медицинских услуг для потребителя и гарантию оплаты оказанной медицинской помощи для поставщика. Плата поставщикам за оказанные услуги, как правило, регулируется механизмом централизации средств. Централизованные средства должны быть каким-то образом распределены. Способ распределения средств реализуется через механизм приобретения медицинских услуг. Со стороны спроса существенное влияние на точку равновесия может осуществляться через субсидии и соплатежи или неофициальные формы взимания платы за услуги. Со стороны предложения факторами влияния являются ограничения для производителей услуг и наличие монополий. Помимо этого, конечный результат воздействия этих искажений на рыночные цены зависит от механизма вознаграждения или оплаты поставщиков услуг, который применяется в данной системе.

**Именно этот механизм в большей степени, чем цена и предложение, дает возможность создавать стимулы для поставщиков услуг.**

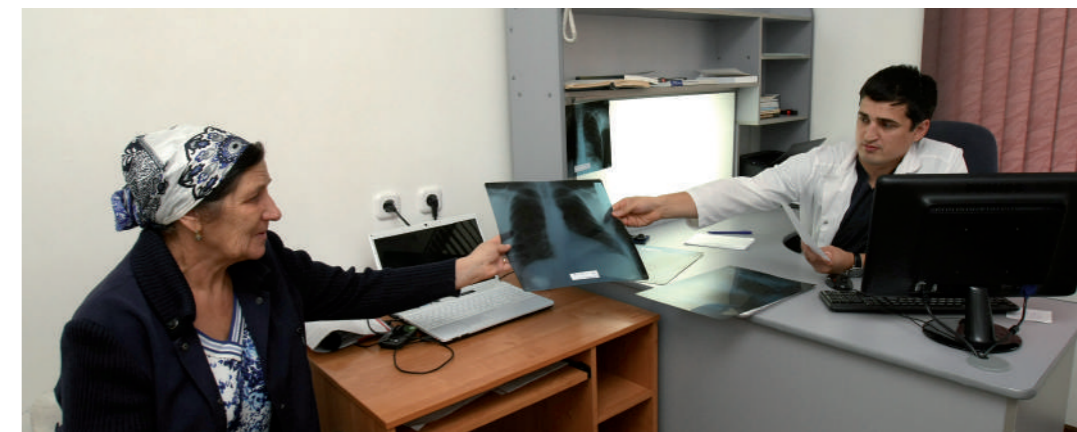
Медицинские услуги обладают целым рядом характеристик, которые не позволяют рыночному механизму регулировать спрос, предложение и цены корректно – данное свойство получило наименование «изъяны рынка».

Одним из самых существенных «изъянов» является информационная диспропорция по потребительским свойствам медицинских услуг, не позволяющая большинству потребителей сделать правильный выбор услуг и оценить предлагаемую стоимость.

Объем, структуру и качество оказываемой потребителю помощи можно определить только после получения медицинских услуг (лечения), а хорошее состояние здоровья формируется не столько медицинскими услугами, сколько другими факторами. Даже врачи не всегда имеют полную информацию о всех аспектах воздействия назначаемого ими лечения.

Механизмы ценообразования и оплаты медицинских услуг должны обеспечивать воздействие на поведение и потребителя (пациента), и поставщика (врача) путем создания определенных стимулов.

Так называемое «стратегическое» приобретение медицинских услуг означает активный подход к решению проблемы «изъянов рынка» и оказывает воздействие на потребителей, поставщиков услуг и население в целом. Особенно важен этот фактор для поставщиков услуг, наряду с другими многочисленными факторами, включая более глубокие знания о результатах лечения, факторы культуры и профессиональной



этики.

В здравоохранении, в различных странах и в разные исторические периоды применялись самые разнообразные методы оплаты медицинской помощи. В одно и то же время, в любой стране существуют различные методы оплаты медицинской помощи, зависящие от вида медицинской помощи (амбулатория, стационар и т.п.), от источника финансирования (держателя финансового пула), а также от группы населения, получающего медицинскую помощь.

Можно рассматривать несколько типологий методов оплаты. Одна из них определяет оплату медицинской помощи по времени работы или объему медицинских услуг или по структуре обслуживаемого населения. Другая типология группирует возможные методы оплаты в зависимости от учета объемных характеристик медицинской деятельности и срока наступления расчета за медицинскую помощь.

Существуют два взаимоисключающих предпочтения, которые возникают у поставщика медицинских услуг и финансирующей стороны (покупателя), особенно если она представлена государственными или страховыми институтами.

«Абсолютное» желание поставщика получить от финансирующей стороны гарантию оплаты собственных издержек (и определенную норму прибыли) за неограниченный по перечню и объему набор предоставляемых пациентам медицинских услуг. Этому желанию поставщика соответствует оплата фактических издержек медицинской организации по каждой услуге (манипуляции) за каждый вид используемых

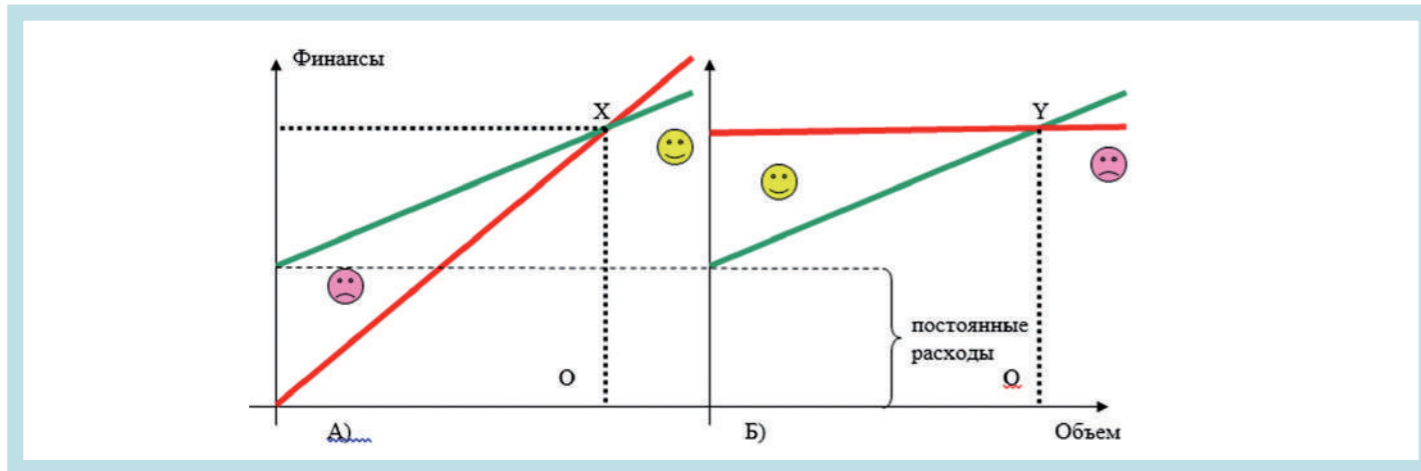


Рис. 1. Оплата отдельных услуг - А); сметное финансирование - Б).

экономических ресурсов. Результат лечения в этом случае не является критерием оплаты, а суммарные расходы на здравоохранение ограничиваются только ресурсным потенциалом конкретной медицинской организации (числом коек, оборудования, врачей и т.п.). Оплата фактических издержек медицинской организации создает предпосылки к снижению как медицинской, так и экономической эффективности здравоохранения, а рост расходов становится постоянным и не предсказуемым. Негативное влияние оплаты каждой отдельной медицинской услуги на эффективность системы здравоохранения привело к сохранению данного метода только в частном здравоохранении, когда финансирование выполняет непосредственно пациент, без использования механизма страхования медицинских рисков. Когда плательщиком выступает государственный (общественный) или частный страховщик отдельные услуги по ценам производителя, как правило, не оплачиваются.

С другой стороны, «абсолютное» желание финансирующей стороны (в лице государства или страховщика) - это обеспечить предсказуемость затрат, связанных с оказанием медицинской помощи и снять с себя финансовую ответственность за дефицит финансирования (превышение фактических издержек поставщика над запланированными расходами финансирующей стороны), и сократить собственные издержки (транзакционные), связанные с планированием, финансированием и контролем за оказанной медицинской помощью. Практическим примером реализации данного «абсолютного» желания финансирующей стороны является «сметное содержание» медицинской организации, применяемое в командно-административной экономической модели (система «Семашко»), или оплата по «глобальному бюджету», широко используемое в странах с рыночной экономикой, в середине XX-го века. Широкое применение вышеназванных методов оплаты (финансирования) действительно позволили стабили-

зировать реальные расходы плательщиков на медицинскую помощь и на её организацию и контроль, но совершенно не учитывали индивидуальных особенностей пациентов и медицинских организаций, так как для финансирования «измеряли» не оказанные медицинские услуги, а «сетевые» показатели деятельности медицинских организаций, такие как «работа койки» и «функция врачебной должности». Способ оплаты был рассчитан на среднюю «типовую» медицинскую организацию, и делал «неинтересным» повышение клинической и экономической эффективности её деятельности, в виду отсутствия экономических стимулов и механизмов измерения этой эффективности. На рис. 1 даны графики объёмов деятельности и финансирования для описанных выше моделей оплаты (отдельные услуги и сметное финансирование - «глобальный» бюджет) и финансовых затрат медицинской организации в функции объёмов деятельности.

На обоих графиках (А и Б) зеленой линией показаны собственные расходы медицинской организации по реализации медицинских услуг. Эта линия - сумма постоянных расходов, не зависящих от объема деятельности (хозяйственное содержание организации, зарплата АУП и т.п.) и переменных расходов, зависящих от объема оказанных услуг (зарботная плата основного персонала, лекарства, расходные материалы и т.п.) - одинакова на обоих графиках.

На графике А) объем финансовых поступлений пропорционален объему оказанных медицинских услуг и растет с каждой новой услугой. Точка «Х» называется точкой безубыточности и определяет тот объем оказанных услуг, финансовые поступления от которых полностью компенсируют постоянные и переменные расходы медицинской организации. Она рассчитывается по следующей формуле:

$$X = \text{ПОС} / (\text{Ц} - \text{ПЕР})$$

1

где: Х – объем услуг в точке «безубыточности»;  
ПОС – сумма постоянных расходов медицинской организации;  
Ц – стоимостная характеристика одной услуги (при финансировании);  
ПЕР – переменные расходы на одну медицинскую услугу.

Из графика А) очевидно, что оказание объема услуг меньше «Х» не обеспечивает покрытия собственных издержек медицинской организации, а оказание большего объема услуг (чем «Х») позволяет не только покрыть собственные издержки, но и получить прибыль. В условиях такого метода оплаты очевидно, что медицинской организации «выгодны» больные люди и их долгое лечение. Клинический результат низкий, а затраты финансирующей стороны практически неограниченны (и не прогнозируются). В этих условиях – «гонки за объемами» медицинская организация не заинтересована в оптимизации лечебного процесса и в рациональном использовании ресурсов, так как получить необходимую сумму можно простым увеличением числа медицинских услуг, в том числе, не оказанных пациенту. Затраты на контроль клинической эффективности со стороны финансирующей стороны



очень высокие, так как требуют экспертного заключения по каждому пациенту.

На графике Б) наблюдается «обратная» ситуация. Финансирующая сторона, оценив стоимость «среднего» пациента (при «глобальном бюджете») или определив норматив на 1 койку или 1 врачебную должность (при финансировании по «смете расходов») осуществляет финансирование медицинской организации независимо от объемов её деятельности (оказанных услуг), и, как правило, по принципу «авансирования» или «предоплаты» (красная прямая на графике Б). Финансовая ответственность финансирующей стороны на этом заканчивается. Медицинская организация, оказывая медицинскую помощь конкретным пациентам с различными заболеваниями, тратит полученные финансовые ресурсы. В точке «У» финансовые средства у медицинской организации закан-

чиваются, и для выполнения своих функций необходимо либо прибегать к внешним займам (например: кредит в банке или доплата со стороны пациента), либо ограничивать объем медицинской помощи пациентам.

$$Y = \text{ПОС} / (\text{Ф} / \text{О} - \text{ПЕР})$$

1

где: Y – объем услуг в точке «безубыточности»;  
ПОС – сумма постоянных расходов медицинской организации;  
Ф – сумма нормативного финансирования;  
О – плановый (нормативный) объем деятельности;  
ПЕР – переменные расходы на одну медицинскую услугу.

Учитывая специфику медицинских услуг, и полную зависимость их назначений от сотрудников медицинской организации, первый вариант приводит к росту платности в здравоохранении, в том числе и по неформальным платежам. Второй вариант (ограничение доступности) приводит к снижению клинической эффективности медицинской организации и в конечном итоге к снижению уровня индивидуального и общественного здоровья. Контроль клинического процесса и доступности медицинской помощи финансирующей стороны требует серьезных финансовых затрат, т.к. финансирование рассчитывается на «среднего» пациента или на «типовую» больницу, а вариabельность конкретных случаев лечения зависит от различных факторов, и, как следствие, требуется «тотальная» экспертиза всех случаев лечения.

Приведенные графические примеры показывают отсутствие «идеального» способа оплаты медицинской помощи, который мог бы удовлетворить и медицинскую организацию и финансирующую сторону. В реальных условиях организаторы здравоохранения и экономисты пытаются найти компромиссное решение, позволяющее учесть особенности клинического процесса (специфику работы медицинской организации) и возможность финансового управления.

**Основная задача при выборе способа оплаты - достижение заданной клинической эффективности, обеспечение предсказуемости сумм финансирования и стимулирование повышения экономической эффективности медицинской организации, за счет оптимизации своей деятельности и рационального использования собственных ресурсов, в том числе за счет повышения производительности труда врачей, среднего медицинского и прочего персонала.**

Отечественное здравоохранение долгое время существовало в условиях «сметного финансирования», которое предполагало не только государственную собственность медицинских организаций и их государственное финансирование, но и «тотальный» контроль стоимости по всем видам ресурсов. В условиях командно-административной модели экономики финансирование здравоохранения осуществлялось по системе норм и нормативов, учитывающих не только потребление ресурсов (труда, основных средств и расходных



материалов), но и применяемые для лечения медицинские технологии. Номенклатура медицинских организаций, структура медицинской организации, штатные нормативы и нормы потребления других ресурсов, а главное государственное регулирование и стабильность «цен» на эти ресурсы делали систему «Семашко» легко управляемой из единого центра и быстро реагирующей на любые «руководящие» указания. «Типовая» больница и «типовая» поликлиника вместе с системой нормирования ресурсов не могли учесть экономики лечебного процесса для конкретного пациента с особенностями течения его заболевания для контроля за результатом лечения и качеством оказываемых услуг. Основой контроля стали данные медицинской статистики, отражающие различные срезы «здоровья» социума и функционирования сети медицинских организаций (учреждений здравоохранения). Конечно, негативные тенденции в показателях общественного здоровья анализировались и учитывались при разработке новых норм и нормативов или для корректировки старых. Но общая инертность системы и жесткость нормативов не позволяли гибко реагировать на изменение здоровья социума и, как правило, вводились со значительным опозданием.

К 80-м года 20-го века проблемы системы «Семашко», экстенсивный способ развития отрасли привели к серьезному отставанию советского здравоохранения от здравоохранения большинства экономически развитых стран, в которых в данный период проводились масштабные реформы здравоохранения, в том числе по изменению методов оплаты медицинской помощи.

Изменение формы экономических отношений в новой России в 1991 году предопределило изменение экономических отношений в здравоохранении, принятие соответствующего федерального закона о медицинском страховании граждан в Российской Федерации. Принятие данного закона закладывало основу создания страхового организационно-экономического механизма финансирования здравоохранения в условиях полной неподготовленности субъектов здравоохранения к новым экономическим отношениям.

Реализация закона о медицинском страховании, принятого в 1991 году, началась только в 1993 году, после создания системы фондов ОМС (федерального и территориальных). Включение в финансовые отношения между субъектами ОМС негосударственных (частных) страховых медицинских организаций делало невозможным сохранение сметного содержания медицинских организаций и определяло оплату за оказанные объемы медицинской помощи (услуг).

Первый подзаконный нормативный акт (методические рекомендации), определяющий способы оплаты медицинской помощи был разработан и утвержден исполнительным директором федерального фонда ОМС<sup>1</sup> в 1993 году.

В преамбуле методических рекомендаций определялись базовые принципы новых экономических отношений в системе ОМС:

*«Система финансирования учреждений здравоохранения оказывает непосредственное воздействие на:*

*1. заинтересованность медицинских учреждений в оказании оптимального (с точки зрения поддержания и улучшения здоровья населения) объема медицинской помощи и обеспечении соответствующего качества профилактики и лечения.*

*2. величину общего объема финансирования медицинской помощи, возможность его прогнозирования.*

*3. рациональное использование и контроль за потреблением финансовых и материальных ресурсов, направляемых на медицинское страхование (система оплаты медицинской помощи должна предусматривать противозатратные механизмы, обеспечивать минимизацию расходов страховщика на оплату медицинских услуг и связанные с этим контрольные функции и т.д.).*

*4. формирование экономического интереса работников здравоохранения и их доходов в целом».*

Для амбулаторно - поликлинических услуг рекомендовались следующие способы оплаты:

а) оплата медицинских услуг (посещений к врачу, выписки рецептов, лабораторных исследований, процедур) по согласованным тарифам;

б) оплата медицинских услуг, выраженных в баллах, по единой системе тарифов. Цена балла определяется путем деления заранее установленной суммы расходов страховщиков на амбулаторную помощь на общее число баллов, набранных амбулаторными учреждениями за данный период;

в) оплата законченных случаев лечения, заранее классифицированных по некоторым признакам (трудоzатраты, тяжесть случая, общие расходы). Каждая из групп оплачивается по согласованным тарифам;

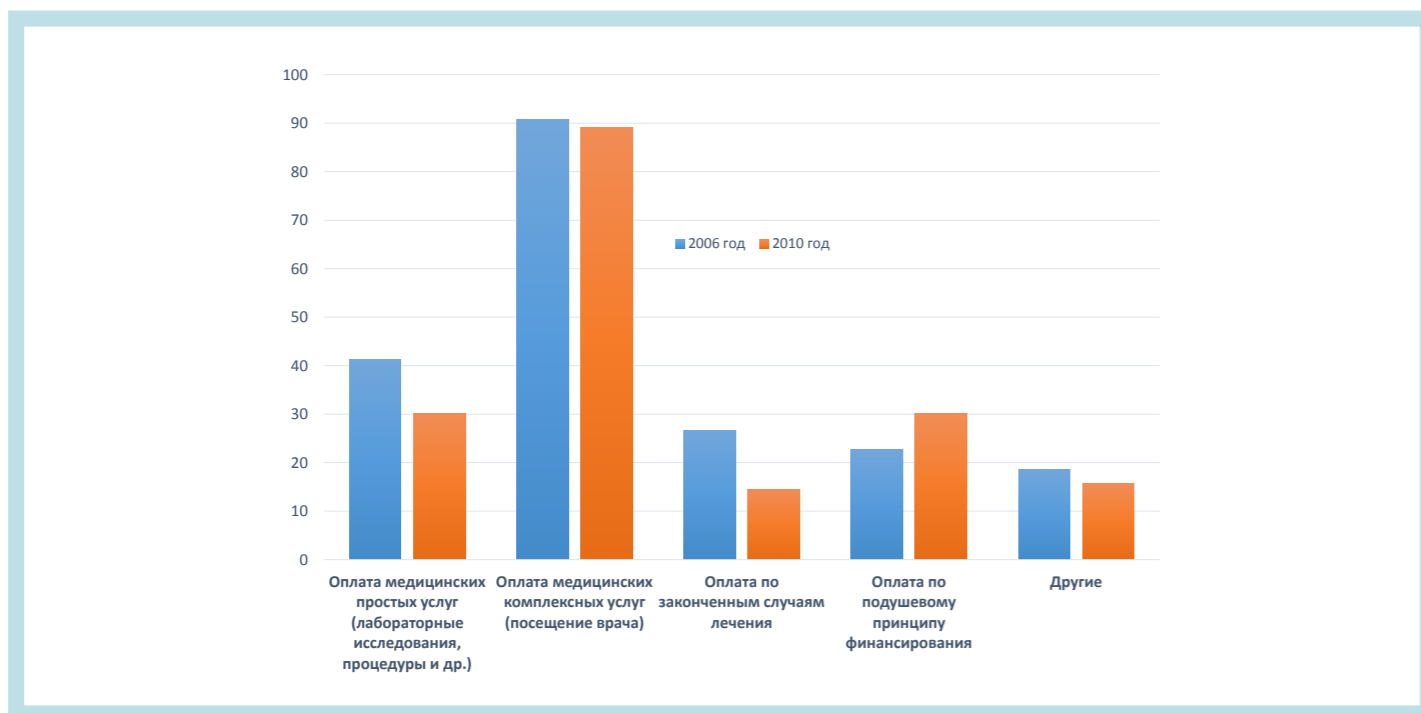
г) финансирование по подушевому принципу на одного прикрепившегося с учетом половозрастной структуры и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи. Учреждение первичной медико-социальной помощи (ПМСП) за счет полученных средств оплачивает собственные <sup>1</sup>МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ СПОСОБА И ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (УТВ. ФФОМС 18.10.1993)

ДОСТОИНСТВА	а)	б)	в)	г)
1. Заинтересованность в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении качества:				
- стимулирование увеличения объема услуг каждому пациенту	+	+		
- обеспечение профилактической работы				+
- сокращение сроков лечения			+	+
2. Возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи		+		+
3. Рациональное использование и контроль за потреблением ресурсов:				
- ограничение общих расходов на медицинскую помощь			+	+
- контроль за общими расходами вне системы ПМСП				+
- сокращение расходов страховщика на ведение дела и оплату медицинской помощи				+
- сокращение объема обрабатываемой экономической информации			+	+
- предоставление детальной информации об объеме и структуре услуг	+	+		
4. Формирование экономического интереса медицинских работников:				
- прямая зависимость дохода от объема деятельности	+	+	+	
- косвенное влияние на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда)				+
НЕДОСТАТКИ				
1. Отсутствие стимулов к оказанию оптимального объема медицинской помощи и обеспечению качества лечения:				
- превышение оптимального объема оказываемых медицинских услуг	+	+		
- необоснованное сокращение объемов медицинской помощи			+	+
- незаинтересованность в профилактической работе	+	+	+	
2. Трудности планирования общего объема расходов	+		+	
3. Нерациональное использование ресурсов и сложность организации контроля за их потреблением:				
- отсутствие стимулов к ограничению общих расходов	+		+	
- отсутствие экономической связи с другими этапами медицинской помощи	+	+	+	
- большой объем обрабатываемой экономической и статистической информации	+		+	
- сложность обеспечения контроля за реальным объемом оказанной медицинской помощи			+	+
- недостаточная информационная база для анализа деятельности			+	+

**Таблица 1. Сравнительная характеристика способов оплаты амбулаторной помощи**  
 («+» указывает на наличие данного недостатка или достоинства у того или иного способа оплаты амбулаторной помощи)

расходы, услуги специализированной амбулаторной помощи внутри учреждения и вне его (в том числе скорую медицинскую помощь). Дополнительно стимулируется проведение ряда профилактических мероприятий, визиты к пожилым пациентам, а также снижение уровня госпитализации среди пациентов по отношению к средним показателям в соответствующих половозрастных группах.

Все перечисленные способы оплаты амбулаторной помощи обладают как достоинствами, так и недостатками (см. Табл. 1), поэтому выбор способа оплаты всегда является компромиссом, требующим создание различного рода механизмов, компенсирующих хотя бы частично присущие конкретному способу оплаты недостатки. Представленные в таблице характеристики для различных способов оплаты амбулатор-



**Рис.2. Распространенность методов оплаты амбулаторной медицинской помощи в системе ОМС в субъектах РФ**  
(Данные мониторинга ФФОМС по приказу ФФОМС от 28.06.2010 №123 «О мониторинге перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования» за 2010 год)

ной помощи были сформулированы на основе зарубежных данных, где данные способы применялись длительное время и оказали непосредственное влияние на различные медицинские и экономические факторы. Так же использовались различные данные по реализации нового хозяйственного механизма (НХМ) – организационно-экономического эксперимента, проводимого в рамках системы «Семашко» в четырех регионах СССР (данный эксперимент начался в 1988 году в СССР и практически не был закончен).

В 90-х годах прошлого века политическая и экономическая обстановка в России не способствовала реализации рекомендованных способов оплаты. К тому же отсутствовала методология ценообразования в здравоохранении, которая могла бы опираться на рыночные подходы. Большинство регионов России, за редкими исключениями (в основном регионы, участвующие в НХМ в конце 80-х годов) выбрали самый простой способ оплаты – оплата за посещение к специалисту клинической специальности. Простота данного способа определялась простотой планирования и простотой формирования тарифа. Достаточным было фактические расходы медицинской организации (сметное исполнение) разделить на годовую сумму всех врачей поликлиники. А нормирование амбулаторной помощи в посещениях на 1 000 застрахован-

ных лиц по базовой программе ОМС2 закрепило выбранный способ оплаты амбулаторной помощи еще и с позиции формирования территориальной программы ОМС для простоты достижения баланса финансовых средств.

Данные, представленные на рис.2, показывают общую картину в субъектах РФ по применяемым в поликлинике способам оплаты. За исключением стоматологии, которая во многих субъектах оплачивалась за отдельные услуги (в 1999 году была утверждена федеральная методика для оплаты стоматологической помощи с использованием УЕТ), оплаты отдельных, редких или дорогостоящих услуг в диагностических центрах, вся остальная амбулаторная помощь оплачивалась за посещение с проявлением всех недостатков, присутствующих данному способу оплаты. Баланс финансовых средств системы ОМС в регионах (хронически дефицитных до 2013 года в большинстве субъектов РФ) обеспечивался либо за счет манипулирования тарифами ОМС (разными для разных медицинских организаций в одном и том же субъекте), или за счет отказа в оплате счетов, превышающих запланированный для поликлиники годовой объем (использовался метод «Глобального бюджета» при превышении плановых объемов). Реже использовался «балльный» способ оплаты амбулаторной медицинской помощи (например, Московская область). Не-

<sup>2</sup> Данный норматив принят в 1998 году постановлением правительства РФ.



которые регионы, пытавшиеся внедрить подушевой способ оплаты столкнулись с закономерным снижением фактических объемов амбулаторной медицинской помощи, которые перестали быть основным критерием получения финансовых средств. Данная ситуация представляла эти регионы как «отстающие», т.к. при общем анализе объемов выполнения программы ОМС по амбулаторной помощи, в данных регионах отмечалось сокращение объемов, что воспринималось как отсутствие структурной эффективности регионального здравоохранения.

В федеральной методике за 1993 год для организации финансирования стационарных учреждений рекомендуется использовать следующие способы оплаты:

а) финансирование стационара по смете расходов на основе договора со страховой медицинской организацией (или филиалом территориального фонда ОМС) под согласованные объемы помощи (количество пролеченных больных, количество операций и т.д.). Данный способ оплаты на этапе пере-

хода к обязательному медицинскому страхованию позволяет обходиться относительно небольшим аппаратом страховщиков. При оплате услуг стационара несколькими страховыми медицинскими организациями (филиалом территориального фонда) стороны согласовывают вопрос о совместном авансировании деятельности стационара;

б) оплата фактических расходов за госпитализацию каждого пациента (на основе детальной калькуляции по фактически оказанным услугам);

в) оплата услуг стационара по числу фактически проведенных пациентом койко-дней в отделении стационара (возможно отдельное финансирование койко-дня и не вошедших в его стоимость операций, сложных исследований, манипуляций);

г) оплата услуг стационара по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении;

д) оплата услуг стационара за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии

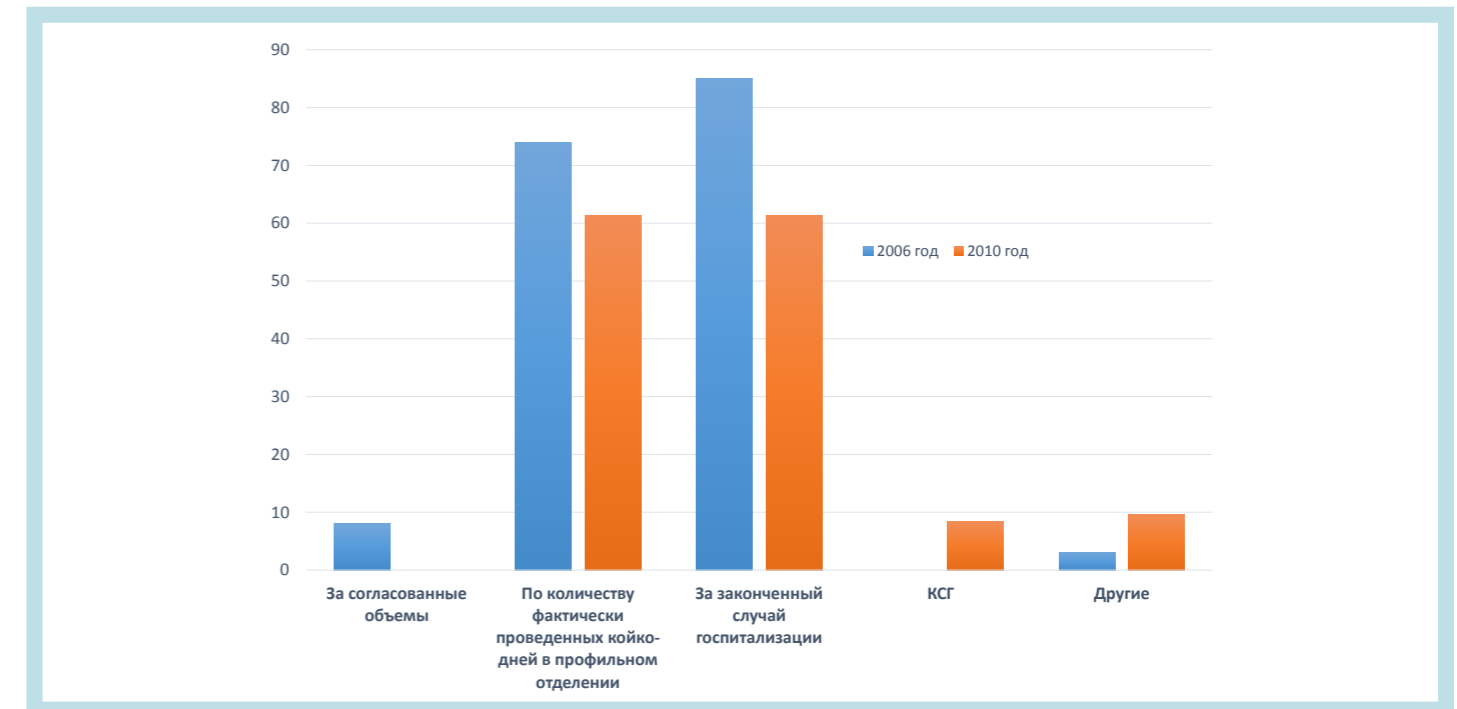
с принятой классификацией (клинико- статистические группы, медико-экономические стандарты и т.п.).

Перечисленные способы оплаты стационарной медицин- кой помощи также обладают как достоинствами, так и недо- статками (см. табл.2).

В 1993 году разработчикам методических рекомендаций

**Таблица 2. Сравнительная характеристика способов оплаты стационарной помощи**  
(«+» указывает на наличие данного недостатка или достоинства у того или иного способа оплаты стационарной помощи)

ДОСТОИНСТВА	а)	б)	в)	г)	д)
1. Заинтересованность в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении качества:					
- стимулирование увеличения объема услуг каждому пациенту		+			
- сокращение сроков лечения				+	+
2. Возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи	+				
3. Рациональное использование и контроль за потреблением ресурсов:					
- ограничение общих расходов на медицинскую помощь	+				
- сокращение расходов страховщика на ведение дела и оплату медицинской помощи	+				
- сокращение объема обрабатываемой экономической информации	+		+	+	
- предоставление детальной информации об объеме и структуре услуг		+			
4. Формирование экономического интереса медицинских работников:					
- прямая зависимость дохода от объема деятельности		+	+	+	+
- косвенное влияние на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда)	+				
НЕДОСТАТКИ					
1. Отсутствие стимулов к оказанию оптимального объема медицинской помощи и обеспечению качества лечения:					
- превышение оптимального объема оказываемых медицинских услуг		+			
- необоснованное сокращение объемов медицинской помощи	+		+	+	+
- увеличение сроков госпитализации	+		+		
- необоснованное изменение структуры обслуживаемых больных			+	+	
2. Трудности планирования общего объема расходов		+			+
3. Нерациональное использование ресурсов и сложность организации контроля за их потреблением:					
- отсутствие стимула к ограничению общих расходов		+	+	+	+
- отсутствие стимулов к интенсификации деятельности стационара	+				
- большой объем обрабатываемой экономической и статистической информации		+			+
- сложность обеспечения контроля за реальным объемом оказанной медицинской помощи	+		+	+	
- недостаточная информационная база для анализа деятельности	+		+	+	



**Рис. 3. Распространенность методов оплаты стационарной медицинской помощи в системе ОМС в субъектах РФ**

были очевидны и наиболее эффективные способы оплаты как для амбулатории, так и для стационара и полная неготовность системы здравоохранения к использованию этих эффективных способов.

«Потенциально наиболее эффективной системой оплаты амбулаторных услуг признается подушевое финансирование, включающее оплату непосредственно первичной медико-санитарной помощи, услуг врачей-специалистов и скорой медицинской помощи. Однако для ее применения требуется наличие отработанной системы расчетов учреждений ПМСП с другими звеньями амбулаторно-поликлинической помощи. При этом необходимо предусмотреть механизмы, препятствующие необоснованному сокращению объема медицинских услуг, оказываемых пациентам. Для этого следует обеспечить:

- свободный выбор пациентом учреждения ПМСП для прикрепления;
- разработку системы штрафных санкций за необоснованный отказ в медицинском обслуживании;
- контроль качества медицинской помощи.

Потенциально перспективной системой оплаты стационарной помощи считается оплата за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с клинико-статистическими группами (стандартами и т.д.). Внедрение этого способа требует большой подготовительной работы».

На рисунке 3 представлены данные по используемым в субъектах РФ способам оплаты стационарной медицинской помощи. Ситуация в стационаре аналогична ситуации в поликлинике. Наиболее распространенными методами оплаты в большинстве субъектов стали оплата количества фактически койко-дней в профильном отделении и вариация этого способа – оплата среднепрофильного больного. Простота формирования тарифов (по данным отчетности медицинских организаций) и простая связь объема в койко-днях с числом стационарных коек сделали данный метод основным в здравоохранении на последующие 20 лет, вплоть до 2013 года.

Подробный анализ тарифных соглашений 2005-2011 годов в различных субъектах РФ позволяет выявить в большинстве субъектов РФ использование подходов к планированию объемов медицинской помощи, выбору способов оплаты и к ценообразованию (формированию тарифов), отражающих «традиционные» для системы «Семашко» принципы сметного финансирования. Многие исследователи обоснованно определяют бюджетно-страховую систему российского здравоохранения как «скрытое» содержание медицинских организаций. Во многих регионах тарифы ОМС нормировались по кодам бюджетной классификации (по средней структуре потребления различных видов ресурсов) с учетом фактических классовых расходов медицинских организаций.

Федеральный фонд ОМС в своих письмах, заключениях контрольно-ревизионной службы постоянно отмечал эту «не



страховую» тенденцию, но до 2012 года практически не мог воздействовать на «упрощающие» решения, принимаемые на уровне регионов.

Причин тому несколько:

Во-первых, в тот период территориальные фонды были самостоятельными кредитно-финансовыми организациями, обладали высокой степенью свободы по стратегическим, методологическим, организационным и финансовым решениям и не всегда прислушивались к рекомендациям и замечаниям федерального центра ОМС, часто «своеобразно» трактуя закон о медицинском страховании граждан. В тот период, в различных субъекта РФ существовало четыре модели финансового взаимодействия в системе ОМС, и только одна соответствовала федеральному закону и порядку финансового взаимодействия в системе ОМС, утвержденному приказом федерального фонда ОМС;

Во-вторых, низкий уровень финансирования здравоохранения (по остаточному принципу), законодательная неопределенность со страховыми взносами на неработающее население, дефицит бюджетов не могли обеспечить реализацию прогрессивных методов оплаты медицинской помощи, и самым рациональным, «понятным» для финансистов оставался сметный принцип распределения финансовых ресурсов на «койки» и на «ставки», с выделением «защищенных» статей расходов (по зарплате, медикаментам и питанию);

В-третьих, разное финансовое положение регионов России, подавляющее число депрессивных субъектов создали ситуацию различной стоимости одинаковых страховых случаев, отличавшихся в разы. Страховые организационно-экономические модели в отличие от государственных не могут корректно функционировать при различной стоимости ана-

логичных рисков. «Страховой механизм» в этих условиях просто не запускается, и система не может обеспечить заявленную (ожидаемую) эффективность как экономическую, так и медико-социальную. Федеральный фонд ОМС в этом периоде мог распоряжаться только 5% всех страховых взносов ОМС, оплачиваемых за работающих граждан (3,4% от фонда оплаты труда работодатель перечислял в территориальные фонды ОМС, и только 0,2% - в федеральный фонд).

И в-четвертых, 90-е годы характеризуются правовым нигилизмом и «парадом» территориальных «суверенитетов», когда в регионах не исполнялись федеральные законы и постановления правительства, не говоря уже о приказах, рекомендациях и письмах федерального фонда ОМС, не управляющего реальными финансовыми потоками.

В рамках временного порядка финансового обмена, утвержденного приказом Федерального фонда ОМС от 19.08.93 г. №03-01, были заложены основы финансовой устойчивости системы ОМС. Обеспечивать её предполагалось посредством использования коэффициента индексации тарифа ОМС, рассчитанного на койко-день, случай госпитализации и т.п.

Индексация тарифов ОМС в соответствии с данным порядком осуществляется по следующей формуле:

$$\frac{Кип}{Нсрт} \leq \frac{Нсрп}{Нсрт}$$

где: Нсрт - среднедушевой норматив финансирования обязательного медицинского страхования на текущий месяц; Нсрп - среднедушевой норматив финансирования за

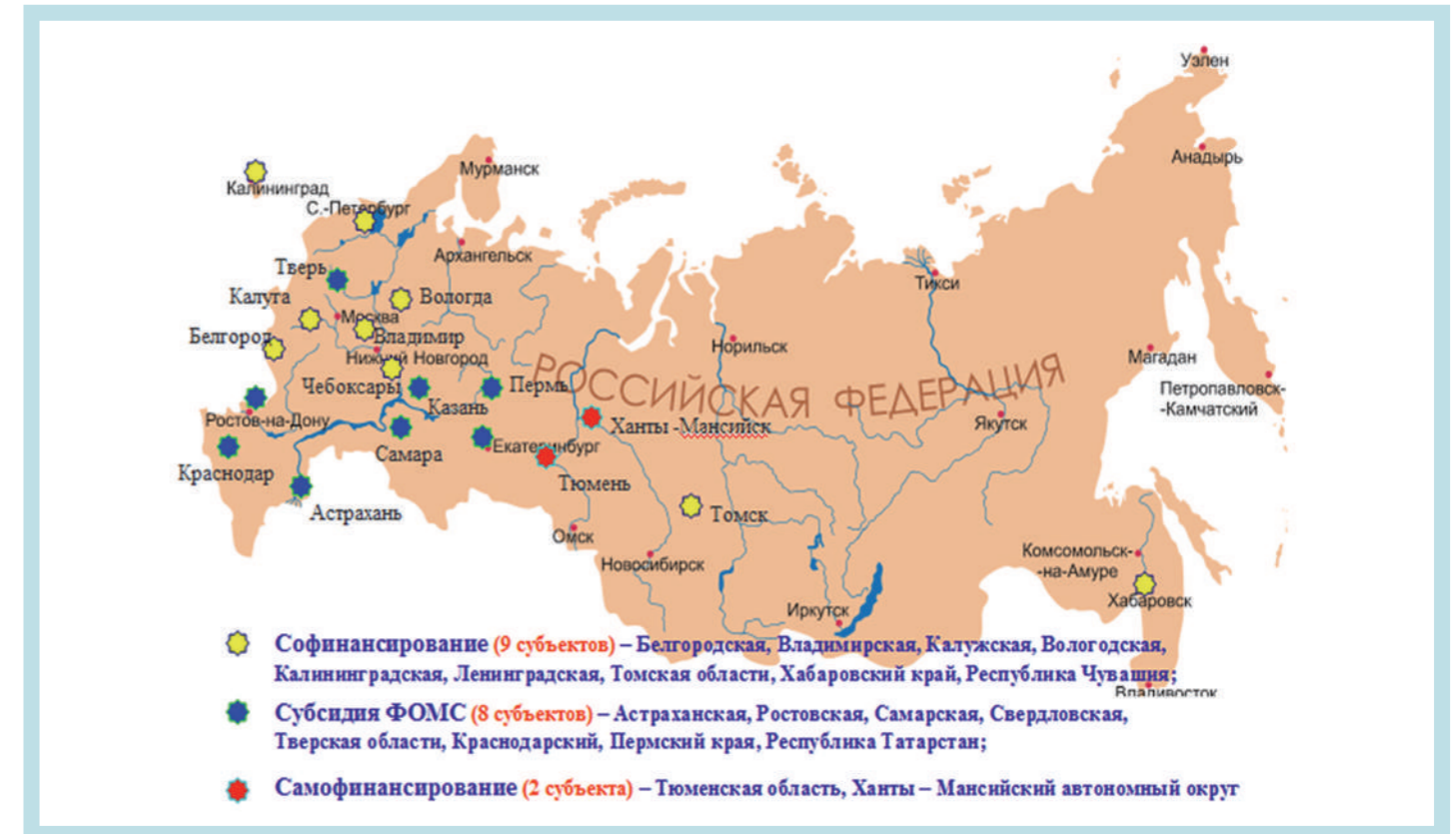


Рис.4. Пилотные проекты по совершенствованию методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

предыдущий месяц.

Предложенная идеология «механического» уменьшения тарифа в зависимости от имеющихся в системе ОМС финансовых средств применяется и в настоящее время многими территориальными фондами в ситуации превышения объемов оказанной медицинской помощи сверх запланированных объемов, что делает тариф ОМС компенсирующим издержки медицинской организации в разной степени на один и тот же набор медицинских услуг.

Выбор метода оплаты на уровне постановления правительства РФ впервые был определен программой государственных гарантий на 2009 год<sup>3</sup>. И во исполнение данного постановления Минздравсоцразвития РФ разработал рекомендации по способам оплаты медицинской помощи, ориентированной на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам

<sup>3</sup>Постановления Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 года №913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.<sup>4</sup>

При выборе способа оплаты медицинской помощи в преамбуле федеральных рекомендаций определено следующее: «Внедрение в практику здравоохранения эффективных способов оплаты медицинской помощи позволит обеспечить доступность и качество предоставляемой населению медицинской помощи, а также экономическую заинтересованность учреждений здравоохранения и персонала в результатах своего труда».

Также необходимо отметить тот факт, что данным нормативным (постановление правительства РФ) и методическим документам предшествовал Федеральный пилотный проект в 19 субъектах федерации.

Целью данного проекта было обобщение различного передового опыта по совершенствованию организационно-экономических отношений на уровне регионального здравоохранения, в том числе по эффективным способам оплаты медицинской помощи, анализ положительного опыта и его тиражирование по всей стране.

Выбор адекватного способа оплаты медицинской помощи должен отражать необходимые медико-организационные

<sup>4</sup>Письмо Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2009 г. N 20-0/10/2-5067





и экономические условия ее оказания, поскольку система финансового обеспечения учреждений здравоохранения<sup>5</sup> оказывает непосредственное воздействие на:

- заинтересованность медицинских учреждений в оказании оптимального (с точки зрения поддержания и улучшения здоровья населения) объема медицинской помощи и обеспечении соответствующего уровня качества лечения;
- величину общего объема финансового обеспечения медицинской помощи, возможность его прогнозирования;
- рациональное использование и контроль потребления финансовых, кадровых и материальных ресурсов, направляемых на оказание медицинской помощи (система оплаты медицинской помощи должна предусматривать противозатратные механизмы, обеспечивать оптимизацию расходов на оплату медицинских услуг и связанные с этим контрольные функции и т.д.);
- формирование экономического интереса работников здравоохранения к обеспечению доступности и качества медицинской помощи.

Рекомендуются следующие способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях:

1. Оплата медицинских услуг (как комплексных услуг - посещение врача, так и простых услуг - лабораторное исследо-

вание, процедура и т.п.).

2. Оплата по законченным случаям лечения.

3. Оплата деятельности учреждения на основе подушевого принципа финансового обеспечения с учетом коэффициентов удорожания стоимости медицинской помощи для отдельных возрастно-половых групп населения, уровня и структуры заболеваемости и иных факторов, влияющих на стоимость медицинской помощи. Амбулаторное учреждение за счет полученных средств обязательного медицинского страхования и соответствующих бюджетов оплачивает как собственные расходы учреждения, так и лабораторные исследования при отсутствии собственной лаборатории и т.п.

Сопоставляя рекомендации ФФОМС 1993 года с рекомендациями Минздравсоцразвития 2009 года (17 лет развития системы ОМС в России), можно отметить их полную идентичность за исключением «балльного» способа оплаты амбулаторной помощи.

Для финансового обеспечения медицинской помощи в условиях стационара могут использоваться следующие способы оплаты:

1. Оплата фактических расходов лечения каждого госпитализированного пациента на основе детальной калькуляции по фактически оказанным простым услугам
2. Оплата по числу фактически проведенных пациентом койко-дней в профильном отделении стационара.
3. Оплата по средней стоимости лечения одного больного, закончившего лечение в профильном отделении.
4. Оплата по клинко-статистической группе заболеваний.

Сопоставляя методы оплаты 1993 и 2009 года для стационара, можно найти два различия:

- запрет на финансирование стационара по смете расходов;
- исключение медико-экономических стандартов и стандартов медицинской помощи для дифференцирования тарифов при оплате законченного случая лечения. Оставлены только клинко-статистические группы.

В рекомендациях 2009 года сохранены самые распространенные и не самые эффективные способы оплаты, как для амбулаторной, так и для стационарной помощи, что не способствовало развитию других, предлагаемых, более сложных для внедрения способов оплаты, несмотря на их ожидаемую эффективность.

Следующим шагом к усилению ответственности регионов за выбор эффективного (или неэффективного) метода оплаты стало принятие федерального закона «Об обязательном медицинском страховании» в 2010 году, с вводом в действие большей части его положений с 1 января 2011г. Хотя в статьях закона нет конкретного перечня методов оплаты, но его отдельные положения делают «отсылку» к базовой и территориальным программам ОМС (ст.35 и36)

В статье 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования» сформулированы следующие положения по способам оплаты:

«2. Базовая программа обязательного медицинского

страхования определяет ... способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования...».

Эта же статья федерального закона определяет полномочия правительства по изменению базовой программы ОМС в рамках соответствующего постановления и нормативную связь базовой и территориальных программ ОМС.

В 36 статье «Территориальная программа обязательного медицинского страхования определено следующее:

«8. ... территориальная программа обязательного медицинского страхования должна включать в себя ... способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам...».

Как обозначалось ранее, базовая программа ОМС, начиная с 1998 года, утверждается постановлением Правительства РФ. Территориальные программы утверждаются в субъектах РФ постановлениями и реже региональными законодательными актами.

Персональную ответственность в субъекте РФ по подготовке проекта территориальной программы ОМС, и соответственно по выбору способа оплаты несут члены комиссии, которая создается во всех субъектах РФ в соответствии с правилами ОМС. Состав, полномочия и регламент работы данной комиссии определены положением о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (приложение 1 к правилам ОМС).<sup>6</sup>

«6. Комиссия в целях разработки проекта территориальной программы на заседаниях:

- 1) рассматривает предложения по ... способам оплаты медицинской помощи ...;
- 3) рассматривает предложения страховых медицинских организаций по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию ...».

Положения базовой программы ОМС до 2013 года в целом соответствовали федеральному закону по ОМС и рекомендациям Минздрава РФ по выбору способов оплаты (от 2009 года).

В 2011 году:

«При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинко-статистической группе болезней, а также по единице объема ока-

<sup>6</sup>Приказ Минздравсоцразвития РФ от «28» февраля 2011 г № 158н (об утверждении Правил ОМС)

занной медицинской помощи)»<sup>7</sup>.

В 2012 году:

«При реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций (по законченному случаю, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинко-статистической группе болезней)»<sup>8</sup>.

Положения двух постановлений правительства РФ, в части эффективных способов оплаты не идентичны. Если в 2011 году «эффективным» способом оплаты в стационаре призна-



валась «единица объема оказанной медицинской помощи», т.е. койко-день, то в 2012 году данный способ оплаты был исключен.

Последнее упоминание о медико-экономических стандартах (МЭС) было в информационном письме Минздравсоцразвития РФ, вышедшего позже постановления правительства<sup>7</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. №782 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год»

<sup>8</sup>Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011г. №856 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2012 год»

<sup>5</sup>В рамках рекомендаций Минздравсоцразвития РФ термин «учреждение здравоохранения» является синонимом термина «медицинская организация» (прим.автора).

ства РФ о ПГГ на 2012 год<sup>9</sup>:

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

В дальнейшем из всех последующих нормативных, методических и информационных документов термин МЭС был исключен и в настоящее время не используется для стоимостной оценки законченного случая лечения.

Продолжение в следующем номере журнала



<sup>9</sup>Информационное письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г.

#### Литература.

1. «МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫБОРУ СПОСОБА И ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (УТВ. ФОМС 18.10.1993).
2. Приказ ФОМС от 28.06.2010 №123 «О мониторинге перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования».
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 5 декабря 2008 года №913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
4. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 29 июня 2009 г. N 20-0/10/2-5067.
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от «28» февраля 2011 г № 158н (об утверждении Правил ОМС).
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2010 г. №782 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».
7. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. №856 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2012 год».

8. Информационное письмо Минздравсоцразвития России №14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г.
9. Постановление от 22 октября 2012 года №1074 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»
10. Приказ Минздрава России от 12 октября 2012 г. № 412
11. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.09.2012 г. №191
12. Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 и приказ ФОМС от 14.11.2013г. №229, рекомендации по КСГ-РФ 2-й версии
13. Письмо ФОМС от 13.12.2013г. №8404/21-4/и , алгоритмы выбора КСГ по классификационным признакам
14. Пирогов М.В., Успенская И.В., Манухина Е.В. «Клинико-экономический баланс регионального здравоохранения», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7 2013 г./ 85с.
15. Пирогов М.В. «Экономическое и информационное обеспечение клинико-экономического баланса в сфере медицинских услуг», Монография/ приложение к журналу Главврач № 10 2013г./ 82с.
16. Пирогов М.В., Манухина Е.В. «Подушевой способ финансирования медицинской помощи. Теория и практика», Монография, / приложение к журналу Главврач № 7, 2012 г./ 85с.
17. Приказ МЗиСР РФ №1664н от 27 декабря 2011 г.

#### МНЕНИЕ

## ГРАМОТНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ - ОСНОВА УСПЕШНОГО РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



**ЗАРА ДАДАЕВА,**

заместитель директора –  
главный бухгалтер  
ТФОМС Чеченской Республики

*В современном мире грамотное планирование – основа успешной работы и развития медицинской организации. Практика показывает: качественная стратегия позволяет корректно определить приоритеты развития, оценить и просчитать реалистичность их достижения.*

Планирование - один из важнейших элементов управления, создающий взаимосвязь между существующим положением дел и целью, которую необходимо достичь. Поэтапное планирование позволяет прогнозировать не только результаты, но и важнейшие из составляющих успеха – ресурсы, необходимые для успешного достижения цели.

Основным плановым документом медицинской организации, определяющим его работу, является утверждённая в установленном порядке смета. Смета определяет общий объём, целевое направление, верное распределение денежных средств, позволяющая определить общую потребность медицин-

смет расходов в медицинских организациях Чеченской Республики стало ясно: так называемый «мост» (взаимосвязь между фактическим и планируемым положением дел), который существует в организациях требует реконструкции и укрепления, а в некоторых случаях даже полного его создания.

Построить более крепкий «мост» между прошлым и будущим медицинской организации для достижения лучших результатов деятельности можно только в том случае, если будет обеспечена возможность получать и анализировать максимально достоверные данные, позволяющие оценить потребность в ресурсах и эффективность их использования.

Для смет бюджетных расходов, определён конкретный порядок, когда смета медицинской организации требует утверждения вышестоящими органами. Сметы расходов средств обязательного медицинского страхования и средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, утверждаются руководителем медицинской организации.

**Выделяются основные принципы составления смет в МО:**

- необходима четкая обоснованность расходов, подтверждённая расчётами, справками и другими документированными способами;
- очень важна логическая последовательность и математическая точность расчётов;



ской организации в финансировании, сумму материальных затрат и расходов на заработную плату, способствует обеспечению баланса доходов и расходов.

На момент начала совместной работы по планированию

- требуется ориентация на более экономное расходование средств (выбор каналов приобретения различных ресурсов необходимых для полноценного осуществления медицинской деятельности по наиболее низким ценам; ис-



пользование ресурсосберегающих технологий и т.д.);

- необходимо использование нормативных расходов ресурсов в натуральном выражении стоимостных нормативов и т.д;

- требуется достоверность используемых данных (использование нормативных документов, регламентирующих уровень заработной платы, продолжительность рабочего дня и отпусков и т.д);

- сметы должны отражать не только текущие затраты, но и по возможности предусматривать средства на расширение деятельности организации;

- непрерывно требуется контроль за составлением смет (проверка расчётов, используемых нормативов)

- желательно сопоставление сметы с расходами за предшествующий период, с расходами других однотипных организаций.

- возможен контроль за исполнением сметы не только по итогам года, но и в процессе её исполнения по периодам.

Смета составляется, как правило, на календарный год. В ней отражаются все расходы медицинской организации, включая расходы на стационар, поликлинику, скорую медицинскую помощь, станции санитарной авиации и другие

структурные подразделения. Сумма расходов и её распределение по статьям приводится в сопоставлении с предшествующими периодами в зависимости от того, когда составляется смета.

В большинстве случаев под сметой понимается элементарный подсчёт всех необходимых материалов в принятых единицах измерения – будь то килограммы, штуки, упаковки или что-либо иное. Смета составляется в строгом соответствии со статьями экономической классификации расходов.

Анализ истинного положения дел в медицинской организации, планирование в которой ведётся некачественно, выявляет массу проблем. Во время анализа фронта работ по построению «моста» к оптимизации планирования расходов медицинской организации, проявили себя различные проблемы и «подводные камни»: элементарный подсчёт оказался далеко не элементарным, и нужно приложить массу усилий, чтобы добраться до истины.

Исходя из представленных документов, некоторые медицинские организации не могут представить корректные документы, подтверждающие обоснованность различных видов расходов. Многие медицинские организации открыли для себя новые нормативные документы и акты, позволяющие осуществить верный расчёт своей финансовой потребности,

относящиеся как к заработной плате, так и к расчёту расходов на содержание имущества, зданий и сооружений.

Расчёты к смете составлялись медицинскими организациями, исходя из производственных показателей (числа коек, числа должностей персонала, числа амбулаторных помещений и т.д.) и в соответствии с действующим законодательством в части расходования средств на выплату заработной платы с соблюдением установленных норм расходов по отдельным затратам (на питание, приобретение медикаментов и перевязочных средств и приобретение мягкого инвентаря). Учитывался фактический уровень расходов за предыдущий период с учетом индексации цен и данных по заключенным договорам на текущий год.

Медицинские организации полностью пересмотрели основные документы собственного делопроизводства, используемые при составлении смет, такие как:

- устав, отражающий организационную структуру учреждения, ведомственную принадлежность и т.п.;
- лицензию на осуществление медицинской деятельности;
- приказ о структуре коечного фонда стационара;
- приказ о плановых показателях работы учреждения;
- нормативы (планы) расходов по статьям;
- штатное расписание;
- тарификационные списки.

Расчёты потребности в средствах на годовой плановый фонд оплаты труда осуществлялись, исходя из данных, содержащихся в тарификационных списках сотрудников, составленных на основании действующего и утвержденного руководителем организации штатного расписания. В конце



тарификационного списка подводился итог месячного фонда оплаты труда по учреждению в целом. Далее рассчитывался дополнительный фонд оплаты труда, необходимый для покрытия расходов, связанных с заменой лиц, уходящих в



очередной отпуск и в учебный отпуск (повышение квалификации), в соответствии с утвержденным руководителем графиком повышения квалификации, с доплатами за работу в ночное время, в выходные и праздничные дни.

Немало усилий понадобилось для расчёта расходов по оплате на выполнение работ, оказания услуг, связанных с содержанием, обслуживанием, ремонтом нефинансовых активов, полученных в аренду или безвозмездное пользование, находящихся на праве оперативного управления и в государственной казне Российской Федерации, субъекта Российской Федерации, казне муниципального образования, в том числе на содержание в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества, текущий ремонт и реставрацию нефинансовых активов, противопожарные мероприятия, связанные с содержанием имущества, пусконаладочные работы и другие расходы по содержанию имущества.

Не остались без рассмотрения прочие работы и услуги, включающие в себя монтажные работы, услуги по страхованию, услуги в области информационных технологий, типографические работы и иные работы и услуги.

Проведена большая работа по планированию расходов на приобретение оборудования стоимостью до 100 000 рублей согласно «Общероссийскому классификатору основных фондов» (подраздел 14 «Машины и оборудование» (медицинского и немедицинского значения)), горюче-смазочных материалов, включая спецтопливо и дизельное топливо, используемые при транспортировке больных и доставке медицинского персонала при оказании медицинской помощи в системе ОМС, а также хозяйственной деятельности в системе ОМС по нормам расхода, установленным Министерством транспорта РФ, хозяйственных материалов (в том числе средства бытовой химии для текущих хозяйственных целей (вклю-



чая моющие и дезинфекционные средства для хозяйственных целей)), предметов и средств личной гигиены, канцелярских принадлежностей, прочих расходных материалов и предметов для текущих хозяйственных целей.

Обнаружились и некоторые спорные моменты, такие как:

- заправка картриджей планировалась в количестве, превышающем общее количество оргтехники, используемой в организации; количество израсходованной бумаги превышает все допустимые нормы и расчеты;
- планировалось закупить услугу вывоза бытового мусора и медицинских отходов в огромных объемах.

Подводя итоги, можно сделать вывод: несмотря на разные трудности с которыми столкнулись медицинские организации, работающие в системе ОМС Чеченской Республики,

при планировании расходов на будущий год была проведена огромная работа, которая требует анализа. Важно провести аналитическую работу, являющуюся интерпретацией полученных результатов, и выработать управленческие решения. Без принятия конкретных мер в соответствии с полученными выводами вся проведенная работа теряет смысл.

Направление движения, выбранное Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики и медицинскими организациями, непременно приведет к большим успехам на поприще развития здравоохранения Чеченской Республики.

КСГ

## ГРУППИРОВКА ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКОЙ МОДЕЛИ КСГ. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА АВКСЕНТЬЕВА,**

д.м.н., профессор

### ЭТАПЫ РАЗРАБОТКИ ГРУППИРОВКИ

#### 2013 год

- 187 групп
- Классификационные критерии: наличие/отсутствие оперативного вмешательства + для операций - уровень затратоемкости

#### 2014 год

- 201 группа
- Использование дополнительных классификационных критериев: возраст, пол, наличие отдельных неоперативных вмешательств
- Создание комбинированных групп (диагноз + вмешательство; диагноз + возраст, диагноз + пол)
- Исключение ряда услуг из классификационных критериев
- Перегруппировка диагнозов
- Включение ВМП

### ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ ГРУППИРОВКИ

- Использование единых классификаторов (МКБ-10 и номенклатура медицинских услуг)
- Использование объективных единообразно трактуемых классификационных критериев
- Приемлемость для всех субъектов РФ (от простого к сложному)
- Однородность случаев внутри КСГ по затратоемкости (финансирование по усредненному нормативу)

#### ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ КСГ

- Внедрить справедливую методику оплаты: за результат, а не за ресурсы (большая оплата за больший объем работы и более сложные случаи)
- Унифицировать методы оплаты за оказанную медицинскую помощь

#### ОГРАНИЧЕНИЯ

- Исходно большое разнообразие методов оплаты в субъектах федерации
- Необходимость поддерживать баланс между справедливостью оплаты и риском неоправданного завышения расходов

**МОДЕЛЬ КСГ: НОВЫЕ ГРУППЫ** (разработка 2013 г., внедрение 2014 г.)

- Политравма
- Ожоги 3-й степени; другие ожоги и отморожения;
- Лечение новорожденных с тяжелой патологией (применение ИВЛ);
- Хирургия в период новорожденности;
- ИБС, коронарография диагностическая
- Онкологические КСГ (химиотерапия, лучевая терапия, госпитализация с диагностической целью)

**ИСКЛЮЧЕНИЕ РЯДА УСЛУГ ИЗ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЕВ**

- Наложение акушерских щипцов
- Вакуум-экстракция плода
- Экстракция плода за тазовый конец
- Ручное пособие при тазовом предлежании плода (по Цовьянову)
- Поворот плода за ножку...

*Исключение услуги из КСГ не означает:*

- что она не должна выполняться
- что она не финансируется

*Это означает только ЧТО УСЛУГА НЕ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ КРИТЕРИЕМ ОТНЕСЕНИЯ К КСГ (т.е. уже учтена при расчете ВК)*

- Лапаротомия
- Релапаротомия
- Лапароскопия

*Некоторые услуги в большинстве случаев не имеют самостоятельного значения, а представляют собой этап операции*

**ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ****Реанимация**

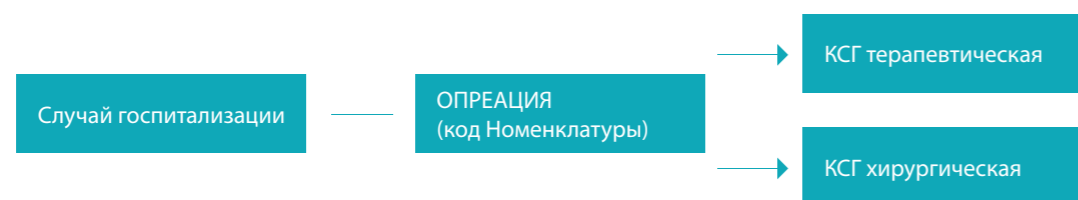
- в действующей версии КСГ не выделяется отдельно (учтена в ВК группы)

**Возможность оплаты одного случая по двум КСГ**

- не рекомендуется

**Учет сопутствующей патологии, тяжести состояния**

- в настоящей модели практически не учитывается из-за отсутствия объективной информации

**АЛГОРИТМ ГРУППИРОВКИ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА**

Выбор между терапевтической или хирургической КСГ возможен, если затраты определяются диагнозом, а не видом операции (небольшая операция или несколько небольших операций при затратоёмком диагнозе)

**ВКЛЮЧЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ ПОМОЩИ (ВМП) В КСГ**

409 методов лечения, относящихся к ВМП, включены в КСГ в 2014 г.

**Хирургические методы:**

Частично уже были и в Номенклатуру, и в КСГ  
+ внесены новые услуги  
+ использован принцип комбинирования критериев отнесения к КСГ

**ПРОБЛЕМЫ**

- Недостатки Номенклатуры (отсутствие единообразия в принципах выделения простых услуг)
- Действующая версия КСГ не учитывает одновременного проведения нескольких операций

**Терапевтические методы:**

в основном «растворены» в существующих КСГ  
+ использован принцип комбинирования критериев

**ПРОБЛЕМЫ**

- В ряде случаев критерии отнесения методов лечения к ВМП не ясны

**ОТСУТСТВУЕТ ЕДИНООБРАЗИЕ В ПРИНЦИПАХ КЛАССИФИКАЦИИ НА УРОВНЕ ОТДЕЛЬНЫХ УСЛУГ**

Метод лечения, включенный в ВМП	Услуги из Номенклатуры
Экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией и интраоперационной лучевой терапией	A16.20.063.005 Экстирпация матки с тазовой лимфаденэктомией и интраоперационной лучевой терапией
Резекция прямой кишки с расширенной лимфаденэктомией, субтотальной перитонэктомией, экстирпацией большого сальника и гипертермической внутрибрюшной химиотерапией	A16.19.021 Резекция прямой кишки A16.30.010 Иссечение сальника A16.06.009 Лимфаденэктомия абдоминальная A16.30.023 Перитонэктомия A16.30.053 Интраоперационная внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия

## ТРУДНО ВЫДЕЛИТЬ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ К ВМП В СРАВНЕНИИ С СМП

Код вида	Номер КСГ	Наименование вида ВМП	Коды по МКБ-Х	Модель пациента	Метод лечения
02.00.003	1	Лечение преэклампсии при сроке до 34 недель беременности с применением химиотерапевтических, биологических препаратов, эфферентных методов терапии	О11, О12, О13, О14	Преэклампсия у беременной при сроке до 34 недель беременности	Комплексная индивидуально подобранная терапия с применением биологических препаратов и экстракорпоральных методов лечения (аппаратный плазмаферез, гемофильтрация, озонотерапия), направленная на пролонгирование беременности под контролем суточного мониторирования артериального давления, транскраниальной доплерографии, эхокардиографии, внутривисочечной гемодинамики, компьютерной томографии сетчатки, функции эндотелий зависимой дилатации

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГРУППИРОВКИ В ТЕКУЩЕМ ГОДУ

## Недостатки Номенклатуры

- Действующая группировка не учитывает одновременного проведения нескольких вмешательств
- Нет критериев выделения дорогостоящего терапевтического лечения
- Не в полной мере удалось интегрировать ВМП

- **Доработка Номенклатуры;**
- **Выявление и включение дополнительных критериев группировки**

## ДОРАБОТКА НОМЕНКЛАТУРЫ

- Сбор и анализ предложений из субъектов РФ (осуществлен в течение марта (получено более 10 тыс. предложений));
- Сопоставление видов ВМП с услугами из Номенклатуры, совершенствование наименований услуг (в т.ч. в целях ухода от излишних комбинаций диагноза и услуги);
- Согласование со специалистами;
- Подготовка предложений по актуализации приказа Минздрава России.

## ДОРАБОТКА СУЩЕСТВУЮЩИХ ГРУПП

- Ожого: нужны дополнительные классификационные критерии, позволяющие учесть тяжесть состояния больных
- Онкология: уточнение уровней затрат для лучевой терапии, выделение дополнительных групп для химиотерапии; госпитализация без диагностики и специального противоопухолевого лечения
- Расширение перечня операций, выполняемых в период новорожденности, расширение трактовки периода новорожденности для недоношенных детей
- Учет полиорганной недостаточности (получены предложения)

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ КСГ (1)

## Дальнейшее обоснованное выделение новых групп при наличии объективных классификационных критериев

- Диагноз
- Тяжесть состояния (реанимация, полиорганная недостаточность)
- Применение отдельных дорогостоящих технологий (диагноз + технология)

## ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ КСГ (2)

- Включение в КСГ новых групп: гемодиализ и перитонеальный диализ реабилитация
- Выделение подгрупп на основе объективных классификационных критериев

## ПОДГРУППЫ (ПРИМЕРЫ)

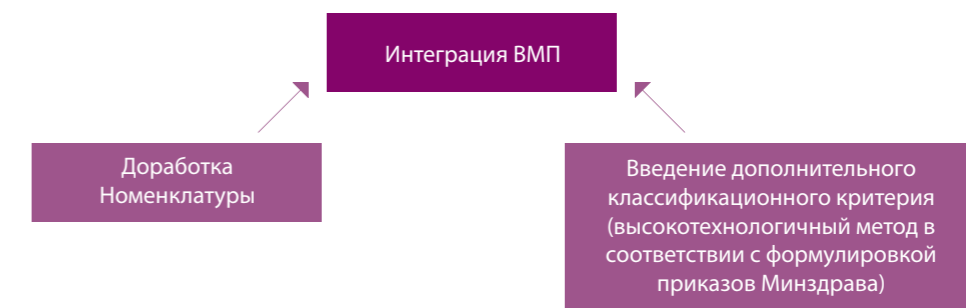
- Инфаркт миокарда с применением тромболиза / без тромболиза
- Отравления различной степени тяжести (критерий – длительность пребывания в реанимации)
- Рассеянный склероз, лечение с применением / без применения препаратов бета-интерферонов и глатирамера ацетата
- Стенокардия, ХИБС без коронарографии и с коронарографией

## ОБЪЕКТИВНЫЙ КЛАССИФИКАЦИОННЫЙ КРИТЕРИЙ

- Диагноз (комбинация диагнозов) по МКБ-10
- Возраст, пол
- Отдельные технологии (включенные в Номенклатуру) с низким риском необоснованного применения и низким риском резкого роста частоты применения
- Возможность учета в информационной системе

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

- Число случаев, к-е предполагается выделить в отдельную группу, их доля внутри действующей КСГ
- Обоснование более высокой затратно-емкости (расходы, указание стоимости дорогостоящих ресурсов)



**РАЗВИТИЕ КСГ: ДОПОЛНИТЕЛЬНО**

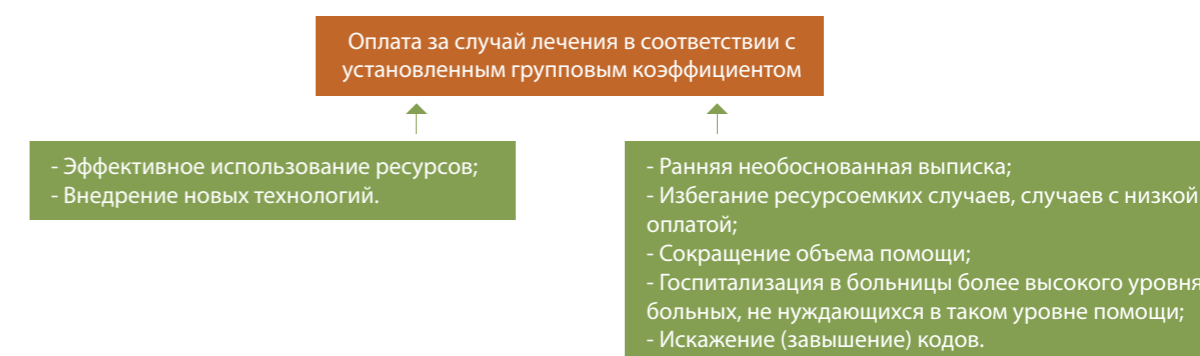
- Правила кодирования (методические рекомендации)
- Учет проведения нескольких затратно-мешательств в течение одной госпитализации
- КСГ для дневного стационара
- Соотнесение оперативных вмешательств с кодами МКБ-10
- Обоснование выделения ресурсозатратных групп (сбор данных о затратах в соотнесении с диагнозом/операцией)
- Уточнение коэффициентов затратно-мешательств (в частности, для операций 4-5 уровня)

**РАЗЛИЧИЯ В ЗАТРАТОЕМКОСТИ: ПРИМЕРЫ (1)**

КСГ	ВК РФ	Субъекты РФ					
		Ср.	1	2	3	4	5
Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 3)	1,37	<b>1,61</b>	1,87	1,2	1,29	1,61	1,59
Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 4)	1,71	<b>2,43</b>	2,25	1,83	1,63	2,1	3,17
Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень затрат 5)	1,92	<b>2,20</b>	3,28	2,18	2,14	2,28	1,86

**РАЗЛИЧИЯ В ЗАТРАТОЕМКОСТИ: ПРИМЕРЫ (2)**

КСГ	ВК РФ	Субъекты РФ					
		Ср.	1	2	3	4	5
Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	8,15	<b>12,12</b>	9,51	7,57	19,6	27,16	7,40
Острые нарушения мозгового кровообращения	1,89	<b>2,14</b>	1,67	2,55	2,0	2,25	1,95
Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень затрат 3)	0,98	<b>2,24</b>	1,38	1,06	0,85	0,86	2,50

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ КСГ****МЕРОПРИЯТИЯ ПО УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ****Препятствующие ухудшению качества**

- Отказ в оплате или сниженная оплата повторных госпитализаций в короткие сроки после выписки;
- Установление минимальных сроков лечения;
- Медицинский аудит

**Стимулирующие улучшение качества**

- Дополнительная оплата больницам, достигавшим установленных уровней качества;
- Отказ или снижение оплаты при развитии ятрогенных осложнений.

**МЕРОПРИЯТИЯ ПО УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ: ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ**

**Выборочный контроль качества оказания медицинской помощи**, в т. ч. обоснованности госпитализаций, сроков лечения, обоснованности кодирования

**Поводы для контроля:**

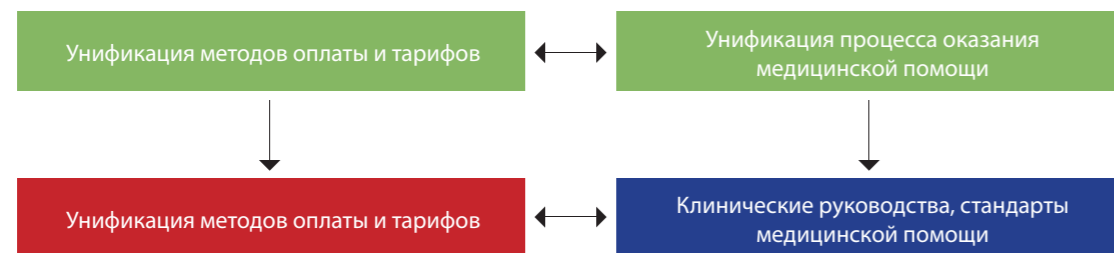
изменение структуры госпитализаций (например, повышение числа случаев с более высоким ВК)

**Дополнительные дефекты оказания медицинской помощи** (н-р, неверное кодирование, необоснованное отнесение к КСГ с более высоким ВК)

**В перспективе актуализация Приказа ФОМС от 1 декабря 2010 г. N230**



### КСГ, КЛИНИЧЕСКИЕ РУКОВОДСТВА, СТАНДАРТЫ



### ТАКИМ ОБРАЗОМ:

- КСГ – один из возможных инструментов рационального расходования ресурсов здравоохранения;
- Внедрение КСГ всегда сопровождается мероприятиями по контролю и повышению качества медицинской помощи;
- Внедрение КСГ не противоречит стандартизации медицинской помощи.

### ЭКСПЕРТ

## КОНТРОЛЬ, НАДЗОР И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



**БАУДИНОВА З.Ш.**,  
заместитель директора ТФОМС  
Чеченской Республики



**ПИРОГОВ М.В.**,  
д.э.н., профессор

*Система управления качеством медицинской помощи основывается на принципах планирования, организации, мотивации и контроля за качеством оказания медицинской помощи.*

*При этом под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного медицинскими стандартами результата.*

Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности устанавливает общие организационные и методические принципы выявления отклонений в процессе оказания медицинской помощи от установленных порядков и стандартов, причин их возникновения, а также меры по предотвращению отклонений в дальнейшем.

Системный подход к качеству медицинской помощи требует наличия взаимосвязи внутреннего контроля качества медицинской помощи и экономической эффективности работы медицинской организации в соответствии с установленными порядками и стандартами оказания медицинской помощи.

Рассмотрим внешнее проявление связи между наличием и исполнением порядков и стандартов медицинской помощи. Оказание медицинской помощи в соответствии с федеральными медицинскими стандартами приводит к изменению объемов финансирования по отдельным статьям расходов, для которых в стандартах определены конкретные компоненты, к которым можно «привязать» отпускные цены по отдельным видам ресурсов. Примером могут служить медикаменты, предметы медицинского назначения и лечебное питание. Значительно увеличиваются расходы на медикаменты, на 30–50% по сравнению со «сложившимися» расходами по отчетным финансовым документам. Что, в свою очередь, позволяет улучшить обеспечение медицинских организаций необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и в целом способствует:

- повышению качества оказываемой медицинской помощи посредством внедрения и более широкого применения современных диагностических и лечебных технологий;
- своевременности диагностики и профилактики осложнений заболеваний;



- повышению экономической доступности оказания медицинской помощи;
- повышению результативности лечения, что в конечном итоге приводит к снижению показателей летальности, смертности, инвалидности и значительному улучшению удовлетворенности пациентов результатами лечения.

Под понятием «эффективность» подразумевается степень достижения конкретных результатов в соотношении с затратами. Под результатами при оказании медицинской помощи в зависимости от оцениваемого объекта могут подразумеваться динамика состояния пациентов в процессе лечения, состояние здоровья определенных контингентов, трудовой потенциал (при оценке диспансеризации, комплексных профилактических программ), а также удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи и т.д.

Эффективность медицинской помощи определяется, прежде всего, выбором **медицинских технологий** и их со-



блюдением или качеством медицинской помощи, которая, в свою очередь, зависит от уровня качества медицинских кадров, включающего их квалификацию, добросовестность, соблюдение принципов этики и деонтологии.

При одном и том же заболевании одинаковой степени тяжести граждане должны получать равные объемы качественной медицинской помощи согласно единым порядкам и стандартам ее оказания – это и есть одна из главных задач Закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

В статье 36 в п.1 вышеназванного закона определяется следующий императив:

«1. 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».

Построение данного предложения допускает различную трактовку «обязательности» выполнения стандартов всеми медицинскими организациями. Мнение различных специалистов в области здравоохранения, права и финансов и их аргументация данного императива зачастую диаметрально противоположны.

Так что же такое стандарт медицинской помощи в законодательной формулировке<sup>1</sup>:

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

- медицинских услуг;
- зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтической-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- иного, исходя из особенностей заболевания (состояния)».

В федеральном законе определяется содержание основных компонентов стандарта медицинской помощи (аб. 1 – 5), а также допускается «**иное**», исходя из состояния больного – это первый довод о невозможности безусловного «обязательного» исполнения стандарта для случая фактического оказания медицинской помощи.

Вторым доводом является содержание 5 пункта, 36 статьи рассматриваемого федерального закона:

«5. **Назначение** и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов



лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, **допускается** в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) **по решению врачебной комиссии**».

Очевидно, данное допущение может распространяться и на медицинские услуги (по диагностике, лечению и т.п.), т.к. в клинической практике существует понятие «услуга не показана пациенту при его состоянии...».

Третьим доводом можно считать само понятие «**усредненный показатель**», применяемое в законе.

Существует «строгое» математическое понятие «**среднего**» значения, используемое и в медицинской статистике:

«**Среднее арифметическое** — одна из наиболее распространенных мер центральной тенденции, представляющая собой сумму всех зафиксированных значений, деленную на их количество<sup>2</sup>».

Например: среднее значение трех чисел – 1, 50 и 99 – будет равно 50, т.е.  $(1+50+99) / 3 = 150 / 3 = 50$ , при этом минимальное значение отличается от максимального в 99 раз!

В соответствии с «математическим законом» определения средней величины любой числовой последовательности (числа анализов крови, взятых у пациентов с одним и тем же заболеванием) число анализов просто «обязано» быть разным у разных пациентов, иначе ни о каком «среднем» значении нет смысла говорить, а тем более делать данное «среднее» значение нормой федерального закона.

Любой нормативный акт, даже федеральный закон, апеллирующий к законам математическим или физическим и т.д., не может трактоваться иначе, чем определяется данными математическими или физическими законами.

В этой связи можно прокомментировать одно из многочисленных заявлений министра здравоохранения РФ:

«Разработанная в 2010 году модель стандартов представляет собой усредненный для каждого заболевания «прейскурант» на диагностику и лечение с обозначением средней

востребованности в той или иной медицинской услуге, в том или ином лекарстве или изделии.

Так, если в стандарте около услуги, лекарства или изделия стоит коэффициент востребованности 0,7, это означает, что этот компонент лечения применяется у 70% больных, страдающих данным заболеванием.

Стандарт **не предназначен** для использования **врачом** при принятии каких-либо решений **по лечению конкретного больного**. Индивидуальные особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения он не учитывает. Их возможность лишь **подразумевается** по вариабельности потребностей в отдельных компонентах лечения. Мы **никогда не сможем** оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной **конкретному больному**.



**Порядки и стандарты (протоколы ведения больных/клинические рекомендации, клинко-статистические группы и другие варианты «усреднения» лечебного процесса) важны не сами по себе, а как основа единых требований к распределению ресурсов и качеству медицинской помощи.**

Наш российский опыт также показал недостатки в использовании стандартов для тарификации... .

Поэтому **не случайно** действующий федеральный закон об основах охраны здоровья граждан **не делает** их применение **императивным** требованием<sup>3</sup>».

Порядки и стандарты (протоколы ведения больных/клинические рекомендации, клинко-статистические группы и другие варианты «усреднения» лечебного процесса) важны не сами по себе, а как основа **единых** требований к распределению **ресурсов** и **качеству** медицинской помощи.

Это высокоинтеллектуальная работа, в которой принимало участие все экспертное медицинское сообщество, начиная с 2008 года - в общей сложности более семи тысяч ведущих специалистов по 60 специальностям. Каждую профильную группу экспертов возглавлял внештатный главный специалист Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а входили в нее и ведущие специалисты регионов, и академики, и члены-корреспонденты РАМН, и руководители федеральных учреждений, независимо от ведомственной принадлежности, а также председатели профессиональных ассоциаций и медицинских обществ.

Порядки представляют собой **алгоритмы** оказания медицинской помощи на разных этапах обращения пациента за помощью. Стандарт - это не рекомендации по лечению

<sup>3</sup>Российская газета/ интервью/ «Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать»/ Ирина Невинная/ 05.09.2014 / <http://www.rg.ru/2014/09/05/pomosh.html>

<sup>1</sup>Закон РФ от 01.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 36 п.4

<sup>2</sup>Информационный ресурс: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

конкретного больного и не клинический протокол, а **усредненный** для однородной группы больных документ, который прописывает все возможные медицинские процедуры и компоненты лечения при соответствующем заболевании с указанием напротив каждого пункта (процедуры, лекарственного препарата, лечебной диеты и др.) частоты его предоставления в этой группе пациентов.

Стандарты и порядки оказания медицинской помощи, а также клинические протоколы создают основу для управления качеством медицинской помощи, так как содержат в себе критерии его оценки. Эти критерии могут быть скрыто встроены в электронную историю болезни, что при внедрении информатизации позволяет автоматизированно определять вариабельность в лечении каждого конкретного больного или



качество работы всего лечебного подразделения за определенный период времени.

Подобная методология контроля качества называется *benchmarking* (от английского *bench* – «ориентир, эталон») и используется для определения эффективности работы медиков во многих странах мира. Она позволяет передавать информацию о качестве работы лечебного подразделения в фонд ОМС и страховую компанию и таким образом ранжировать перечень и объем ресурсов здравоохранения (кадровых, материальных, капитальных и т.п.), достаточных для обеспечения адекватного лечебного процесса.

Если результаты деятельности коллектива медицинской организации выше определенной «планки качества», то это основание для выплаты стимулирующих надбавок – дополнительно к тарифам по клинко-статистическим группам (КСГ),

а за снижение результатов применяются штрафные санкции. И если штрафы повторяются два месяца подряд, органы надзора и контроля проводят расследование и выясняют, почему качество страдает системно.

Особую роль в этой системе играют клиничко-статистические группы (КСГ), а в других странах они называются диагностически-родственные группы (ДРГ – DRG). Можно сказать, что КСГ – это «усреднение» стандартов медицинской помощи (порядков и клинических протоколов), которые не несут смысловой нагрузки по качеству медицинской помощи и отражают стоимость ресурсов здравоохранения в абсолютном или в относительном виде. Но определенная логическая связь «средних» стандартов (порядков и клинических протоколов) имеется, что делает КСГ финансовым «рычагом» для обеспечения качества медицинской помощи в целом по медицинской организации.

В реальных условиях нашей страны остается надеяться, что стандарты медицинской помощи (клинические протоколы и КСГ) не приведут к «**бездумному**» лечению, т.к. традиционная российская медицина всегда славилась клиниче-



**В реальных условиях нашей страны остается надеяться, что стандарты медицинской помощи (клинические протоколы и КСГ) не приведут к «бездумному» лечению, т.к. традиционная российская медицина всегда славилась клиническим мышлением, индивидуальным подходом и вниманием к пациенту.**

ским мышлением, индивидуальным подходом и вниманием к пациенту. А надзорные органы (системы ведомственного и вневедомственного контроля) не будут по своему интерпретировать понятие «среднего» значения.

При разработке и внедрении в практическую деятельность медицинских организаций стандартов медицинской помощи (применении в лечебной практике клинических рекомендаций и использовании КСГ для финансирования медицинской помощи) нужно рассматривать и такие элементы, как медицинские кадры, ресурсное обеспечение, организационные формы оказания медицинской помощи.

При этом главные врачи являются своего рода менед-

жерами, что особенно значимо при подшивном способе финансирования, когда они должны проводить анализ заболеваемости прикрепленного населения, правильно выбирать маршруты лечения пациентов, правильно расставлять акценты при выборе технологий и рационально использовать финансовые средства.

Роль экономических знаний, необходимых руководителям медицинских организаций, неоднократно подчеркивается Министерством здравоохранения РФ:

*«Вместе с тем очевидно, что улучшить работу, только корректируя законодательство, невозможно. Нужно обеспечить исполнение принятых нормативов в каждой медицинской организации.»*

*Это непростая задача с учетом передачи основного объема полномочий по организации медицинской помощи регионам.*

*Совместно с регионами и экспертами мы подготовили образовательную программу для руководителей медорганизаций, и в ближайшие 2 года ее пройдут около 6 тысяч специалистов.»*

*Каждый управленец будет защищать диплом по управлению финансово-экономической деятельностью медорганизации. Мы надеемся, что это позволит расширить компетенции и повысить квалификацию руководителей»<sup>4</sup>.*

Вопросы качества и его контроля регулируются нормативными правовыми актами различного уровня.

В федеральном законе №323 «Об основах охраны здоро-

<sup>4</sup>Российская газета/ интервью/ «Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать»/ Ирина Невинная/ 05.09.2014 / <http://www.rg.ru/2014/09/05/pomosh.html>



вья граждан в Российской Федерации» вопросам контроля качества медицинской помощи отведена 12 глава «ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ», статьями 85-90 регулируются различные вопросы качества медицинской помощи.

Так, согласно **статье 87:**

*«1. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:*

- 1) государственный контроль;
- 2) ведомственный контроль;
- 3) внутренний контроль

*2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:*

1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг».

В **статье 88** федерального закона определены направления государственного контроля:

*«2. Государственный контроль качества и безопас-*

*ности медицинской деятельности осуществляется путем:*

1) **проведения проверок соблюдения** органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) осуществления **лицензирования** медицинской деятельности;

3) проведения **проверок соблюдения** медицинскими организациями **порядков оказания медицинской помощи и стандартов** медицинской помощи;

.....

7) проведения проверок организации и осуществления **ведомственного контроля и внутреннего контроля качества** и безопасности медицинской деятельности органами и организациями, указанными в части 1 статьи 89 и в статье 90 настоящего Федерального закона».

Согласно **статье 89** федерального закона №323, ведомственный контроль

проводится:

*«1. Федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации осуществляется ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности подведомственных им органов и организаций посредством осуществления полномочий, предусмотренных пунктами 3, 5 и 6 части 2 статьи 88 настоящего Федерального закона.»*

2. Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

Внутренний контроль проводится (**статья 90, 323-ФЗ**):

*«Органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций.»*

Рассмотренные положения закона определяют, с одной стороны, связь контроля за качеством медицинской помощи с соблюдением порядков и стандартов медицинскими организациями, эту помощь оказывающими, с другой стороны в федеральном законе отсутствует нормативное положение которое бы требовало получения перечня и объема медицинских услуг (и лекарственных средств) конкретным пациентом, имеющим определенное заболевание, с идентичными средними параметрами, зафиксированными в стандарте медицинской помощи по тому же заболеванию.

В законе также отсутствует порядок сопоставления



конкретных, персональных назначений (по услугам и лекарствам), зафиксированных в истории болезни со средними параметрами указанными в стандарте.

Таким образом, стандарт медицинской помощи является элементом контроля качества медицинской помощи, а не «эталоном», с которым нужно сопоставлять назначения конкретному пациенту, делая при этом следующий вывод:

**«Несовпадение назначений пациенту и параметров стандарта для конкретного заболевания – это, однозначно, нарушение, приводящее к потере качества медицинской помощи!».**

Наличие лицензии на медицинскую деятельность не является абсолютной гарантией высокого качества медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту, но оказание медицинской помощи при отсутствии лицензии, с большой вероятностью приведет к некачественной медицинской помощи, хотя у конкретного пациента претензии к качеству медицинских услуг могут отсутствовать.

В соответствии с 323 законом, порядок проведения государственного контроля определяются на уровне правительства РФ.

Соответствующее постановление Правительства «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»<sup>5</sup> вышло после принятия Федерального закона №323.

В соответствии с п.3 данного Положения:

«3. Государственный контроль осуществляется путем:

а) проведения проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями

<sup>5</sup>ПП РФ 1152 от 12.11.2012г.

прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

б) осуществления лицензированной медицинской деятельности;

в) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи...».

Т.е. повторяются положения 323-ФЗ.

**Пункт 12** Положения определяет порядок проведения проверок соблюдения **порядков и стандартов** медицинской помощи.

«12. При проведении проверок, предусмотренных подпунктом «в» пункта 3 настоящего Положения, осуществляются следующие мероприятия:

а) рассмотрение документов и материалов, характеризующих организацию работы и оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

б) рассмотрение и анализ жалоб граждан, связанных с оказанием им медицинской помощи, в том числе содержащих сведения о непредоставлении информации о возможности оказания медицинских услуг, наличии лекарственных препаратов и медицинских изделий, включенных в стандарт медицинской помощи;

в) осмотр используемых при осуществлении медицинской деятельности зданий, строений, сооружений, помещений и территорий;».

Контроль соблюдения порядков оказания медицинской помощи проводится простым сопоставлением (**соответствует / не соответствует**) различных характеристик медицинской организации, в части:

«...требований к организации деятельности организаций (их структурных подразделений, врачей), индивидуальных предпринимателей;

стандартов оснащения;

рекомендуемых штатных нормативов...».

Несоответствие характеристик медицинской деятельности приказам МЗ РФ по организации деятельности служб и подразделений, стандартам оснащения и рекомендуемым штатным нормативам позволяет сделать вывод о низком качестве медицинской помощи, хотя факты, связанные с низким качеством медицинской помощи, могут быть **не зафиксированы** (жалобы граждан, летальные исходы, отсутствие положительной динамики в лечении и т.п.). С другой стороны, формальное соответствие медицинской организации прове-

ряемых характеристикам, не исключает перечисленных выше фактов, характеризующих низкое качество медицинской помощи.

В рамках Положения предложен алгоритм оценки соблюдения стандартов медицинской помощи:

«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;

обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;».

В алгоритме оценки соблюдения стандартов медицинской помощи оказание пациенту услуг с **усредненной** частотой предоставления должно быть **«полным»**, т.е. **обязательным!** Аналогичная норма вводится и по лекарственным препаратам и имплантам и т.п.

Данная норма вызывает много вопросов со стороны медицинского сообщества, практикующих врачей. Даже если принять во внимание текущее несовершенство утвержденных стандартов медицинской помощи, отмечаемое многими специалистами, механическое **уравнивание** «усредненного» показателя, которым является частота предоставления с назначениями конкретному пациенту является недопустимым, и требует по меньшей мере проведения экспертизы качества медицинской помощи. Целью данной экспертизы является определение причинно-следственной связи между не оказанной пациенту медицинской услугой (с частотой предоставления, равной «единице») и ухудшением качества медицинской помощи.

Именно такой порядок предусмотрен в пункте 12 рассматриваемого Положения:

«е) экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту».

Согласно Положению по контролю за качеством медицинской помощи в части соблюдения порядков и стандартов медицинской помощи, определить связь между соблюдением порядков (стандартов) медицинской помощи можно только применяя все предложенные в п. 12 механизмы контроля, в том числе проводя экспертизу качества медицинской помощи по конкретному случаю лечения, если выявлено несоответствие порядкам медицинской помощи в медицинской организации или её подразделении, назначения пациенту отличаются от «усредненных» параметров стандарта медицинской помощи, есть жалобы пациентов и т.п.

Экспертиза качества медицинской помощи является ключевой процедурой для принятия правильного решения о наличии связи между соблюдением порядков и стандартов медицинской помощи и её качеством по конкретной истории болезни.

Очевидность данного тезиса находит отражение в нормативных актах некоторых субъектов Российской Федерации, в части соблюдения стандартов медицинской помощи, напри-



**Экспертиза качества медицинской помощи является заключительной процедурой для принятия правильного решения о наличии связи между соблюдением порядков и стандартов медицинской помощи и её качеством по конкретной истории болезни.**

мер:

«7.5. При оказании медицинской помощи частота и кратность медицинских услуг определяются лечащим врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом клинической ситуации, медицинских показаний и индивидуальных особенностей пациентов. В случае если медицинские услуги и (или) лекарственные препараты, установленные стандартом с частотой предоставления 1, **не показаны** пациенту, то они ему **не назначаются**, что обосновывается соответствующей записью в медицинской карте стационарного больного»<sup>6</sup>.

**По мнению министра здравоохранения России:**

«... медицинская помощь всегда индивидуализирована. Я согласна с тем, что работа врача - одна из самых творческих, «сплав науки, ремесла и искусства». При этом стандартизация в нашем деле необходима, она отнюдь не «тормоз» в развитии. Напротив, она позволяет сделать качественную медицину более доступной.

Но стандартизация должна быть системной: это и единые требования к качеству медпомощи, формализованные в виде Порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения), и единые принципы организации лечения и маршрутизации больных, и единые перечни гарантированных государством лекарств и медицинских изделий. Сюда же входят финансово-экономические нормативы и стандартизированные методы оплаты.

**Все это помогает достигать качественной помощи при сохранении ее доступности для всех граждан страны.**

Учитывая накопленный опыт, в 2012 году мы начали разработку и внедрение основных направлений стандартизации, выверив их с международным экспертным сообществом. По нашей инициативе ВОЗ специально организовала международный семинар, чтобы сравнить и проанализировать эффективность существующих в мире методов стандартизации.

Основными слагаемыми комплексного подхода стали: четкие требования к качеству медицинской помощи на основе **единых** для всей страны **Порядков** оказания помощи по всем основным профилям и **создание клинических рекомендаций**, или протоколов лечения, для основных заболеваний, **определяющих структуру заболеваемости и смертности**  
<sup>6</sup>Кабинет министров Республики Татарстан, Постановление от 25.12.2013 года №1054 «Об утверждении программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории республики Татарстан на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»

населения; прозрачные механизмы формирования доказательных перечней лекарств и медизделий, которые государство гарантирует при бесплатном оказании медицинской помощи; внедрение единой тарифной политики и единых эффективных методов оплаты медицинской помощи.

Впервые в конце 2012 года Минздрав совместно с профес-



Впервые в конце 2012 года Минздрав совместно с профессиональным медицинским сообществом разработал типовой макет национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения). По этим документам строится логика принятия врачом решений в разных клинических ситуациях и при разных особенностях течения заболевания. К настоящему моменту утверждено более 700 протоколов. До конца 2015 года их будет не менее чем 1300.

сиональным медицинским сообществом разработал типовой макет национальных клинических рекомендаций (протоколов лечения). По этим документам строится логика принятия врачом решений в разных клинических ситуациях и при разных особенностях течения заболевания. К настоящему моменту утверждено **более 700** протоколов. До конца 2015 года их будет не менее **чем 1300**.

Первостепенная задача - внедрить наиболее эффективные для системы здравоохранения методы оплаты медпомощи, ориентированные на результат. В амбулаторном звене - **на подушевой** основе с учетом показателей здоровья прикрепленного населения и показателей эффективности работы медицинского персонала; в стационаре и в дневном стационаре - за законченный случай лечения заболевания в рамках соответствующей **«клинико-статистической группы»**.

#### Литература.

1. Закон РФ от 01.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 36 п.4

<sup>7</sup>Российская газета/ интервью/ «Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать»/ Ирина Невинная/ 05.09.2014 / <http://www.rg.ru/2014/09/05/pomosh.html>



2. Российская газета/ интервью/ «Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать»/ Ирина Невинная/ 05.09.2014 / <http://www.rg.ru/2014/09/05/pomosh.html>

3. Кабинет министров Республики Татарстан, Постановление от 25.12.2013 года №1054 «Об утверждении программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории республики Татарстан на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»

4. ПП РФ 1152 от 12.11.2012г.

#### ИНФОРМАТИЗАЦИЯ



## ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕКУЩИХ ПРОЦЕССОВ И НОВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ НА ПУТИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ



**УВАЙС МАГОМАДОВ,**  
начальник управления  
информационного обеспечения  
ТФОМС Чеченской Республики

Еще в недалеком прошлом информационное пространство системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, понимаемое как совокупность информационных ресурсов, технологий их ведения и использования, информационно-телекоммуникационных систем и сетей, представлял собой разнородную и слабо связанную среду, охватывающую множество отдельных информационных систем, используемых его участниками. Информатизация в здравоохранении Чеченской Республики использовалась исключительно как средство автоматизации рутинных и трудоемких учетных процессов.

В настоящее время ТФОМС Чеченской Республики совместно с Министерством здравоохранения уделяет большое внимание вопросам информатизации, создания единого информационного пространства, наращивания информационно-технической базы медицинских организаций.

Мощное влияние на совершенствование информацион-

*С точки зрения информатизации обязательное медицинское страхование Чеченской Республики представляет собой многоуровневую систему, образованную ее участниками (объектами информатизации), к которым относятся: Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, страховые медицинские организации и медицинские учреждения.*

ных потоков, консолидацию информационных массивов оказало утверждение приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 №79 (новая редакция Приказ ФОМС №276 от 26.12.2013г.) общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования.

Общие принципы послужили единым интеграционным началом для внедрения на территории Чеченской Республики единых подходов к организации персонализированного учета застрахованных граждан, оказанной в рамках программы ОМС медицинской помощи, единообразия внутрисистемных бизнес-процессов и других вопросов информатизации системы обязательного медицинского страхования.

На базе общих принципов разработаны Регламент информационного взаимодействия участников системы ОМС Чеченской Республики при введении регионального сегмента

единого регистра застрахованных, Регламент информационного взаимодействия участников системы ОМС Чеченской Республики при ведении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи застрахованным гражданам и другие нормативные документы, учитывающие региональные особенности информатизации и информационного взаимодействия в системе ОМС Чеченской Республики.

В 2011 году ТФОМС Чеченской Республики перешел на использование типового программного комплекса ведения РС ЕРЗ, что позволило актуализировать и поддерживать региональный сегмент ЕРЗ, осуществлять информационное взаимодействие со страховыми медицинскими организациями, центральным сегментом ЕРЗ, центром выпуска полисов ОМС в соответствии с едиными требованиями Общих принципов.

Реализация Программы модернизации здравоохранения Чеченской Республики в 2011 – 2012 годы позволила нарастить парк компьютерной техники медицинских организаций, создать в большинстве медицинских организаций локальные вычислительные сети, подключить к глобальной сети Интернет, создать каналы передачи данных между участниками ОМС с использованием технологии ViPNet.

С 2012 года в ТФОМС Чеченской Республики используется программный комплекс «БАРС.Здравоохранение-ТФОМС» (АС ТФОМС Чеченской Республики, который обеспечил автоматизацию обработки и обмена данными между участниками системы обязательного медицинского страхования при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную вне территории страхования, централизованное хранение информации, автоматизированную поддержку медико-экономического контроля и проведение экспертиз.

В 2013 году в медицинских организациях республики начато внедрение Региональной медицинской информационной системы (РМИС) «Интрамед», ориентированной на ведение электронной медицинской карты пациента, автоматизацию ведения листов ожидания и запись на прием к медицинскому работнику, учет и анализ деятельности медицинских учреждений, оформление медицинской документации в электронном виде.

Персонифицированный учет общей медицинской помощи осуществляется в основном в программном средстве страховой медицинской организации, работающей на территории Чеченской Республики – Филиала ЗАО «Макс-М» в городе Грозный – «Максимед». Эта программа была внедрена в систему ОМС Чеченской Республики в 2005 году и сыграла ключевую роль при сборе, хранении и использовании персонифицированных сведений об оказанной медицинской помощи. Но с принятием Общих принципов, переходом на новый формат обмена данными актуальность этой программы стала ослабевать. В 2011 году разработчиками программы были предприняты кардинальные меры по приведению программы к требованиям Общих принципов, региональному Регламенту в сфере персонифицированного учета медицинской помощи. Благодаря этому в 2012 году обмен данными между СМО и ТФОМС был организован в формате Общих принципов, но в 2013 году в связи с новой тарифной политикой в системе ОМС Чеченской Республики поддерживать программу для работы в новых условиях стало труднее.

Все это в целом обеспечивало становление в Чеченской Республике персонифицированного учета оказанной медицинской помощи гражданам республики. Вместе с тем существующие подходы к



его организации не соответствовали в полной мере предъявляемым на современном этапе требованиям.

Во-первых, в системе ОМС Чеченской Республики все еще функционировало большое количество разнородных информационных систем, направленных на автоматизацию отдельными участниками здравоохранения определенных задач по мере их возникновения, что в конечном итоге не обеспечивало возможности осуществления комплексного анализа персонифицированного массива данных, необходимого для эффективного управления системой обязательного медицинского страхования.

Во-вторых, существующие подходы к организации персонифицированного учета носили узкофункциональный учетный характер – обеспечение взаиморасчетов между участниками системы ОМС. При этом медицинские организации, участвующие в системе ОМС Чеченской Республики вынуждены вести однотипный учет в нескольких программных средствах.

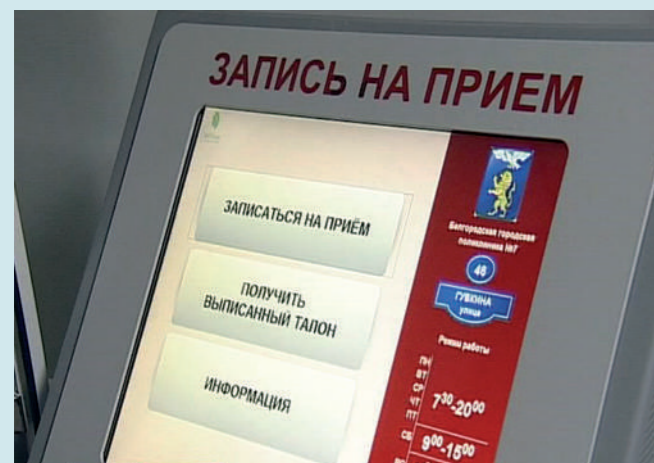
В условиях неизбежного реформирования системы ОМС, направленного на расширение страховых принципов преимущественно одноканального финансирования, новых методов оплаты медицинской помощи узкая ориентация персонифицированного учета на обеспечение взаиморасчетов, не предоставляет надлежащий информационный базис для комплексного управления системой и контроля рационального использования ресурсов.

Кроме того, приказ Министерства здравоохранения РФ № 859н от 20.11.2013г. и приказ №263 от 20.12.2014г. регламентирующие взаимодействие участников ОМС при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования предполагают взаимодействие всех участников информационного взаимодействия в рамках организованного Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Чеченской Республики единого информационного ресурса субъекта, реализованного в режиме онлайн, который представляет собой единое защищенное хранилище информации, интегрированное с информационными системами фонда ОМС по персонифицированному учету сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и по персонифицированному учету сведений о застрахованных лицах.

Стало очевидно, что без внедрения новых современных информационных систем решение многих задач не представляется возможным и как следствие, необходимость дополнительного обследования существующих информационных систем.

В процессе обследования информационных систем специалистами Управления информационного обеспечения ТФОМС Чеченской Республики была изучена нормативная база, степень соответствия структуры информационных систем, протоколов и регламентов требованиям, установленным федеральными и региональными нормативными документами, разработаны и согласованы формы для проведения электронного анкетирования субъектов ОМС регионального уровня.

В соответствии с согласованной программой и методикой было проведено электронное анкетирование участников ОМС регионального уровня, а также проведено выездное обследование (интервьюирование) в нескольких медицинских организациях, сделан анализ полученных данных, выявлены региональные особенности информа-



ционного взаимодействия.

На основе анализа нормативной базы и результатов электронного анкетирования и интервьюирования, а также с учётом предложений участников ОМС Чеченской Республики разработаны модели информационного взаимодействия, сформулированы предложения по изменениям и дополнениям требований к региональным информационным системам участников ОМС.

Новая система должна обеспечивать информационное взаимодействие всех участников системы ОМС Чеченской Республики, должна быть разработана на платформе, поддерживающей клиент-серверную архитектуру работы. Серверные части платформы должны поддерживать работу в 32- и 64-битных операционных системах. В качестве хранилищ необходимо использовать новые системы управления базами данных (СУБД) SQL Server, PostgreSQL и др.

Платформа должна обеспечивать возможность организации доступа клиентских рабочих мест посредством технологичного веб-клиента, доступ к системе должен быть организован на основе ролей пользователей: администрирование, чтение и запись, и т.д., должна взаимодействовать с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц по Чеченской Республике, использовать нормативно-справочную информацию, регламентированную Общими принципами, а также нормативно-справочную информацию, используемую в системе ОМС Чеченской Республики.

Уровень квалификации пользователей Системой должен быть не выше, чем владение навыками работы с компьютером с операционной системой Microsoft Windows, приложениями Internet Explorer и Microsoft Office в объеме авторизованных курсов Microsoft для начинающих.

Интерфейс Системы должен быть интуитивно понятен пользователям и предсказуемым, содержать интеллектуально структурированную пользовательскую справочную систему.

С учетом новых требований с начала 2014 года по заказу ТФОМС Чеченской Республики была начата разработка и уже с сентября введена в промышленную эксплуатацию

современная многофункциональная информационно-аналитическая система сбора и обработки информации «Процессинговый центр», призванная перевести систему информационного взаимодействия между участниками ОМС на новый качественный уровень с использованием самых передовых технологий. Разработана система компанией «БАРС Групп», являющейся одним из крупнейших системных интеграторов в сфере здравоохранения.

Информационная система «Процессинговый центр» отвечает всем современным требованиям и содержит в себе интегрированные модули:

- «Ведение НИС»;
- «Реестр экспертов качества медицинской помощи»;
- «Паспорт медицинской организации»;
- «Мониторинг госпитализации»;
- «Межтерриториальные расчеты».

Система позволяет вести как автоматизированную поддержку проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества случаев оказания медпомощи по внутритерриториальным расчетам, так и проведение экспертиз реестров-счетов медицинской помощи, оказанной гражданам вне территории страхования, формирование статистических и аналитических отчетов, вести информационное сопровождение застрахованного при оказании ему медицинской помощи.

Также система представляет доступ медицинским организациям в личный Web-кабинет, который служит для:

- просмотра карточек загруженных или введенных в ручном режиме в БД случаев оказания медицинской помощи;
- получения протоколов технического контроля представленных сведений;
- обеспечения быстрого поиска сведений;
- просмотра сформированных реестров счета а также просмотра карточек случаев вошедших в них, в т. ч. и процедуры расчета стоимости по случаям;
- подписания реестров счетов главным врачом и главным бухгалтером медицинской организации;
- формирования печатных форм счета, сводного счета, иных отчетных форм;
- просмотра результатов МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Прогнозы, получаемые на основе тестовых показаний, дают основание полагать, что полное внедрение информационной системы «Процессинговый центр» позволит перевести информационное взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на более высокий качественный уровень, что, в свою очередь, положительно отразится на предоставлении медицинских услуг населению.



## НА СТРАЖЕ БУДУЩЕГО!

*Среди важнейших социальных задач, которые сегодня стоят перед страной – забота о здоровье детей, поскольку здоровье подрастающего поколения является важнейшим элементом национального богатства и гарантом процветания в будущем. Заботу о здоровье детей Чеченской Республики и близлежащих регионов обеспечивает ГБУ «Республиканская детская клиническая больница», под руководством главного врача, кандидата медицинских наук, заслуженного врача ЧР Казбека Султановича Межидова.*

РДКБ является одним из самых крупных по мощности медицинских учреждений в республике. Больница оказывает организационно-методическую, лечебно-консультативную и специализированную медицинскую помощь детям республики и близлежащих территорий Северного Кавказа. Здесь трудятся 710 работников, из них 99 врачей, 234 работника среднего медицинского персонала, 246 - среднего и 130 - иного персонала.

48 врачей РДКБ имеют высшую категорию, 21 имеют первую категорию. Два врача являются д.м.н., четверо - к.м.н.

С 2009 года больница функционирует в новом здании. В настоящий момент в ней развернуто 485 коек. В составе больницы 14 стационарных, 5 параклинических отделений и вспомогательные службы: приемно-изоляционное отделение, отделение патологии новорожденных, отделение пульмонологии младшего возраста, отделение пульмонологии старшего возраста, отделение неврологии младшего возраста, отделение неврологии старшего возраста, отделение

травматологии и ортопедии, отделение хирургии, отделение кардиоревматологии, отделение челюстно-лицевой хирургии, отделение нефрологии, отделение аллергологии и иммунологии и отделение анестезиологии и реанимации.

Также на базе РДКБ функционируют параклинические отделения: отделение функциональной и ультразвуковой диагностики (УЗИ, ЭКГ, ЭЭГ, спирография), отделение лучевой диагностики (рентген, компьютерная томография), физиотерапевтическое отделение, отделение восстановительного лечения и физической реабилитации, клиничко-диагностическая лаборатория и отделение переливания крови.

Структурным подразделением этого лечебного учреждения является консультативно-диагностическая поликлиника, рассчитанная на 500 посещений в день. Здесь ведут прием такие специалисты, как неврологи, офтальмологи, педиатры, кардиоревматологи, отоларинголог, сурдолог, хирург, травматолог, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, гематолог, эндокринолог, нефролог, уролог, пульмонолог, логопед.



Отдавая приоритет лечебно-диагностической работе, в больнице проводится постоянная работа по повышению квалификации и усовершенствованию профессиональной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала. В текущем году усовершенствование и профессиональную переподготовку прошли 15 врачей и 93 средних медработника. Для удобства прохождения профессиональной подготовки Министерством здравоохранения ЧР за счет собственных средств были организованы выездные сертификационные циклы на базе РДКБ. На центральных базах страны усовершенствование и профессиональную переподготовку прошли 11 врачей. РДКБ является клинической базой для двух кафедр Медицинского института ЧГУ: кафедры педиатрии и хирургии. Кроме того, в РДКБ продолжается работа по внедрению и совершенствованию навыков оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи детям.

По предварительным итогам 2014 года объемы работы, как в стационаре, так и в консультативной поликлинике заметно увеличились. Особым достижением, по словам Казбека Межидова, является снижение больничной летальности на 13%.

В больнице проводятся сложнейшие операции, в результате чего увеличилась хирургическая активность, а количество послеоперационных осложнений значительно снизилось. За 9 месяцев 2014 года, 2 хирургическими отделениями проведено 1471 оперативное вмешательство, из них 627 экстренных и 844 плановых. Для сравнения: в прошлом году за тот же период было сделано 799 операций, из них 427 экс-

тренных, 352 плановых.

С особой гордостью главный врач рассказывает о разработке и внедрении в лечебную практику собственных инновационных операций с авторскими правами и патентами на изобретение.

Среди всех видов высокотехнологичной специализированной травматолого-ортопедической помощи, оказываемой в профильных отделениях больниц, важное значение имеют операции на тазобедренном суставе, к проведению которых ведущий специалист республики травматолог-ортопед Роман Эдалов. Всего за 9 месяцев травматологами-ортопедами сделано 425 операций, из них 175 больших экстренных, 189 больших плановых, 61 малая операция. За тот же период 2013 года сделано 383 операции, из них большие экстренные – 172, большие плановые – 95, малые операции – 116.

В отделении травматологии и ортопедии проводятся серьезные оперативные вмешательства - реконструктивные операции на тазобедренные суставы при врожденном вывихе тазобедренного сустава, патологическом вывихе тазобедренного сустава и болезни Пертеса.

Челюстно-лицевое отделение оказывает все виды необходимой специализированной помощи детям с челюстно-лицевой и ЛОР-патологией. За последние 9 месяцев 2014 года челюстно-лицевыми хирургами сделано 713 операций, из них 277 экстренных и 436 плановые операции.

В июне 2014 года при РДКБ установлена кислородная станция. Также приобретено медицинское оборудование для отделения реанимации и лаборатории, отремонтировано до-

рогостоящее медицинское оборудование.

С 2014 г. при ГБУ «Республиканская детская клиническая больница» организованы выездные реанимационные бригады для консультаций и перевозок тяжелобольных детей неонатального возраста. Для этого Министерством здравоохранения ЧР выделен больнице реанимобиль класса Ford с необходимым медицинским оборудованием.

Чтобы отслеживать новые методы лечения заболеваний и обмениваться практическим опытом, необходимо наладить процесс общения врачей. В этих целях в республику были приглашены ведущие специалисты из г.Санкт-Петербург: к.м.н., доцент, зав.кафедрой неонатологии и неонатальной реаниматологии Алексей Мостов и к.м.н., доцент кафедры неонатологии и неонатальной реаниматологии Анна Карпова.

В течение месяца ими был проведен тщательный анализ методов оказания реанимационной помощи детям и медицинской помощи детям неонатального возраста. По результатам работы были сделаны выводы и даны рекомендации, которые сегодня претворяются на практике местными врачами.

Кроме того, Минздравом ЧР были приглашены ученые из г. Минска - профессор В.А. Соколовский и к.м.н. Г.А. Урьев, которые совместно с врачами-травматологами РДКБ делали обходы в отделении травматологии - ортопедии, проводили консультации наиболее сложных больных, провели курс лекций по актуальным проблемам данной специальности с привлечением всех специалистов республики.

Параллельно, чтобы решить вопрос материального стимулирования медицинских работников Министерством



*Чтобы отслеживать новые методы лечения заболеваний и обмениваться практическим опытом необходимо наладить процесс общения врачей. В этих целях в республику были приглашены ведущие специалисты с г.Санкт-Петербург: к.м.н., доцент, зав. кафедрой неонатологии и неонатальной реаниматологии Алексей Мостов и к.м.н., доцент кафедры неонатологии и неонатальной реаниматологии Анна Карпова.*

здравоохранения ЧР утвержден порядок предоставления ежемесячных выплат врачам-неонатологам, анестезиологам-реаниматологам, оказывающим неонатальную и реанимационную медицинскую помощь детям, и среднему медицинскому персоналу отделений патологии новорожденных и недоношенных детей, отделения анестезиологии и реанимации.

Очень важным моментом станет открытие в рамках реализации программы МЗ ЧР «Охрана здоровья матери и ребенка» реанимации новорожденных при РДКБ. Ремонтно-строительные работы завершаются, открытие отделения планируется на конец 2014 года.

Также в РДКБ планируется открытие ЛОР-отделения.





При сравнительном анализе работы РДКБ за 9 месяцев 2013 и 2014 гг. в системе ОМС количество случаев пролеченных больных детей в 2014 году увеличилось на 35%. По стационару за девять месяцев 2013 г. – 7897 детей, в 2014 – 10710. В консультативно-диагностической поликлинике за 9 месяцев 2013г. количество обращений больных детей (по реестрам) составило 12013.

За аналогичный период в этом году обращений больных детей (по реестрам) – 34272, что на 285% больше, чем в прошлом году.

Все эти данные наглядно показывают, что результаты интенсивной работы руководства РДКБ по контролю качества и оказанию медицинской помощи ощутимы и очевидны.

По словам Казбека Межидова, благодаря особому вниманию Главы ЧР Рамзана Кадырова к здравоохранению республики, оказание медицинской помощи населению стало более доступным и качественным, а врачи более защищены.

Большую помощь в решении проблемных вопросов главной детской больницы республики оказывают министр здравоохранения Шахид Ахмадов и директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов.

Несмотря на то, что проделана большая работа для решения приоритетных задач, остаются проблемы кадровых вопросов. Больнице необходимы квалифицированные

специалисты по профилю: реанимация-анестезиология, гематология, нефрология, эндокринология, психиатрия, клиническая психология, неонатология, нейрохирургия, рентгенология, инфекция, клиническая фармакология. На работу в РДКБ приглашены лучшие специалисты, в том числе и главный детский хирург – Л. Висуров, главный детский травматолог-ортопед – Р. Эдалов, главный детский невролог – Р. Мухадинова, главный детский педиатр – Т. Ирбаиева и др.

В вопросах оснащения больницы тоже есть к чему стремиться. В больнице нет МРТ, нет УЗИ экспертного класса, нет детского фиброгастродуоденоскопа.

По мнению К.С. Межидова, вся совокупность приоритетных задач, стоящих перед РДКБ, укладывается в единый постулат: обеспечение качества оказания медицинской помощи.

- Проблема обеспечения качества медицинской помощи самая актуальная в управлении здравоохранением и зависит от адекватного ресурсного обеспечения лечебно-профилактического учреждения, внедрения новых технологий в диагностике и лечении, уровня квалификации медицинского персонала, поддержания его мотивированной заинтересованности, а также уровня информатизации учреждения, - подчеркнул он.

 **Мадина Хамидова**



## КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ СТРАХОВОЙ КОМПАНИЕЙ

**Неправильное ведение медицинской документации. Чем это грозит? Об этом и о методах контроля работы филиала страховой медицинской организации ЗАО «Макс-М» в г. Грозный рассказала заместитель директора по контролю объемов и качества медицинской помощи и защите прав застрахованных «Макс-М» Б. Исмаилова.**

Медицинская страховая компания занимается контролем объемов, качества и условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в рамках программы госгарантий по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с нормативным законодательством и ФЗ 326 «Об обязательном медицинском страховании», правилами ОМС, утвержденными приказом МЗ РФ №859, приказом №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию» и рядом других приказов, писем и методических рекомендаций Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Министерства здравоохранения России. В рамках этих нормативных актов страховая компания работает с медицинскими организациями в договорных отношениях.

Форма договора об оказании и оплате медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию типовая, она тоже утверждена приказом МЗ РФ и подлежит коррекции





в регионах только в несущественных моментах. Согласно этому договору страховая компания обязуется оплачивать медицинские услуги, оказанные в рамках ОМС, при предоставлении медицинскими организациями реестров счетов и счетов на оплату, с учетом результатов контроля объемов, качества и условий оказания медицинской помощи.

Функция контроля возложена на страховую медицинскую организацию приказом ФФОМС №230, где также определены порядок проведения и объемы обязательных экспертиз и перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи).

Филиал ЗАО «Макс-М» в г. Грозный в соответствии с этими требованиями проводит медико-экономический автоматизированный контроль счетов-реестров, представленных к оплате на предмет выявления порядка оформления счетов, правильности применения тарифов на оказание медицинской помощи, наличия лицензий по видам медицинской помощи, идентификации застрахованного по полису ОМС. Все страховые случаи, по которым выявлены нарушения, отклоняются от оплаты. Остальные случаи принимаются к оплате, средства по ним перечисляются на счета медицинских организаций.

После оплаты СМО проводит выборочную экспертизу страховых случаев путем проверки первичной медицинской документации в объемах, утвержденной приказом №230, в том числе проводится медико-экономическая экспертиза для оценки объемов, сроков и условий МП и экспертиза каче-

ства медицинской помощи. Кроме того, по случаям летального исхода, повторного обращения по поводу одного и того же заболевания (30,90 дней), жалобам и обращениям застрахованных, случаям с длительными или укороченными сроками лечения проводится целевая МЭЭ и ЭКМП.

Для проведения экспертной деятельности нами привлечены более 20 экспертов. Все они имеют сертификаты по врачебной деятельности, ОЗД, прошли специальную подготовку по экспертной деятельности в сфере ОМС и имеют высшую или первую врачебную категорию. Большинство экспертов работает в системе ОМС более 5 лет. 15 сотрудников филиала включены в территориальный реестр экспертов качества, то есть, это люди, которые юридически имеют право, а по своему профессиональному уровню вполне способны осуществлять проверку медицинской документации на предмет соответствия оказанной медицинской помощи гарантированному и необходимому объему и качеству.

По выявленным нарушениям договорных отношений в плане выполнения объемов и качества медицинской помощи, согласно перечню дефектов и утвержденных протоколом комиссии по тарифам финансовых санкций по ним, осуществляется полный или частичный возврат средств ОМС. 70% этих средств возвращаются в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики для оплаты медицинской помощи в последующих периодах.

В первом полугодии 2014 года страховая компания провела медико-экономические экспертизы по 80 000 страховым случаям оказания медицинской помощи, а также экспертизу качества медицинской помощи по 38 423 случаям. Из них дефектными признано 17 509, т.е. более 29% случаев. Основную массу дефектов представляют неправильное оформление и ведение медицинской документации – более 35%, из них 20,4% – это непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи по запросу СМО. Нарушения качества оказания медицинской помощи выявлены в 4 883 случаях, что составило 28% от всех дефектных случаев. Все выявленные нарушения доводятся до представителей медицинских организаций, по ним оформляются согласованные акты. Случается, что медицинские организации высказывают свое несогласие с примененными санкциями, т.е. сам факт нарушения не оспаривается, но делается попытка оправдать данные нарушения какими-то объективными факторами или условиями. Все эти разногласия решаются в рабочем порядке.

Особо хочу подчеркнуть, что работники страховой компании делают свои выводы, исходя из записей в первичной медицинской документации. Мы уверены, что большинство врачей, работающих в нашей республике, являются прекрас-



**В первом полугодии 2014 года страховая компания провела медико-экономические экспертизы по 80 000 страховым случаям оказания медицинской помощи, а также экспертизу качества медицинской помощи по 38 423 случаям. Из них дефектными признано 17 509, т.е. более 29% случаев.**

ными специалистами своего дела, болеют душой за своих пациентов и делают порой невозможное для их спасения. Но, к большому сожалению, эта работа не всегда адекватно отражена в медицинской документации. Амбулаторная карта или история болезни должны отражать полную картину заболевания и всех лечебно-диагностических назначений, проведенных пациенту. Именно с медицинской документацией работают все надзорные органы при необходимости проведения экспертизы качества оказанной медицинской помощи по досудебным или судебным претензиям и искам. И об этом должны помнить все врачи. Нехватка времени, большой поток больных, чрезмерные нагрузки на медперсонал – все это

реалии нашего времени. Однако это не может быть оправданием халатному отношению к своим профессиональным обязанностям, к которым относятся грамотное оформление и ведение медицинской документации.



## СЕЛЬСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

## НАРАЩИВАЯ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

*Сегодня благодаря огромной заботе Главы Чеченской Республики Рамзана Кадырова во многом улучшилось медицинское обслуживание населения нашей республики. Особое внимание при этом уделяется жителям сельской местности – в самых высокогорных районах построены прекрасные корпуса больниц и поликлиник, а в каждом селе функционируют или участковая больница, врачебная амбулатория или же фельдшерско-акушерский пункт.*



Курчалоевский – один из крупных сельских районов республики. Его население составляет более 120 тыс. человек, в том числе 40 тысяч детей. Со слов главного врача Центральной районной больницы Абдарашеда Титиева, который в данной должности работает второй год, приоритетная задача лечебных учреждений района – это оказание на требуемом уровне медико-санитарной помощи жителю села при выполнении соответствующих объемов медицинских услуг в рамках Программы госгарантий.

А. А. Титиев окончил Ставропольский медицинский институт, с 1996 года работал главным врачом районного тубдиспансера, врач высшей категории, заслуженный врач Чеченской Республики.

– Зная, что для решения этой важной задачи большое значение, в первую очередь, имеет обеспечение лечебных учреждений врачебными кадрами, мы постоянно стараемся не только привлечь к работе врачей и средний медицинский

персонал, полностью укомплектовать ЛПУ, но и систематически занимаемся вопросами повышения их профессионального уровня, – подчеркнул в нашем разговоре Абдарашед.

– Для этого ежегодно врачи направляются на курсы повышения квалификации. В текущем году на базе Дагестанской государственной медицинской Академии уже повысили свои знания 7 врачей. Также в кадровом вопросе позитивные изменения произошли благодаря программе «Земский врач». В рамках этой программы в 2012-2014 годы принято на работу 60 врачей-молодых специалистов, и это способствует тому, что медицинские услуги населению стали более доступными и намного увеличились их объемы. В настоящее время в ЛПУ района работают 124 врача, около 400 среднего и 178 младшего медицинского персонала, – отметил он.

Курчалоевская центральная районная больница относится к учреждениям 1 уровня, что престижно, и в то же время возлагает на коллектив большую ответственность по качественному медицинскому обслуживанию населения. Рассчитана она на 235 коек круглосуточного пребывания, развернуто 3 дневных стационара на 35 коек. При больнице есть поликлиника на 800 посещений в смену. В семи селах района медицинское обслуживание населения организовано в 7 врачебных амбулаториях, где с первого июля в 3-х из них, а именно Аллероевской, Центроевской и Цоци-Юртовской, развернута работа стационаров дневного пребывания в общей сложности на 50 коек. Также в 10 селах население обслуживается фельдшерскими пунктами.

Как было отмечено сотрудниками больницы, много изменений произошло с приходом к руководству в качестве главного врача А.А. Титиева. Похорошел и заметно изменился внешний вид корпусов районной больницы, улучшилась материально-техническая составляющая лечебных учреждений. За короткий отрезок времени полностью перекрыта, с



давних пор требовавшая ремонта кровля родильного отделения; во всех отделениях проведен текущий косметический ремонт, заменены дверные блоки. На большую площадь уложен напольный кафель, проведен ремонт сантехнической части, водопроводной сети, а также текущий ремонт зданий участковых амбулаторий и ФАПов.

В беседе с нами главный врач рассказывает.

– В лечебных учреждениях района созданы все условия для успешной диагностики заболеваний больного, его диспансеризации и успешного оздоровления. ЦРБ включает в себя несколько этажных зданий, расположенных на одной территории, в числе которых: терапевтическое, хирургическое, гинекологическое, детское, инфекционное, родильное и отделение патологии беременности. При больнице имеется рентген-кабинет, УЗИ-кабинет, эндоскопический, флюорографический, физиотерапии и кабинет стоматологической службы. Имеется оснащенная по современным требованиям лаборатория, где больной при необходимости имеет возможность тут же обследоваться и получить результат анализа.

– Если план по программе ОМС на 2014 год по количеству больных и посещений в разрезе 8 месяцев составлял 4359, мы его выполнили на 138,8%; амбулаторно-поликлиническая помощь оказана на 94,6%; дневные стационары –

91,8%; обслуживание населения Скорой помощью – 84%.

Говоря о работе скорой помощи, он добавил, что из-за недостающего транспорта, на 4 бригады скорой помощи в сутки приходится по 15 вызовов. И это очень большая нагрузка.

Администрацией ЦРБ уделяется должное внимание не только увеличению объема медицинских услуг, но и улучшению уровня лечебно-диагностического процесса: рас-



ширению диапазона и достоверности лабораторных, рентгено-флюорографических, ультразвуковых, эндоскопических исследований и исследований функциональной диагностики. В связи с внедрением в исследовательский процесс современных анализаторов, значительно расширился диапазон лабораторных анализов, что, несомненно, положительно влияет на качество проведения курса лечения больного и скорейшее его выздоровление.

- Работа трансфизиологического кабинета ЦРБ по итогам последних лет руководством Республиканской станции переливания крови признана одной из лучших в республике. Так, за 2012-2013 годы проведено соответственно 18600 и 20250 переливаний 4650 и 6750 больным, при этом перелито 9300и 8100 литров свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы и другие кровозаменители,- сказал он.

Как подчеркнул А.А. Титиев, на балансе лечебного учреждения числится 23 машины, но все они технически изношены, как говорится, день работают, два находятся на ремонте. Благодаря вниманию Рамзана Ахматовича в этом году получены две новые машины скорой помощи. Желательно было бы приобрести еще несколько новых автомашин, что оказало бы положительное влияние на улучшение медицинского обслуживания населения.

В больнице имеется и успешно функционирует лапораскопическая установка Карл Шоц. Со времени её приобретения сделано около 150 успешных операций – холецистэктомии. В отделении работают два замечательных специалиста Ахмед Сугаипов и Рустам Барзукаев. Оба окончили ординатуру, вместе поступили на работу и совместно успешно трудятся.

ЦРБ располагает двумя передвижными рентгено-флюорографическими кабинетами, один из которых находится при ЦРБ, а второй, выезжая в села, на

месте, ведет профилактическое обследование населения. В результате таких выездов, в этом году в селе Майртуп среди 320 обследованных было выявлено два случая серьезных заболеваний: один – на подозрение рака, и два – на запущенную форму туберкулеза.

Говоря о медицинском обслуживании населения района, главный врач подчеркнул, что за 9 месяцев текущего года на базе стационара проведено более 400 операций, что во многом превышает количество операций, проводимых в других равнозначных с Курчалоевской ЦРБ.

В беседе были названы имена преуспевающих врачей, грамотных специалистов своего дела. Это заместитель главного врача по лечебной части Имран Жебирханов, с отличием окончивший Краснодарский медицинский институт, врач высшей категории, Заслуженный врач Чеченской республики, Отличник здравоохранения, в данном лечебном учреждении трудится с 1976 года; Айзан Ахмадова, заведующая терапевтическим отделением. Окончила Рязанский медицинский институт, врач высшей категории, стаж работы более 30 лет; Али Магомадов, заведующий хирургическим отделением, Заслуженный врач ЧР, как оперирующий хирург проводит операции по новейшему методу по удалению камней из желчного пузыря; Лидия Нищерикова, заведующая гинекологическим отделением, врач высшей категории; Макка Бесиева, заведующая детской консультацией; Роза Зелимханова фельдшер скорой помощи; Петимат Шайхаева, главная медицинская сестра; Тамара Довлетукаева, операционная медсестра и др.

- В числе главных вопросов, благодаря финансовому обеспечению Фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики, – удовлетворительное состояние лекарственного обеспечения больных. Только в крайне исключительном случае больному са-



мому приходится приобретать редкое лекарство, а в основном все медикаменты и препараты имеются в отделениях и по назначению лечащего врача пациент получает их в полном объеме, – подчеркнул главный врач.

- Питание соответствует требованиям, отметил Абдарашед. - Меню составлено на основе и приближено к рациону московской клиники имени

Пирогова, с руководством которой я поддерживаю взаимные отношения. Столы предусмотрены для больных не только с диабетом, но и с разными заболеваниями. В рационе мясные, рыбные, молочные продукты, овощи и фрукты.

О том, что больница имеет хорошую репутацию, говорит и тот факт, что на прием в поликлинику и на стационарное лечение завссылаются жители даже из сел соседних районов, – подчеркнул главный врач.

Есть, конечно, в Курчалоевской районной больнице свои проблемы и нерешенные вопросы. Это, как сказал глав-

ный врач, недостающие на сегодняшний день специалисты – педиатры, терапевты. А также с возрастом в последнее время таких заболеваний среди населения, как инфаркт и инсульт, есть острая необходимость в приобретении аппарата МРТ.

**Малика Абалаева,**  
специально для журнала «ОМС в Чеченской Республике»



# ОМС: ИНФОРМИРОВАН – ЗНАЧИТ ВООРУЖЕН, ВООРУЖЕН – ЗНАЧИТ ЗАЩИЩЕН

*Обязательное медицинское страхование – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.*

В России обязательное медицинское страхование является государственным и всеобщим для населения. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами обязательного медицинского страхования.

Одним из важнейших преимуществ введения в стране обязательного медицинского страхования стало то, что у пациента появился квалифицированный защитник его интересов при получении медицинской помощи в лице Фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации.

Но не всегда сами пациенты пользуются своими правами в системе ОМС. Причина того – недостаточная информированность граждан. Население не всегда использует имеющиеся источники правовой информации. Именно поэтому информирование застрахованных граждан об их правах в системе обязательного медицинского страхования является приоритетной задачей для руководства ТФОМС Чеченской Республики.

Для выполнения этой задачи фонд разработал и изготовил серию информационных брошюр, буклетов, листовок и

плакатов о правах застрахованных граждан в системе ОМС. Информационные материалы помогут гражданам реализовать свои права на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории всей страны.

В материалах содержится информация по основным вопросам, которые могут возникнуть у обладателя полиса ОМС. В какие лечебные учреждения можно обращаться? Что делать, если в поликлинике требуют оплату? Можно ли вернуть деньги, если пациент был вынужден заплатить за услуги и лекарства? Как действует полис ОМС, если обратиться за помощью пришлось не по месту прописки? Информационные материалы содержат ответы на эти и многие другие вопросы, а также контакты номеров «горячих линий» фонда ОМС и страховых медицинских организаций. Тираж в 600 тысяч экземпляров будет распространен во всех городах и районах Чеченской Республики. Это послужит значительным подспорьем в деле защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования, а также информирования населения об их правах в системе ОМС.

Работа в этом направлении уже ведется. В частности, ТФОМС Чеченской Республики совместно с подведомствен-

ным учреждением Министерства транспорта и связи - Грозненским филиалом ГУП «Чечавтотранс» - проводит акцию по раздаче наглядных информационных материалов пассажирам общественного транспорта республики. Каждый гражданин, который воспользуется услугами предприятия, получит возможность ознакомиться со своими правами в системе ОМС. Предприятие обеспечит все имеющиеся единицы общественного транспорта информационными материалами по защите прав застрахованных граждан в системе ОМС, благодаря этому каждый пассажир с удовольствием скоротает свой путь, изучая свои права в системе ОМС, которые иногда так необходимо знать при обращении за медицинской помощью.

Также мероприятия такого рода проводятся совместно с Министерством образования и науки Чеченской Республики. Информационную кампанию, направленную на разъяснение прав граждан относительно обязательного медицинского страхования, проводят в образовательных организациях, раздавая учащимся информационные буклеты, брошюры, листовки и плакаты.

Важная роль в распространении информационных материалов отводится социально-значимым учреждениям. В этой связи у фонда есть договоренность с Министерством труда, занятости и социального развития Чеченской Республики. Учреждения министерства представлены во всех районах. Это центры занятости населения, комплексные центры соци-

ального обслуживания, а также отделы труда и социального развития. Все эти организации содействуют фонду в распространении данной информационной продукции.

Огромную роль в информировании граждан о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования играют общественные организации, с которыми фонд также взаимодействует.

Так, например, молодежное общественно-патриотическое движение «Ахмат» совместно с ТФОМС Чеченской Республики проводит в республике массовые мероприятия среди населения по информированию граждан об их правах в системе обязательного медицинского страхования. Во время акции активисты движения совместно с работниками фонда распространяют раздаточный материал с информацией о правах граждан в системе ОМС, проводя при этом разъяснительную работу с гражданами.

Кроме того, работа по информированию пациентов об их правах в системе обязательного медицинского страхования и порядке оказания бесплатной медицинской помощи регулярно проводится во всех лечебно - профилактических учреждениях республики, работающих в системе ОМС.

Все эти мероприятия, в конечном итоге, направлены на совершенствование системы защиты прав и законных интересов застрахованных лиц при получении медицинской помощи.





**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**МИНИСТР**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

04 СЕН 2014

№ 16-3/10/2-6452

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
О совершенствовании региональных и муниципальных  
систем оплаты труда медицинских работников.

Министерством здравоохранения Российской Федерации проведен анализ действующих систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации. На основании полученных данных следует, что в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась не оптимальная структура заработной платы медицинских работников, приводящая к значительной как межрегиональной, так и внутрирегиональной дифференциации заработной платы медицинских работников одних и тех же медицинских специальностей и типов учреждений.

В целях сохранения кадрового потенциала отрасли, повышения престижности и привлекательности работы в медицинских организациях и в соответствии с утвержденными решением Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений (протокол от 25 декабря 2013 года № 11) Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год полагаем целесообразным провести в субъектах Российской Федерации работу по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников, направленных на внедрение новых подходов к формированию гарантированной части заработной платы, сбалансировав долю тарифной части заработка работников и иных выплат таким образом, чтобы 55 – 60 % заработной платы направлялось на выплаты по окладам, 30 % структуры заработной платы составляли стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10 – 15 % структуры заработной платы - компенсационные выплаты в зависимости от условий труда медицинских работников.

Предложения по совершенствованию действующих систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации прилагаются.

Информацию о проводимой в регионе работе в части совершенствования структуры заработной платы и показателей эффективности деятельности медицинских работников предлагаем представить в Минздрав России в месячный срок.

Приложение на б.л. в 1 экз.

В.И. Скворцова

**Предложения по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения в субъектах Российской Федерации**

В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса Российской Федерации в государственных учреждениях субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждениях системы оплаты труда устанавливаются коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами на основе трудового законодательства и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации и нормативных правовых актов органов местного самоуправления.

При этом, согласно разделу II Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 год, утвержденных решением Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений (протокол от 25 декабря 2013 года № 11), указанные системы должны включать фиксированные размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов) за исполнение трудовых (должностных) обязанностей за календарный месяц, а также размеры доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных и размеры выплат стимулирующего характера.

В соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, при этом наименования должностей (профессий) работников государственных и муниципальных учреждений и их квалификация должны соответствовать наименованиям должностей руководителей, специалистов и служащих, профессий рабочих и квалификационным требованиям к ним, предусмотренным Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих и Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих или соответствующими положениями профессиональных стандартов.

К выплатам стимулирующего характера относятся:

- а) выплаты за интенсивность и высокие результаты работы:
  - надбавка за интенсивность труда;
  - премия за высокие результаты работы;
  - премия за выполнение особо важных и ответственных работ;
- б) выплаты за качество выполняемых работ:
  - надбавка за наличие квалификационной категории;
  - премия за образцовое выполнение государственного (муниципального) задания;

в) выплаты за стаж работы, выслугу лет:

надбавка за выслугу лет;

надбавка за стаж непрерывной работы;

надбавка за стаж работы;

г) премиальные выплаты по итогам работы:

премия по итогам работы за месяц;

премия по итогам работы за квартал;

премия по итогам работы за год;

К выплатам компенсационного характера относятся:

а) выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;

б) выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями:

районный коэффициент;

коэффициент за работу в пустынных и безводных местностях;

коэффициент за работу в высокогорных районах;

надбавка за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях;

в) выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема выполняемых работ, сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных):

доплата за совмещение профессий (должностей);

доплата за расширение зон обслуживания;

доплата за увеличение объема работы;

доплата за исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором;

доплата за выполнение работ различной квалификации;

доплата за работу в ночное время;

г) надбавка за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием и рассекречиванием, а также за работу с шифрами.

В соответствии со статьей 129 Трудового кодекса Российской Федерации оклад (должностной оклад) – это фиксированный размер оплаты труда работника за исполнение трудовых (должностных) обязанностей определенной сложности за календарный месяц без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат. Таким образом, размеры окладов должны дифференцироваться исключительно в зависимости от сложности трудовой функции, при этом необходимо обеспечивать зависимость заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда.

С 2008 года в субъектах Российской Федерации осуществляется перевод медицинских работников с региональных единых тарифных сеток на

новые системы оплаты труда, основанные на положениях систем оплаты труда, предусмотренных для работников федеральных бюджетных и казенных учреждений:

- повышение самостоятельности учреждения при определении условий оплаты труда работников в пределах фонда оплаты труда, формировании штатного расписания;

- установление окладов (должностных окладов) на основе отнесения должностей к квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп медицинских и фармацевтических работников;

- установление выплат стимулирующего и компенсационного характера в соответствии с утверждаемыми перечнями видов выплат, аналогичными применяемым в федеральных государственных учреждениях;

- зависимость оплаты труда руководителя от выполнения целевых показателей эффективности деятельности учреждения.

Введение новых систем оплаты труда в целом позитивно повлияло на динамику заработной платы работников государственных (муниципальных) учреждений. Практически при неизменной численности работников медицинских организаций в 2008 – 2012 годах среднемесячная начисленная заработная плата выросла более чем в 2 раза.

При этом, по данным Росстата за 1 полугодие 2014 года, сохраняется высокая межрегиональная дифференциация в уровнях оплаты труда врачей от 25 267 рублей до 114 023 рублей, среднего медицинского персонала от 14 855 рублей до 69 153 рублей. Такая дифференциация, если не учитывать субъекты Российской Федерации, в которых осуществляются выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (районные коэффициенты, процентные надбавки к заработной плате), сложилась в основном за счет различий в размерах окладов по профессиональным квалификационным группам, поскольку надтарифные выплаты (стимулирующие и компенсационные) устанавливаются в процентах к окладам, а их соотношение в структуре заработной платы по типам учреждений в субъектах Российской Федерации примерно одинаково (стимулирующие выплаты – 45-50 %, компенсационные выплаты – 20-25%).

Так, размеры окладов по 1-ому квалификационному уровню профессиональной квалификационной группы «Врачи и провизоры», установленные нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, составляют от 3 450 рублей (Карачаево-Черкесская Республика) до 12 197 рублей (Московская область), что сказывается и на среднемесячной заработной плате врачей, которая за 1 полугодие 2014 года в указанных регионах составила, соответственно, 26 024 рубля и 57 114 рублей.

Важно отметить, что введение новых систем оплаты труда привело и к некоторым негативным последствиям – к значительным, не всегда обоснованным различиям в оценке сложности и результатов труда, увеличению дифференциации между заработной платой руководителя и работников учреждения. Так, среднемесячная заработная плата отдельных

руководителей государственных учреждений существенно (более чем в 10 раз) превышала заработную плату работников этих учреждений.

Кроме того, сложилась неоптимальная структура заработных плат медицинских работников. В среднем, в рамках новых систем оплаты труда, в субъектах Российской Федерации расходование фонда оплаты труда на выплаты по окладам медицинским работникам составляет 30%, на компенсационные выплаты – 20% и на стимулирующие выплаты – 50%. Примерно в половине субъектов российской Федерации доля оклада в структуре заработной платы составляет от 20% до 30%, в трети субъектов Российской Федерации – менее 20% и лишь в 7 регионах 40 – 50%. Такие соотношения характерны для большинства медицинских специальностей и типов учреждений.

В то же время по-прежнему высока в структуре заработной платы доля «статусных» выплат, не нацеленных на эффективный результат (за стаж непрерывной работы, выслугу лет, за квалификационную категорию, за наличие ученой степени, ученых званий), которые, в общих объемах стимулирования, достигают в среднем 50%. Значительные суммы стимулирования распределяются между работниками по формальному принципу, зачастую по субъективным оценкам руководителей без увязки с результатами труда.

В ряде субъектов Российской Федерации в системах оплаты труда должностные оклады определяются с учетом стажа работы, уровня образования, наличия квалификационных категорий, ученых степеней и т. д., в других субъектах Российской Федерации перечисленные выше персональные достижения работников формируют систему компенсационных выплат.

Анализ сложившихся в субъектах Российской Федерации систем оплаты труда демонстрирует необходимость увеличения доли оклада в структуре заработной платы за счет оптимизации выплат компенсационного и стимулирующего характера.

В настоящее время в медицинских организациях компенсации работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, устанавливаются исходя из списочного (статусного) подхода по основаниям отнесения к той или иной профессии (должности, подразделению).

Вместе с тем, в трудовом законодательстве Российской Федерации установлены принципы предоставления компенсаций исходя из реального состояния условий труда на каждом конкретном рабочем месте, установленного по результатам специальной оценки условий труда (если иное не предусмотрено законодательством). Специальная оценка условий труда должна проводиться на основе объективных, измеряемых параметров; в случае признания рабочих мест оптимальными или допустимыми указанные компенсации должны быть отменены.

В субъектах Российской Федерации, где применяются компенсационные выплаты за работу в местностях с особыми

климатическими условиями в виде районных коэффициентов, коэффициентов и процентных надбавок к заработной плате (районы Крайнего Севера и приравненные к ним местности, южные районы России), соотношения выплат по окладам, компенсационным и стимулирующим выплатам устанавливаются с учетом того, что компенсационные выплаты в данных районах занимают в структуре заработной платы до 50 – 60%.

Совершенствование системы стимулирующих выплат должно осуществляться на основе пересмотра действующей системы показателей эффективности деятельности работников, имея в виду:

установление показателей, позволяющих ориентировать работников на достижение конкретных результатов, а также критериев и условий их назначения с отражением в положениях об оплате труда работников учреждений, локальных нормативных актах и трудовых договорах с руководителями и работниками учреждений;

отмену неэффективных стимулирующих выплат;

использование при оценке достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), в том числе в рамках независимой оценки качества оказания услуг учреждениями, и введения публичных рейтингов их деятельности.

При отнесении в системах оплаты труда выплат к выплатам компенсационного характера и выплатам стимулирующего характера следует руководствоваться пунктом 11 Рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта, утвержденных приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н.

Кроме того, в целях недопущения необоснованной дифференциации в заработной плате руководителей и работников учреждений рекомендуется устанавливать предельный уровень заработной платы руководителей учреждений через определение соотношения средней заработной платы руководителей учреждений и средней заработной платы работников учреждений, формируемой за счет всех источников финансового обеспечения и рассчитываемой за календарный год.

Предельный уровень соотношения средней заработной платы руководителей и работников учреждения рекомендуется определять в кратности от 1 до 6 с учетом сложности и объема выполняемой работы (уровень оказания медицинской помощи, коечный фонд учреждения, численность прикрепленного к учреждению населения, количество сотрудников и др.).

Изучив и апробировав в «пилотных регионах» лучшие методики подходов к формированию систем оплаты труда, обсудив полученные результаты и подытожив позитивный опыт «пилотных проектов» на совместном совещании с представителями Федерации независимых профсоюзов и Центрального комитета профсоюза работников

здравоохранения Российской Федерации Минздрав России полагает целесообразным внедрять новые подходы к формированию гарантированной части заработной платы медицинских работников в субъектах Российской Федерации, что позволит сбалансировать долю тарифной части заработка работников и стимулирующих выплат таким образом, чтобы 55-60 % заработной платы направлялось на выплаты по окладам, 30 % - стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10-15 % компенсационные выплаты, в зависимости от условий труда медицинских работников.

В целях сохранения кадрового потенциала отрасли рекомендуется совершенствовать системы оплаты труда, пересмотрев механизм установления должностных окладов на основе отнесения должностей к квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп, оптимизировав структуру и размеры выплат стимулирующего характера, исходя из необходимости их ориентации на достижение конкретных результатов деятельности медицинских работников, для чего необходимо предварительно провести подробный анализ действующих систем оплаты труда медицинских работников, в том числе на предмет их соответствия действующему законодательству Российской Федерации.



Руководителям медицинских  
организаций в сфере обязательного  
медицинского страхования  
Чеченской Республики

О полисе обязательного медицинского  
страхования в составе универсальной  
электронной карты

Во исполнение поручения Заместителя Председателя Правительства Чеченской Республики А.А. Магомадова от 03.06.2014 №906/08-369/08 Министерство здравоохранения Чеченской Республики и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики сообщают.

В соответствии с частью 2 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», при обращении за медицинской помощью граждан обязан предъявить полис обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), соответствующий единым требованиям, установленным Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (далее - Правила ОМС).

Согласно статье 45 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и пункту 21 Правил ОМС, полис ОМС может быть представлен в бумажной или электронной форме, в том числе в составе универсальной электронной карты (далее – УЭК).

Пункт 21 Правил ОМС устанавливает, что полис в составе УЭК выдается в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

Приказом Министерства экономического развития Российской Федерации от 25.03.2011 № 12 установлен перечень следующих дополнительных визуальных сведений УЭК:

1. Дата рождения.
2. Пол пользователя универсальной электронной карты.
3. Номер банковской карты и трехзначный код проверки подлинности карты (при наличии банковской карты).
4. Логотип банка - эмитента банковского приложения (при наличии банковской карты).
5. Логотип универсальной электронной карты.
6. Логотип платежной системы.
7. Дополнительный логотип платежной системы (при его наличии).
8. Образец подписи гражданина (в отношении заявителей, достигших четырнадцати лет).
9. Номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии).



В связи с изложенным, медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования Чеченской Республики не имеют права отказывать в предоставлении медицинской помощи гражданам, предъявившим полис ОМС в составе УЭК, по причине отсутствия в УЭК сведений, наличие которых не предусмотрено действующим законодательством.

Министр здравоохранения  
Чеченской Республики

 Ш.С. Ахмадов

« 16 » 06 2014 г.

№ 2047

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Чеченской Республики

 Д.Ш. Абдулазизов

« 16 » 06 2014 г.

№ 931



## 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

Учредитель: Общество с ограниченной ответственностью «Контур-Медиа». Журнал издается ООО «Рубикон-М». Номер подписан в печать 27.10.2014 г. Тираж 10000 экз.

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

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

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

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.

### 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»



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ  
**СТРАХОВАНИЕ**  
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

*Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики*