

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ

В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Федеральный закон
«Об исполнении бюджета Федерального фонда
обязательного медицинского страхования за 2013 год»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5 – 2014



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION

**НАУЧНО–ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 5, 2014**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 5, 2014

Рецензируемый научно-практический журнал

Издание входит в Перечень научных журналов, рекомендованных для публикации основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук согласно решению Президиума Высшей аттестационной комиссии Минобрнауки России от 7 декабря 2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Председатель редакционного совета

Н.Н. Стадченко – Председатель ФОМС, к.э.н.

Заместитель председателя редакционного совета

А.З. Фаррахов – Заместитель министра финансов Российской Федерации, к.м.н.

Н.А. Хорова – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

А. Гиуффрида – Старший экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, д.э.н. (США)

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.

С.А. Карчевская – Заместитель председателя ФОМС

М.А. Ковалевский – Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Московского государственного медико-стоматологического университета, к.ф.-м.н.

О.А. Константинова – Заместитель директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Министерства здравоохранения Российской Федерации

С.Г. Кравчук – Начальник Управления организации ОМС ФОМС

Д.Ю. Кузнецов – Президент Межрегионального союза медицинских страховщиков

Д. Лангенбрюннер – Ведущий экономист Всемирного банка по вопросам здравоохранения, доктор наук экономики и здравоохранения (США)

А.Л. Линденбратен – Заместитель директора по научно-исследовательской работе ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья» РАМН, д.м.н., профессор

А.В. Решетников – Академик РАМН, д.м.н., профессор

И.В. Соколова – Заместитель председателя ФОМС

В.И. Стародубов – Вице-президент РАМН, д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения»

О.В. Царёва – Начальник Управления модернизации системы ОМС ФОМС, к.м.н.

И.М. Шейман – Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, к.э.н.

С.В. Шишкин – Научный руководитель Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, д.э.н.

В.В. Повод – Начальник Управления правовой и международной деятельности ФОМС

Главный редактор:

Е.А. Политова – Генеральный директор ООО «Издательство «Офтальмология», к.п.н.

Учредители: Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Дом печати «Столичный бизнес»

Журнал издается ООО «Издательство «Офтальмология»

Номер подписан в печать 31.10.2014 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 80 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» обязательна

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 2014

Выходит 1 раз в два месяца с 2006 года

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
Регистрационный номер ПИ № ФС77-23840 от 28 марта 2006 года

Подписной индекс журнала «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации» в каталоге «Газеты. Журналы» Агентства «Роспечать» – 36347

«OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE IN THE RUSSIAN FEDERATION»

№ 5, 2014

Peer-reviewed scientific practical journal

The edition is included in the list of scientific journals recommended for publications of basic results of researches for thesis defense to academic degrees of Candidate and Doctor of Sciences according to the decision of the Presidium of the Higher Attestation Commission of the Ministry of Education and Science of Russia dated December 7, 2012.

EDITORIAL BOARD:

Chairman of Editorial Board

N.N. Stadchenko – PhD (Economic Sc.), Chairman of the Federal compulsory health insurance fund

Deputy Chairman of Editorial Board

Ayrat Farrakhov – MD, PhD, Deputy Minister of Healthcare of Russian Federation

N.A. Khorova – Deputy Minister of Health of the Russian Federation

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the FCHIF

Antonio Giuffrida – PhD in Economic Sciences, Senior Health Economist with the World Bank (USA)

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Moscow City FCHIF

S.A. Karchevskaya – Deputy Chairman of the FCHIF

M.A. Kovalevsky – Professor of the Chair for Public Health of the Moscow State Medical Dentistry University, PhD

O.A. Konstantinova – Deputy Director of the Department for Drug Supply and Management of Medical Products Circulation of the Health Ministry of the Russian Federation

S.G. Kravchuk – Head of the Department for OMI FOMI Organization

D.Y. Kuznetsov – President MCMC

John Langenbrunner – Lead Health Economist with The World Bank, PhD in Economic Sciences and Public Health (USA)

A.L. Lindenbraten – MD, PhD, Professor, The National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences

A.V. Reshetnikov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences

I.V. Sokolova – Deputy Chairman of the FCHIF

V.I. Starodubov – MD, PhD, Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, Vice-President of the Russian Academy of Medical Sciences, Director of the Central Research Institute of Health Service Organization and Information

O.V. Tsareva – MD, PhD, Head of the Department for Modernization of OMI System, FCHIF

I.M. Sheyman – PhD in Economic Sciences, Professor of the Chair for Public Health Management and Economics of the National Research University - The Higher School of Economics

S.V. Shishkin – Research Director of the Institute for Health Economics of the National Research University - the Higher School of Economics, PhD, Dr. Economic Sciences.

V.V. Povod – Head of the Department for Legal and International FOMI Activity

Editor-in-chief:

E.A. Politova, PhD (in Pedagogic Sciences) – Director General of the Publishing House "Oftalmologiya" Ltd.

Founders: Federal compulsory health insurance fund, House of Press «Metropolitan Business»

The Journal is issued by the Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

The issue is passed for printing 31.10.2014, Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 80 type pages

Address of Editorial Office: The Publishing House «Oftalmologiya» Ltd.

59A, Besludnikovskiy Blvd., Moscow, 127486, Russia. Tel.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (for articles submission)
Internet: www.omsjournal.ru

In case of reprinting reference to the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» is obligatory.

© «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation», 2014

It is issued 1 time every second month since 2006

It is registered in the Federal Service of Supervision for Legislation Observance in Sphere of Mass Media Communications and Culture Legacy Preservation
Registration number ПИ № ФС77-23840 of March 28 2006

Subscription index of the Journal «Obligatory Medical Insurance in Russian Federation» in the Catalogue «Newspapers. Journals of the Agency «Rospechat» – 36347

ISSN 2221-9943



9 772221 994772 >

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНО | НОВОСТИ

Президент Российской Федерации В.В. Путин
провел рабочую встречу с министром здравоохранения
Российской Федерации В.И. Скворцовой 4

Председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования Н.Н. Стадченко
приняла участие в IV Форуме по профилактике
неинфекционных заболеваний и формированию
здорового образа жизни «За здоровую жизнь» 6

Поздравляем Федеральную службу по надзору
в сфере здравоохранения с 10-летним юбилеем! 8

Круглый стол «Обеспечение качества
медицинской помощи» 9

Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
Стадченко Наталья Николаевна награждена
нагрудным знаком «Отличник здравоохранения». 10

Новые кадровые назначения 11

БЮДЖЕТ ФОМС

И.В. Соколова
Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования за 2013 год 14

Федеральный закон от 14 октября 2014 года
№ 296-ФЗ «Об исполнении бюджета
Федерального фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год» 18

ИНФОРМАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

Л.Н. Шмыгленко, Е.А. Рига
Опыт Территориального фонда ОМС
Краснодарского края по созданию комплексной
системы защиты информации

L.N. Shmyglenko, E.A. Riga
Creation of the complex information security system in the
Territorial foundation of obligatory medical insurance
of the Krasnodar region. 30

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

Д.Ш. Абдулазизов
ОМС: через историю – к современности 34

И.В. Успенская, Е.В. Манухина
К вопросу об оплате специализированной
медицинской помощи

I. V. Uspenskaya, E. V. Manukhina
On the question of the specialized medical aid payment 36

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

М.А. Зайцева, Л.Е. Мартыненко, Н.В. Женчевская
Информационно-аналитическая система «ONLINE-Мониторинг»
- необходимый инструмент реализации территориальной
программы ОМС

M.A. Zaitseva, L.E. Martynenko, N.V. Zhenchevskaya
The Information-Analytical System "ONLINE Monitoring"
- a necessary tool for the implementation
of the territorial OMI program 40

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА

А.Д. Рыжаков, А.В. Березников,
А.М. Лебедева, М.Е. Промин
Целевая экспертиза качества случаев хирургической
помощи с летальным исходом: методика экспертной оценки

A.D. Ryzhakov, A.V. Bereznikov,
A.M. Lebedeva, M.E. Promin
The target examination of the quality of surgical aid
cases with lethal outcomes: methods of expert evaluation . . . 48

С ЮБИЛЕЕМ

Поздравляем с юбилеем директора Территориального
фонда обязательного медицинского страхования
Амурской области Гаврилову Тамару Петровну! 56

Поздравляем с 50-летним юбилеем директора
Бурятского территориального фонда обязательного
медицинского страхования Самбуева Дамбиниму
Нимацыреновича! 57

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО

Функционирование системы здравоохранения
и медицинского страхования в Австрии 58

Семинар «Опыт оплаты стационарной медицинской
помощи на основе модифицированной системы
клинико-статистических групп. Медицинское
страхование в Австрии. Электронное
медицинское обслуживание». 67

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование
и социальная политика в СМИ 70

Президент Российской Федерации В.В. Путин провел рабочую встречу с министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой

20 октября 2014 г., г. Москва, Кремль



Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. 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.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.И. 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, это 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 650 тысяч, год назад это было всего 506 тысяч. И в 2016 году, так, как Вы и поручали, мы выйдем на 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 у нас 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.В. Путин: Имеется в виду стоимость для ОМС?

В.И. 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 совершенствования 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.В. Путин: Хорошо.

Второй вопрос, он уже традиционный, тем не менее один из ключевых – это демография.

В.И. 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 %, 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.В. Путин: От онкологии именно?

В.И. 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.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.И. Скворцова: Мы будем очень стараться.

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко принял участие в IV Форуме по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь»

5 сентября 2014 г., г. Барнаул



ВРИО губернатора Алтайского края А.Б. Карлин приветствует участников форума

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, врио губернатора Алтайского края А.Б. Карлин и заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Т.В. Яковлева приняли участие в торжественном мероприятии по закладке камня перинатального центра.

«Сей камень заложен во имя процветания и светлого будущего Алтайского края. На этом месте будет воздвигнут краевой перинатальный центр, чье призвание и предназначение нести людям жизнь», - гласит надпись на камне.

Современный, соответствующий всем мировым стандартам системы родовспоможения перинатальный центр появится в Алтайском крае в ближайшие два года. «Объект будет построен согласно государственным контрактам в срок и с высоким качеством. Наш регион

получит уникальный объект. Считаем, что совершенно правильно определили месторасположение. Он должен быть рядом с многопрофильной современной клиникой, обеспечен прекрасным подъездом, самой лучшей логистикой», - подчеркнул глава региона.

Он особо отметил то, что большинство социально значимых проектов были реализованы «по персональному решению Президента России»: «И строительство перинатального центра – это решение Владимира Владимировича Путина».

Т.В. Яковлева напомнила о том, что Министерство здравоохранения Российской Федерации выделило для строительства перинатального центра 2 млрд 326 млн рублей: «Мы не пожалели о своем решении. Уверены, что нужно помогать тем, кто действительно работает, заботится о сохранении здоровья нашего населения».



Посещение центра диализа

По словам главы региона, площадка нагорного медицинского кластера сегодня представляет собой уровень организации практического здравоохранения, соответствующий критериям 21 века. «Если кто-то хотел бы увидеть, что такое медицина 21 века, он должен прийти на эту площадку. Здесь в непосредственной близости друг от друга расположены объекты исключительно важных направлений практического здравоохранения, которые дают особые эффекты во взаимодействии между собой. Благодаря этому повышается и эффективность использования финансовых ресурсов. Кластерный принцип позволяет, предоставляя высокий уровень медицинских услуг, экономить, использовать средства более эффективно, - заявил А.Б. Карлин. - Осенью 2005 года здесь было 8 объектов и все были недостроены. Сегодня на полную мощь работает краевая клиническая больница, включающая современную поликлинику, центр трансплантологии, сосудистый и диализный центры, несколько десятков специализированных отделений. Рядом расположен федеральный центр высоких медицинских технологий, строящийся

перинатальный центр. В непосредственной близости находится детский туберкулезный санаторий, который мы тоже планируем в течение нескольких лет реконструировать».

Стоит отметить, что высокие гости региона посетили все объекты нагорного медицинского кластера. Экскурсию по объектам провел лично глава региона.

Председатель ФОМС Н.Н. Стадченко отметила, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет финансирование модернизации и строительства перинатального центра: «Сегодня я увидела, что нулевой цикл практически готов к началу возведения перинатального центра. В октябре мы будем осуществлять перечисление второго транша средств Федерального фонда обяза-



Памятный камень

тельного медицинского страхования, условием которого является как раз строительство нулевого цикла до 1 октября 2014 года. Собственными глазами увидела, что мероприятие выполняется в срок».

Поздравляем Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения с 10-летним юбилеем!

Выполняемые Росздравнадзором функции напрямую влияют на жизнедеятельность граждан и эффективность работы всех звеньев отрасли здравоохранения, реализацию важнейшего направления социальной политики – обеспечение безопасности и качества лекарственных средств, медицинского обслуживания населения.

Все эти годы специалисты Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения осуществляли постоянное взаимодействие в сфере контроля качества медицинской деятельности, по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», обеспечивали проведение мероприятий по диспансеризации работающих граждан, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

От всей души желаю всем сотрудникам Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения крепкого здоровья, успехов в сложной и ответственной работе, высокого профессионализма и творческого роста!

**Председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования**



Н.Н. Стадченко



Федеральная служба по надзору
в сфере здравоохранения

Круглый стол «Обеспечение качества медицинской помощи»

16 сентября 2014 г., г. Москва

В Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения под председательством первого руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко состоялся круглый стол «Обеспечение качества медицинской помощи», в работе которого приняли участие первый заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко, заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Карчевская, директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Игорь Никитин, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей Нижегородцев, а также представители Департамента здравоохранения города Москва, Министерства здравоохранения Московской области, Национальной медицинской палаты, Межрегионального союза медицинских страховщиков, медицинского и научного сообщества, пациентских организаций.

В ходе мероприятия участники заседания обсудили аспекты обеспечения качества медицинской помощи населению, экспертизу качества медпомощи в системе обязательного медицинского страхования, оценку качества систем здравоохранения в разных странах и ожидания пациентов от системы здравоохранения в целом.

«В последнее время медико-демографическая ситуация в России улучшается: снижаются показатели смертности, растёт рождаемость, - подчеркнул в своем выступлении Михаил Мурашко, - но при этом мы отмечаем высокий уровень жалоб населения на качество оказываемой медпомощи и недостаточную работу с обращениями граждан в регионах».

Первый заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья Николай Герасименко высказал мнение, что на качество медицинской помощи влияют как объективные факторы (недостаточное финансирование, дефицит лекарственных средств, нехватка кадров), так и

субъективные причины (низкая квалификация врачей, игнорирование стандартов оказания медпомощи, невыполнение страховыми компаниями своих обязательств в сфере защиты пациентов).

Директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович поддержала высказывание депутата Госдумы, подчеркнув при этом, что «не всегда удовлетворенность населения здравоохранением зависит от объема финансирования». По ее словам, наиболее часто граждане жалуются не на профессиональные действия врача, а на невнимательное отношение медперсонала, на невнимательное отношение со стороны медперсонала, и «эту проблему при желании можно решить».

Президент Всероссийского общества гематофилии Юрий Жулев охарактеризовал главные проблемы в здравоохранении по мнению пациентского сообщества: навязывание платных услуг в государственных лечебных учреждениях, большие очереди в поликлиниках, отсутствие в медицинских организациях информации о том, что нужно делать пациенту в случае возникновения конфликтной ситуации.

Начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС Тимофей Нижегородцев, в свою очередь подчеркнул, что государству стоит обратить внимание и на усиление образовательного процесса врачей, а также на внедрение клинических протоколов.

По итогам мероприятия участники круглого стола отметили, что многие из перечисленных проблем можно решить путем внедрения менеджмента качества и внутреннего контроля непосредственно в лечебных учреждениях; усилением работы страховых медицинских организаций, обеспечением доступа пациентов к администраторам лечебных и страховых медицинских организаций, а также улучшением информированности населения в целом.



Н.Н. Стадченко,
председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования



За особые заслуги в реализации государственных задач в сфере здравоохранения и медицинской науки, подготовки высококвалифицированных медицинских кадров и многолетний добросовестный труд награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения» Стадченко Наталья Николаевна – председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

(Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.04.2014 г. №403-п).

Новые кадровые назначения

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Татарников Сергей Викторович, 1970 г.р., назначен на должность начальника Управления делами Федерального фонда обязательного медицинского страхования на основании Приказа ФОМС от 22.09.2014 г. № 225-л.

Татарников С.В. в 1987 г. окончил Московское Суворовское военное училище. В 1991 г. – Московское ВОКУ им. Верховного Совета РСФСР по специальности «Инженер по эксплуатации бронетанковой и автомобильной техники». В 2012 г. окончил Российскую академию народного хозяйства и государственной службы, по специальности «Менеджмент», магистр менеджмента.

С 1991 по 2008 гг. – командир взвода, командир роты, заместитель начальника штаба, начальник штаба 397-й ремонтно-эксплуатационной базы Административно-хозяйственного управления Министерства обороны Российской Федерации.

С 2009 по 2012 гг. – советник, старший советник генерального директора ЗАО «Европром».

С 2012 по 2014 гг. – руководитель Общего департамента, начальник Административно-хозяйственного управления ЗАО «Стройтрансгаз».

Награжден медалями «За отличие в воинской службе II степени», «За воинскую доблесть».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Дагестан



Баркаев Гасбулла Сулейманович, 1968 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан на основании Распоряжения Правительства Республики Дагестан от 21.08.2014 г. № 378.

Баркаев Г.С. в 1997 г. окончил Пермскую фармацевтическую академию по специальности «Фармация», квалификация «Провизор». В 2011 г. – Дербентский гуманитарный институт по специальности «Государственное и муниципальное управление», квалификация «Менеджер». Кандидат фармацевтических наук.

С 1992 по 1998 гг. – заведующий аптекой в г. Дагестанские Огни.

С 1998 по 2012 гг. – директор филиала Республиканского фонда обязательного медицинского страхования «Дагестан» в г. Дагестанские Огни, директор филиала в г. Дербенте.

С 2012 по 2014 гг. – заместитель, и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан.

2003 г. – объявлена благодарность Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2008 г. – награжден Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2009 г. – присвоено почетное звание «Заслуженный работник здравоохранения Республики Дагестан».

2012 г. – награжден Почетной грамотой Республики Дагестан.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми



Бордюг Ярослав Степанович, 1956 г.р. назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Коми на основании Распоряжения правительства Республики Коми от 17 октября 2014 г. № 347-р.

Бордюг Я.С. в 1980 г. окончил Сыктывкарский государственный университет по специальности «Финансы и кредит».

С 1980 по 1994 гг. – старший экономист отдела госдоходов, и.о. начальника отдела госдоходов – заместитель заведующего горфинотделом, заведующий финансовым отделом Печорского горисполкома.

С 1994 по 2004 гг. – заместитель министра – начальник бюджетного отдела, заместитель министра финансов Республики Коми. С 2004 по 2009 гг. – первый заместитель министра экономического развития Республики Коми.

С 2009 по 2011 гг. – и.о. руководителя, руководитель Управления Федеральной антимонопольной службы по Республике Коми. С 2011 по 2014 гг. – министр здравоохранения Республики Коми.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края



Бахлыков Антон Юрьевич, 1972 г.р., назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на основании Распоряжения Правительства Пермского края от 15.09.2014 г. № 246-рп.

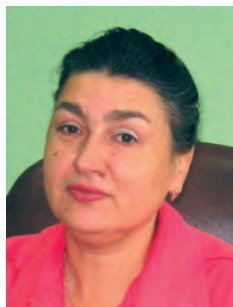
Бахлыков А.Ю. в 1995 г. окончил Тюменский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». В 1997 г. – клиническую ординатуру по специальности «Ортопедия-травматология» ФГУ «Российский научный центр «Восстановительная ортопедия-травматология» имени академика Г.А. Илизарова», в 2008 г. – ГОУ ВПО «Академия народного хозяйства» при Правительстве Российской Федерации, профессиональная переподготовка по программе «Менеджмент в здравоохранении».

С 1995 по 1997 гг. – врач-ортопед, клинический ординатор ФГУ «Российский научный центр «Восстановительная ортопедия-травматология» имени академика Г.А. Илизарова».

С 1997 по 2005 гг. – врач ортопед-травматолог, заведующий отделением У ХМАО Окружная больница «Травматологический центр».

С 2002 по 2005 гг. – ассистент кафедры хирургии ГОУ ВПО «Сургутский государственный университет», г. Сургут. В 2005 г. – заместитель директора филиала по ОМС ОАО «СМК Югория-Мед», г. Тюмень. С 2005 по 2012 гг. – первый заместитель исполнительного директора Ханты-Мансийского окружного фонда обязательного медицинского страхования. С 2006 по 2012 гг. – врач-ортопед У ХМАО «Окружная клиническая больница», г. Ханты-Мансийск. В 2012 г. – директор филиала ОАО «СОГАЗ-Мед» в ХМАО-Югре, г. Ханты-Мансийск. С 2012 по 2014 гг. – первый заместитель исполнительного директора Фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области, г. Екатеринбург.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ивановской области



Березина Ирина Геннадьевна, 1967 г.р., назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области на основании Распоряжения Правительства Ивановской области от 24.02.2014 г. № 36-рп.

Березина И.Г. в 1991 г. окончила Ивановский государственный медицинский институт им. А.С. Бубнова по специальности «Педиатрия». Кандидат медицинских наук. В 2012 г. – ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации».

С 1994 по 1997 гг. – ассистент ФГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия». С 1999 по 2014 гг. – ведущий специалист, главный специалист-консультант, начальник отдела, заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области. С 2006 г. по настоящее время – доцент кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» ФГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия».

Награждена почетными грамотами Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Управления здравоохранения г. Иваново, Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ивановской области. За активную работу в становлении и развитии системы обязательного медицинского страхования награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Иркутской области



Градобоев Евгений Валерьевич, 1983 г.р. назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Иркутской области на основании Распоряжения правительства Иркутской области от 13 октября 2014 г. № 803/2-рп.

Градобоев Е.В. в 2005 г. окончил Байкальский государственный университет экономики и права по специальности «Экономика и управление на предприятиях связи», квалификация «Экономист-менеджер». В 2006 г. – Байкальский государственный университет экономики и права по специальности «Юриспруденция», квалификация «Юрист». Кандидат экономических наук. С 2000 по 2008 гг. – студент, аспирант, ГОУ ВПО «Байкальский государственный университет экономики и права». С 2003 по 2010 гг. – инженер-экономист, юрист, заместитель директора по экономике и финансам ООО «АТОН». С 2010 по 2012 гг. – начальник отдела экономического анализа и формирования сводного бюджета здравоохранения области Министерства здравоохранения Иркутской области. С 2012 г. – заместитель директора по экономическим вопросам ГУ ТФОМС граждан Иркутской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области



Малышева Светлана Александровна, 1962 г.р. назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области на основании распоряжения Правительства Нижегородской области от 10.11. 2014 №2031-р.

Малышева С.А в 1985 г. окончила Горьковский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, по специальности «Прикладная математика», в 2002 г. – по специальности «Финансы и кредит».

С 1985 по 1990 гг. – инженер научно-исследовательского института прикладной математики и кибернетики. С 1990 по 1991 гг. – инженер-программист научно-производственного кооператива «ИВА». С 1991 по 1992 гг. – инженер-программист товарищества с ограниченной ответственностью «КРИИС». С 1992 году – директор товарищества с ограниченной ответственностью «Компания «ДИП»;

С 1992 по 2000 гг. – заместитель главного врача по экономическим вопросам МЛПУ «Поликлиника №7» Нижегородского района. С 2000 по 2014 гг. – главный специалист планово-экономического отдела, начальник отдела организационной и кадровой работы, первый заместитель исполнительного директора – начальник планово-финансового управления, заместитель директора по финансово-экономическим вопросам ТФОМС Нижегородской области.

2003 г. – объявлена благодарность Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2008 г. - объявлена благодарность Правительства Нижегородской области.

2012 г. - объявлена благодарность председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

2013 г. – награждена Почетной грамотой ТФОМС Нижегородской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ульяновской области



Смирнов Владимир Викторович, 1960 г.р. назначен на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ульяновской области на основании Распоряжения Правительства Ульяновской области от 29.06.2014 г. №393 – пр/к.

Смирнов В.В. в 1983 г. окончил Мордовский Дружбы народов государственный университет им. Н.П. Огарева по специальности «Лечебное дело». В 1984 г. – интернатуру по специальности «Терапия». Кандидат медицинских наук.

С 1983 по 1984 гг. – врач-интерн Саранской городской клинической больницы №4. С 1984 по 1986 гг. – врач-терапевт Медсанчасти Саранского завода медицинских препаратов. С 1986 по 1989 гг. – прохождение воинской службы в военной части 95505 г.Хабаровска. С 1988 по 1990 гг. – врач-терапевт АСУ «Кардиология» здравпункта Приборостроительного завода Медсанчасти комбината «Биохимия» г.Саранска.

С 1990 по 2009 гг. – главный врач Городской поликлиники №4, Станции скорой медицинской помощи, Республиканской детской больницы №1, МУЗ «Городская инфекционная клиническая больница» г.Саранска.

2009 – 2011 гг. – начальник Управления здравоохранения Администрации городского округа г. Саранска. С 2011 по 2012 гг. – главный врач ГУЗ «Областной онкологический диспансер» г.Пенза. С 2012 по 2013 гг. – заведующий организационно-методическим кабинетом ООО «Бача» Центр детской медицины «МЕДИЗ» г.Саранска. В 2013 г. – главный врач ГУЗ «Новоульяновская городская больница им. А.Ф. Альберт» г.Новоульяновска. С 2014 г. – главный врач ГУЗ «Центральная клиническая медико-санитарная часть» г.Ульяновска.

Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год

И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, г. Москва



И.В. Соколова

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществлял исполнение бюджета в 2013 г. в соответствии с целями, поставленными Федеральным законом от 3 декабря 2012 г. № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

За 2013 г. доходы бюджета Фонда составили 1 101,4 млрд. рублей, или 104,0 % от утвержденного годового объема.

Расходы бюджета Фонда за 2013 г. исполнены в сумме 1 048,7 млрд. рублей, что составило 99,0% к объему, утвержденному законом, и 92,6% к уточненной росписи.

Объем межбюджетных трансфертов, полученных бюджетом Фонда в 2013 году из федерального бюджета, составил 25,8 млрд. рублей (51,1% от запланированного объема) в соответствии с изменениями, внесенными Федеральным законом от 2 декабря 2013 г. № 348-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О фе-

деральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», согласно которым объем межбюджетных трансфертов на компенсацию выпадающих доходов бюджету Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов был уменьшен на 24,6 млрд. рублей против первоначально утвержденного объема (50,4 млрд. рублей).

Объем межбюджетных трансфертов, переданных из бюджета Фонда бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации, составил 17,8 млрд. рублей (93,5%).

Бюджет Фонда за 2013 год исполнен с профицитом в общей сумме 52,6 млрд. рублей, который сложился в основном за счет поступления страховых взносов сверх утвержденных объемов и отсутствием правовых оснований на финансовое обеспечение в 2013 году реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2013 г. характеризуются следующими данными (табл. 1)

Табл. 1

Основные показатели исполнения бюджета Фонда за 2013 г.

(млрд. рублей)

Основные показатели	Утверждено на 2013 год Федеральным законом от 3 декабря 2012 г. № 217-ФЗ	Уточненная роспись расходов бюджета Фонда на 2013 г.	Кассовое исполнение за 2013 г.	Кассовое исполнение в % к:	
				федеральному закону	уточненной росписи
Доходы, всего	1 059,3	-	1 101,4	104,0	-
Расходы, всего	1 059,3	1 133,0	1 048,7	99,0	92,6
Профицит	0,0		52,6	-	-

Доходы бюджета Фонда от поступления страховых взносов

Уплата страхователями (работодателями) страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в 2013 г. осуществлялась по нормам Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения уплачивались страхователями по тарифу 5,1% с предельной величины базы для начисления страховых взносов в отношении каждого физического лица в сумме 568 тыс. рублей.

Отдельные категории плательщиков уплачивали страховые взносы по пониженным тарифам, установленным статьями 58 и 58.1 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ. В этих случаях выпадающие доходы бюджета Фонда в соответствии с законодательством Российской Федерации компенсировались за счет ассигнований федерального бюджета путем предоставления межбюджетных трансфертов бюджету Фонда.

Общий объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения за 2013 г. составил 687,4 млрд. рублей, что на 8,8% превысило запланированный объем.

Уплата страхователями (органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации) страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2013 году осуществлялась по нормам Федеральных законов от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения уплачивались исходя из тарифа 18 864,6 рублей с применением понижающего коэффициента в размере 0,9000, коэффициента дифференциации, установленного в Приложении 1 к Федеральному закону от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ для каждого субъекта Российской Федерации и города Байконур, и с соблюдением требований, установленных пунктом 2 части 7 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за 2013 г. составил 385,7 млрд. рублей или на 29,1% больше, чем в 2012 г.

В целом страховых взносов на обязательное медицинское страхование за 2013 г. поступило 1 073,1 млрд. рублей, или 106,4% от годового планируемого объема.

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета

Средства федерального бюджета, переданные Фонду на компенсацию выпадающих доходов бюджета Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС для отдельных категорий страхователей, составили 25,8 млрд. рублей. В общих доходах бюджета Фонда их доля незначительна и составляет 2,3 %.

Расходы бюджета Фонда

На финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2013 г. в бюджеты территориальных фондов ОМС направлено субвенций в размере 1 025,4 млрд. рублей, что составляет 104,1 % от утвержденного Федеральным законом объема за счет перечисления на указанные цели 40,0 млрд. рублей из нормированного страхового запаса Фонда в порядке, установленном пунктом 3 части 1 статьи 5 Федерального закона. Подушевой норматив финансирования составил 5 942,5 рублей.

Впервые, с 2013 г. субвенции, направленные в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования, обеспечили сбалансированные (без дефицита) территориальные программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Нормированный страховой запас Фонда в 2013 году был сформирован в общей сумме 74,1 млрд. рублей. На увеличение субвенций из нормированного страхового запаса было направлено 40,0 млрд. рублей, на осуществление единовременных компенсационных выплат – 1,8 млрд. рублей, на изготовление и доставку полисов ОМС единого образца – 2,6 млрд. рублей.

В 2013 г. Фонд продолжил осуществлять финансирование единовременных компенсационных выплат в порядке и на условиях, установленных статьей 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

На основании пункта 6 части 1 статьи 5 и части 3 статьи 6 Федерального закона, в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 ноября 2013 г. № 2068-р «О распределении иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году» в уточненной бюджетной росписи расходов Фонда на 2013 г. на указанные цели были предусмотрены бюджетные ассигнования в сумме 2,9 млрд. рублей, в том числе за счет нормированного страхового запаса в сум-

ме 2,5 млрд. рублей и остатков средств в сумме 0,3 млрд. рублей.

Финансирование осуществлялось в соответствии с заявками уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Кассовые расходы Фонда на указанные цели составили 2,1 млрд. рублей (74,4 % от утвержденного объема средств), что позволило привлечь на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки более 4 тыс. медицинских работников.

Остатки средств, образовавшиеся по состоянию на 1 января 2014 г. в результате неполного использования бюджетных ассигнований на единовременные компенсационные выплаты, предусматривается направить в 2014 году на увеличение нормированного страхового запаса Фонда.

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации перечислено по заявочному принципу 17,8 млрд. рублей (93,5% от запланированного объема). Финансовое обеспечение указанных расходов осуществлялось в порядке, установленном постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни». Остатки, не использованные на указанные цели, предусматривается направить в первом квартале 2014 г. в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации на завершение расчетов по договорам, заключенным в 2013 г. Оставшиеся сред-



ства будут направлены на увеличение нормированного страхового запаса Фонда.

В связи с отсутствием соглашений, заключаемых высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Фондом в соответствии с порядком, установленным постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. № 85, финансовое обеспечение реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

РАСХОДЫ БЮДЖЕТА ФОНДА В 2013 ГОДУ

Наименование	Утверждено Федеральным законом от 03.12.2012 № 217-ФЗ (млн.руб)	Исполнено	
		всего (млн.руб)	в % к утвержденному законом
Расходы бюджета Фонда, всего	1 059 251, 5	1 048 723, 3	99,0%
в том числе:			
Субвенции	985 412, 8	1 025 412, 8	104,1%
Межбюджетные трансферты бюджету ФСС РФ на оплату родового сертификата	19 030, 0	17 792, 2	93,5%



ранения в части укрепления материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, предусмотренное частью 4 статьи 4 Федерального закона, в 2013 г. Фондом не осуществлялось. Образовавшиеся в связи с этим остатки на 1 января 2014 г. в сумме 52,7 млрд. рублей в 2014 г. будут направ-

лены на мероприятия по строительству перинатальных центров.

Остатки, образовавшиеся в бюджете Фонда на 1 января 2013 г. в связи с неполным использованием средств, предусмотренных на дополнительную диспансеризацию работающих граждан и диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, сложились в сумме 44,7 млн. рублей и 24,3 млн. рублей соответственно.

На завершение расчетов за проведенную в 2012 г. дополнительную диспансеризацию работающих граждан и диспансеризацию детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в первом квартале 2013 г. перечислено в бюджеты

территориальных фондов обязательного медицинского страхования соответственно 44,6 млн. рублей и 4,6 млн. рублей. Не использованные Фондом средства в сумме 19,7 млн. рублей возвращены в федеральный бюджет.

Для корреспонденции:

Соколова Ирина Васильевна – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Адрес: 127994, ГСП-4, г. Москва, ул. Новослободская, д. 37
Телефон: (495) 987-03-86, (495) 987-08-80 доб. 1003. E-mail: isokolova@ffoms.ru

For correspondence:

Irina V. Sokolova - Deputy Chairman of the FCHIF
The Federal Foundation of Obligatory Medical Insurance
Address: Novoslobodskaya Ul. 37, Moscow, GSP-4, Russia, 127994
Tel.: (495) 987-03-86, (495) 987-08-80 add. 1003. E-mail: isokolova@ffoms.ru



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

от 14 октября 2014 года № 296-ФЗ

МОСКВА

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2013 ГОД

*Принят Государственной Думой 26 сентября 2014 года
Одобен Советом Федерации 1 октября 2014 года*

Статья 1

Утвердить отчет об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) за 2013 год со следующими основными показателями:

- 1) общий объем доходов бюджета Фонда в сумме 1 101 351 388,3 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета в сумме 25 780 469,0 тыс. рублей;
- 2) общий объем расходов бюджета Фонда в сумме 1 048 723 340,6 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты, переданные бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 17 792 200,3 тыс. рублей;
- 3) объем профицита бюджета Фонда в сумме 52 628 047,7 тыс. рублей.

Статья 2

Утвердить следующие показатели исполнения бюджета Фонда за 2013 год:

- 1) доходы бюджета Фонда по кодам классификации доходов бюджетов за 2013 год согласно приложению 1 к настоящему Федеральному закону;
- 2) структура расходов бюджета Фонда за 2013 год согласно приложению 2 к настоящему Федеральному закону;
- 3) источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Фонда по кодам классификации источников финансирования дефицитов бюджетов за 2013 год согласно приложению 3 к настоящему Федеральному закону;
- 4) распределение субвенций из бюджета Фонда, направленных в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, за 2013 год согласно приложению 4 к настоящему Федеральному закону.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль
14 октября 2014 года
N 296-ФЗ

Приложение 1
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год»

**ДОХОДЫ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ КЛАССИФИКАЦИИ ДОХОДОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2013 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного админи- стратора доходов	доходов бюджета Феде- рального фонда обяза- тельного медицинского страхования	
Доходы, всего			1 101 351 388,3
Налоговые и неналоговые доходы	000	1 00 00000 00 0000 000	1 074 349 328,2
Страховые взносы на обязательное социальное страхование	000	1 02 00000 00 0000 000	1 073 125 199,9
Страховые взносы	000	1 02 02000 00 0000 160	1 073 125 199,9
Страховые взносы на обязательное медицинское страхова- ние, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязатель- ного медицинского страхования	000	1 02 02100 08 0000 160	1 073 125 199,9
Страховые взносы на обязательное медицинское страхова- ние работающего населения, зачисляемые в бюджет Феде- рального фонда обязательного медицинского страхования	392	1 02 02101 08 0000 160	687 379 108,6
Страховые взносы на обязательное медицинское страхова- ние неработающего населения, зачисляемые в бюджет Феде- рального фонда обязательного медицинского страхования	395	1 02 02102 08 0000 160	385 746 091,3
Налоги на совокупный доход	000	1 05 00000 00 0000 000	-20 450,7
Налог, взимаемый в связи с применением упрощенной систе- мы налогообложения	000	1 05 01000 00 0000 110	-24 787,0
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в каче- стве объекта налогообложения доходы	000	1 05 01010 01 0000 110	-12 794,2
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01012 01 0000 110	-12 794,2
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	000	1 05 01020 01 0000 110	-2 290,9
Налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01022 01 0000 110	-2 290,9
Минимальный налог, зачисляемый в бюджеты государствен- ных внебюджетных фондов (уплаченный (взысканный) за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 01030 01 0000 110	-9 701,9
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	000	1 05 02000 02 0000 110	2 782,4

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 02020 02 0000 110	2 782,4
Единый сельскохозяйственный налог	000	1 05 03000 01 0000 110	1 553,9
Единый сельскохозяйственный налог (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 05 03020 01 0000 110	1 553,9
Задолженность и перерасчеты по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	000	1 09 00000 00 0000 000	196 281,1
Недоимка, пени и штрафы по страховым взносам	000	1 09 08000 00 0000 140	6 519,0
Недоимка, пени и штрафы по взносам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	182	1 09 08040 08 0000 140	6 519,0
Единый социальный налог	000	1 09 09000 00 0000 110	189 688,4
Единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	182	1 09 09030 08 0000 110	189 688,4
Налог, взимаемый в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения	000	1 09 11000 02 0000 110	73,7
Налоги, взимаемые в виде стоимости патента в связи с применением упрощенной системы налогообложения (за налоговые периоды, истекшие до 1 января 2011 года)	182	1 09 11020 02 0000 110	73,7
Доходы от использования имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности	000	1 11 00000 00 0000 000	855 693,2
Доходы от размещения средств бюджетов	000	1 11 02000 00 0000 120	855 693,2
Доходы от размещения временно свободных средств фондов обязательного медицинского страхования	000	1 11 02070 00 0000 120	855 693,2
Доходы от размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 11 02071 08 0000 120	855 693,2
Доходы от оказания платных услуг (работ) и компенсации затрат государства	000	1 13 00000 00 0000 000	25,1
Доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02000 00 0000 130	25,1
Прочие доходы от компенсации затрат государства	000	1 13 02990 00 0000 130	25,1
Прочие доходы от компенсации затрат бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 13 02998 08 0000 130	25,1
Доходы от продажи материальных и нематериальных активов	000	1 14 00000 00 0000 000	1,2
Доходы от реализации имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности (за исключением имущества бюджетных и автономных учреждений, а также имущества государственных и муниципальных унитарных предприятий, в том числе казенных)	000	1 14 02000 00 0000 000	1,2
Доходы от реализации имущества, находящегося в оперативном управлении Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в части реализации материальных запасов по указанному имуществу)	394	1 14 02080 08 0000 440	1,2

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Штрафы, санкции, возмещение ущерба	000	1 16 00000 00 0000 000	4 206,0
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджетов государственных внебюджетных фондов)	000	1 16 20000 00 0000 140	3 795,7
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о государственных внебюджетных фондах и о конкретных видах обязательного социального страхования, бюджетного законодательства (в части бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования)	151	1 16 20030 08 0000 140	754,9
Денежные взыскания (штрафы), налагаемые Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьями 48 - 51 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»	392	1 16 20050 01 0000 140	3 040,8
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг	000	1 16 33000 00 0000 140	226,1
Денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства Российской Федерации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд Федерального фонда обязательного медицинского страхования	161	1 16 33080 08 0000 140	226,1
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба	000	1 16 90000 00 0000 140	184,2
Прочие поступления от денежных взысканий (штрафов) и иных сумм в возмещение ущерба, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 16 90080 08 0000 140	184,2
Прочие неналоговые доходы	000	1 17 00000 00 0000 000	188 372,4
Невыясненные поступления	000	1 17 01000 00 0000 180	189 372,4
Невыясненные поступления, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	1 17 01080 08 0000 180	189 372,4
Прочие неналоговые поступления в бюджеты государственных внебюджетных фондов	000	1 17 06000 00 0000 180	-1 000,0
Прочие неналоговые поступления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394	1 17 06030 08 0000 180	-1 000,0
Безвозмездные поступления	000	2 00 00000 00 0000 000	27 002 060,1
Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации	000	2 02 00000 00 0000 000	25 780 469,0
Межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам государственных внебюджетных фондов	000	2 02 05000 00 0000 151	25 780 469,0

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора доходов	доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	2 02 05600 08 0000 151	25 780 469,0
Средства федерального бюджета, передаваемые бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование	394	2 02 05608 08 0000 151	25 780 469,0
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации и организациями остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 000	1 265 429,4
Доходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 00000 00 0000 151	1 265 429,4
Доходы бюджетов государственных внебюджетных фондов от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 18 06000 00 0000 151	1 265 429,4
Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	394	2 18 06030 08 0000 151	1 265 429,4
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	000	2 19 00000 00 0000 000	-43 838,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов	000	2 19 06000 00 0000 151	-43 838,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджетов государственных внебюджетных фондов в федеральный бюджет	000	2 19 06010 00 0000 151	-43 838,3
Возврат остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	2 19 06013 08 0000 151	-43 838,3

Приложение 2
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год»

СТРУКТУРА РАСХОДОВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2013 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	394					1 048 723 340,6
Общегосударственные вопросы	394	01	00			692 607,3
Международные отношения и международное сотрудничество	394	01	08			16 264,4
Международное сотрудничество	394	01	08	030 00 00		16 264,4
Обеспечение мероприятий, предусмотренных соглашениями с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 00		11 400,0
Софинансирование, связанное с реализацией соглашений с международными финансовыми организациями	394	01	08	030 03 02		11 400,0
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 03 02	800	11 400,0
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 03 02	860	11 400,0
Платежи в целях обеспечения реализации соглашений с правительствами иностранных государств и международными организациями	394	01	08	030 03 02	863	11 400,0
Международные культурные, научные и информационные связи	394	01	08	030 04 00		1 202,1
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	200	1 202,1
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	240	1 202,1
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	08	030 04 00	244	1 202,1
Выполнение других международных обязательств государства	394	01	08	030 06 00		3 662,3
Иные бюджетные ассигнования	394	01	08	030 06 00	800	3 662,3
Предоставление платежей, взносов, безвозмездных перечислений субъектам международного права	394	01	08	030 06 00	860	3 662,3
Взносы в международные организации	394	01	08	030 06 00	862	3 662,3
Другие общегосударственные вопросы	394	01	13			676 342,9
Руководство и управление в сфере установленных функций	394	01	13	001 00 00		676 342,9
Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00		676 342,9
Расходы на выплаты персоналу в целях обеспечения выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями, органами управления государственными внебюджетными фондами	394	01	13	001 55 00	100	209 845,9
Расходы на выплаты персоналу государственных внебюджетных фондов	394	01	13	001 55 00	140	209 845,9
Фонд оплаты труда и страховые взносы	394	01	13	001 55 00	141	201 372,4
Иные выплаты персоналу, за исключением фонда оплаты труда	394	01	13	001 55 00	142	8 473,5
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	200	421 240,0

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	240	421 240,0
Научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы	394	01	13	001 55 00	241	11 100,0
Закупка товаров, работ, услуг в сфере информационно-коммуникационных технологий	394	01	13	001 55 00	242	284 231,7
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	01	13	001 55 00	244	125 908,3
Социальное обеспечение и иные выплаты населению	394	01	13	001 55 00	300	39 544,3
Социальные выплаты гражданам, кроме публичных нормативных социальных выплат	394	01	13	001 55 00	320	39 544,3
Субсидии гражданам на приобретение жилья	394	01	13	001 55 00	322	39 544,3
Иные бюджетные ассигнования	394	01	13	001 55 00	800	5 712,7
Исполнение судебных актов	394	01	13	001 55 00	830	159,4
Исполнение судебных актов Российской Федерации и мировых соглашений по возмещению вреда, причиненного в результате незаконных действий (бездействия) органов государственной власти (государственных органов) либо должностных лиц этих органов, а также в результате деятельности казенных учреждений	394	01	13	001 55 00	831	159,4
Уплата налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	850	5 553,3
Уплата налога на имущество организаций и земельного налога	394	01	13	001 55 00	851	5 308,3
Уплата прочих налогов, сборов и иных платежей	394	01	13	001 55 00	852	245,0
Образование	394	07	00			10 282,0
Профессиональная подготовка, переподготовка и повышение квалификации	394	07	05			10 282,0
Учебные заведения и курсы по переподготовке кадров	394	07	05	429 00 00		10 282,0
Переподготовка и повышение квалификации кадров	394	07	05	429 78 00		10 282,0
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	200	10 282,0
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	240	10 282,0
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	07	05	429 78 00	244	10 282,0
Здравоохранение	394	09	00			1 048 020 451,3
Амбулаторная помощь	394	09	02			49 240,5
Социальная помощь	394	09	02	505 00 00		49 240,5
Федеральный закон от 21 декабря 1996 года N 159-ФЗ «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»	394	09	02	505 21 00		4 591,2
Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	394	09	02	505 21 01		4 591,2
Межбюджетные трансферты	394	09	02	505 21 01	500	4 591,2
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	02	505 21 01	580	4 591,2
Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	394	09	02	505 24 00		44 649,3
Межбюджетные трансферты	394	09	02	505 24 00	500	44 649,3

Наименование показателя	Код бюджетной классификации					Кассовое исполнение
	Мин	Рз	ПР	ЦСР	ВР	
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	02	505 24 00	580	44 649,3
Другие вопросы в области здравоохранения	394	09	09			1 047 971 210,8
Социальная помощь	394	09	09	505 00 00		1 045 333 950,5
Федеральный закон от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»	394	09	09	505 17 00		1 027 541 750,2
Финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации	394	09	09	505 17 02		1 025 412 843,6
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 02	500	1 025 412 843,6
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 02	580	1 025 412 843,6
Единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам	394	09	09	505 17 03		2 128 906,6
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 17 03	500	2 128 906,6
Межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	394	09	09	505 17 03	580	2 128 906,6
Оплата медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни	394	09	09	505 35 00		17 792 200,3
Межбюджетные трансферты	394	09	09	505 35 00	500	17 792 200,3
Межбюджетные трансферты бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации	394	09	09	505 35 00	550	17 792 200,3
Реализация государственных функций в области социальной политики	394	09	09	514 00 00		2 637 260,3
Мероприятия в области социальной политики	394	09	09	514 01 00		2 637 260,3
Закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	09	514 01 00	200	2 637 260,3
Иные закупки товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	09	514 01 00	240	2 637 260,3
Прочая закупка товаров, работ и услуг для государственных нужд	394	09	09	514 01 00	244	2 637 260,3

Приложение 3
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год»

**ИСТОЧНИКИ ВНУТРЕННЕГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТА БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПО КОДАМ
КЛАССИФИКАЦИИ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕФИЦИТОВ БЮДЖЕТОВ ЗА 2013 ГОД**

(тыс. рублей)

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного ад- министрато- ра источника финансиро- вания	источника финансирования	
Источники внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования			-52 628 047,7
Источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 00 00 00 00 0000 000	-52 628 047,7
Изменение остатков средств на счетах по учету средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 000	-52 628 060,5
Увеличение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 500	-1 148 001 458,3
Увеличение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 500	-1 148 001 458,3
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 510	-1 148 001 458,3
Увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 510	-1 148 001 458,3
Уменьшение остатков средств бюджетов	000	01 05 00 00 00 0000 600	1 095 373 397,8
Уменьшение прочих остатков средств бюджетов	000	01 05 02 00 00 0000 600	1 095 373 397,8
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджетов	000	01 05 02 01 00 0000 610	1 095 373 397,8
Уменьшение прочих остатков денежных средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 05 02 01 08 0000 610	1 095 373 397,8
Иные источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 00 00 00 0000 000	12,8
Курсовая разница	000	01 06 03 00 00 0000 000	12,8
Курсовая разница по средствам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования	394	01 06 03 00 08 0000 171	12,8
Прочие источники внутреннего финансирования дефицитов бюджетов	000	01 06 06 00 00 0000 000	0,0
Увеличение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 500	-46 650 000,0
Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	01 06 06 00 08 0000 500	-46 650 000,0

Наименование показателя	Код бюджетной классификации		Кассовое исполнение
	главного администратора источника финансирования	источника финансирования	
Увеличение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях	394	01 06 06 01 08 0000 510	-46 650 000,0
Уменьшение прочих источников финансирования дефицитов бюджетов за счет иных финансовых активов	000	01 06 06 00 00 0000 600	46 650 000,0
Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования	000	01 06 06 00 08 0000 600	46 650 000,0
Уменьшение иных финансовых активов в собственности Федерального фонда обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, размещенных в депозиты в валюте Российской Федерации в кредитных организациях	394	01 06 06 01 08 0000 610	46 650 000,0

Приложение 4
к Федеральному закону
«Об исполнении бюджета Федерального
фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год»

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В БЮДЖЕТЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ЗА 2013 ГОД

(тыс. рублей)

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Российская Федерация, всего	1 025 412 843,6
Республика Адыгея (Адыгея)	2 474 656,1
Республика Алтай	2 240 544,8
Республика Башкортостан	27 065 022,4
Республика Бурятия	8 856 440,6
Республика Дагестан	16 389 587,8
Республика Ингушетия	2 502 068,6

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарская Республика	4 565 748,7
Республика Калмыкия	1 845 196,8
Карачаево-Черкесская Республика	2 487 357,6
Республика Карелия	6 855 045,6
Республика Коми	10 120 137,3
Республика Марий Эл	4 270 191,7
Республика Мордовия	5 036 317,2
Республика Саха (Якутия)	15 349 251,1
Республика Северная Осетия - Алания	4 255 298,8
Республика Татарстан (Татарстан)	22 531 127,4
Республика Тыва	3 646 522,1
Удмуртская Республика	10 360 908,6
Республика Хакасия	4 760 302,0
Чеченская Республика	7 055 728,1
Чувашская Республика - Чувашия	7 766 391,9
Алтайский край	16 547 698,5
Забайкальский край	9 470 839,6
Камчатский край	5 241 419,7
Краснодарский край	30 776 949,3
Красноярский край	27 303 629,1
Пермский край	19 005 948,5
Приморский край	16 014 113,2
Ставропольский край	16 724 006,0
Хабаровский край	13 749 823,1
Амурская область	7 426 426,3
Архангельская область	13 071 962,0
Астраханская область	6 204 217,8
Белгородская область	9 363 170,5
Брянская область	7 592 054,4
Владимирская область	8 346 962,8
Волгоградская область	15 565 038,4
Вологодская область	8 343 450,2
Воронежская область	14 248 450,4
Ивановская область	6 488 427,6
Иркутская область	22 314 770,9
Калининградская область	5 503 219,1
Калужская область	6 041 221,0
Кемеровская область	19 371 454,5
Кировская область	9 141 282,9
Костромская область	4 117 410,6

Наименование субъекта Российской Федерации	Субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования
Курганская область	6 131 689,3
Курская область	7 026 435,9
Ленинградская область	8 230 523,4
Липецкая область	7 216 814,0
Магаданская область	2 797 154,7
Московская область	50 319 451,6
Мурманская область	9 515 644,7
Нижегородская область	20 038 896,7
Новгородская область	3 830 813,8
Новосибирская область	18 677 195,0
Омская область	13 320 580,7
Оренбургская область	13 748 620,6
Орловская область	5 066 246,5
Пензенская область	8 249 331,4
Псковская область	4 129 864,6
Ростовская область	24 579 342,9
Рязанская область	7 115 722,7
Самарская область	19 871 373,8
Саратовская область	15 693 850,4
Сахалинская область	6 961 861,7
Свердловская область	30 727 997,1
Смоленская область	5 846 823,5
Тамбовская область	6 256 346,5
Тверская область	8 061 930,4
Томская область	9 378 614,5
Тульская область	9 091 569,0
Тюменская область	11 030 590,5
Ульяновская область	7 751 650,0
Челябинская область	23 350 819,2
Ярославская область	8 044 863,3
Город Москва	100 306 749,7
Город Санкт-Петербург	36 186 179,5
Еврейская автономная область	1 538 896,3
Ненецкий автономный округ	622 124,1
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	17 876 458,2
Чукотский автономный округ	1 012 485,1
Ямало-Ненецкий автономный округ	7 053 944,8
Город Байконур	345 595,9

УДК 614.2

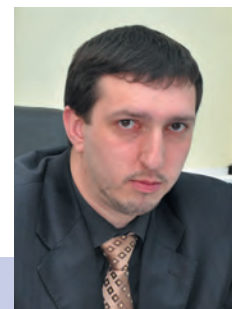
Опыт Территориального фонда ОМС Краснодарского края по созданию комплексной системы защиты информации

Л.Н. Шмыгленко, Е.А. Рига

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Краснодарского края



Л.Н. Шмыгленко



Е.А. Рига

Резюме

В статье приведены основные этапы создания комплексной системы защиты информации в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Краснодарского края в соответствии с требованиями законодательства по защите пер-

сональных данных и другой конфиденциальной информации.

Ключевые слова: персональные данные, система защиты информации, защищенная корпоративная сеть передачи данных.

Abstract

Creation of the complex information security system in the Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Krasnodar region

L.N. Shmyglenko, E.A. Riga

Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Krasnodar region

The article presents basic steps in creating complex information security system in the Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Krasnodar region in accordance with the requirements of legislation for the

protection of personal data and other confidential information.

Key words: personal data, information security system, secure corporate data network.

27 июля 2006 года был принят закон «О персональных данных». Принятие подзаконных актов в рамках реализации требований данного закона ознаменовало начало большой работы по созданию и модернизации систем защиты информации во всех организациях, осуществлявших обработку персональных данных [6].

На необходимость применения организационных и технических мер по защите персональных данных и другой конфиденциальной информации в системе обязательного медицинского страхования также указывают законы Российской Федерации от 29 ноября 2011 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21 ноября 2011 года

№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7, 8].

В 2010 году в составе управления информационных технологий Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края (ТФОМС КК) был создан отдел информационной безопасности.

На вновь созданное подразделение был возложен широкий круг функций и задач в том числе:

- Комплексное обеспечение защиты информации единого информационного пространства системы ОМС Краснодарского края.
- Разработка локальных нормативно-правовых ак-

тов, регламентирующих защиту информации.

- Реализация организационных и технических мероприятий, обеспечивающих защиту информационных систем ТФОМС КК.
- Выявление и устранение возможных каналов утечки конфиденциальной информации.
- Ведение конфиденциального делопроизводства ТФОМС КК.
- Подготовка к проведению аттестации информационных систем персональных данных (ИСПДн) ТФОМС КК.

В данной статье мы даём обзор работы, которую выполняет отдел в рамках реализации требований законодательства по защите информации ограниченного распространения и приводим основные этапы создания комплексной системы защиты информации ТФОМС КК.

В настоящее время система защиты информации ТФОМС КК структурно состоит из следующих элементов:

- система защиты каналов передачи данных;
- система межсетевого экранирования;
- система защиты информации от несанкционированного доступа;
- система идентификации и аутентификации;
- система управления доступом;
- система регистрации событий;
- система обнаружения вторжений;
- сканер безопасности;
- антивирусная защита [1, 2, 5].

В 2007 году приказом ТФОМС КК был утвержден «Порядок организации системы информационной безопасности электронного документооборота в защищенной корпоративной сети передачи данных». В соответствии с данным порядком были проведены работы по развёр-

тыванию виртуальной защищённой корпоративной сети передачи данных (ЗКСПД) на основе сертифицированных технологий VipNet Custom [5].

Построенная сеть позволила объединить в едином защищённом информационном пространстве головной офис ТФОМС КК, его филиалы, страховые медицинские организации (СМО), медицинские организации (МО) на территории Краснодарского края.

Также был организован защищённый информационный обмен посредством межсетевого взаимодействия с такими федеральными и региональными структурами, как:

- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- Отделение Пенсионного фонда России по Краснодарскому краю;
- Краснодарский медицинский информационно-вычислительный центр;
- Медицинский информационно-аналитический центр Министерства здравоохранения Краснодарского края;
- СМО.

В настоящее время весь электронный документооборот системы ОМС Краснодарского края осуществляется по защищённым каналам связи, построенным по технологиям VipNet Custom.

Но преимущества построенной ЗКСПД этим не ограничиваются, она также позволяет комфортно организовать работу удалённых рабочих мест по защищенным туннелируемым соединениям по следующим важным направлениям в целях реализации Правил обязательного медицинского страхования (утверждены приказом Минздравсоцразвития от 28 февраля 2011 г. № 158н) и

Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования (утверждены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79):

- СМО и МО с региональным сегментом единого регистра застрахованных;
- СМО и МО с web-сервисом направления на госпитализацию;
- СМО и филиалы с web-порталом «Электронный журнал обращений граждан»;
- Автоматический прием от МО файлов, реестров, счетов на форматно-логический контроль;

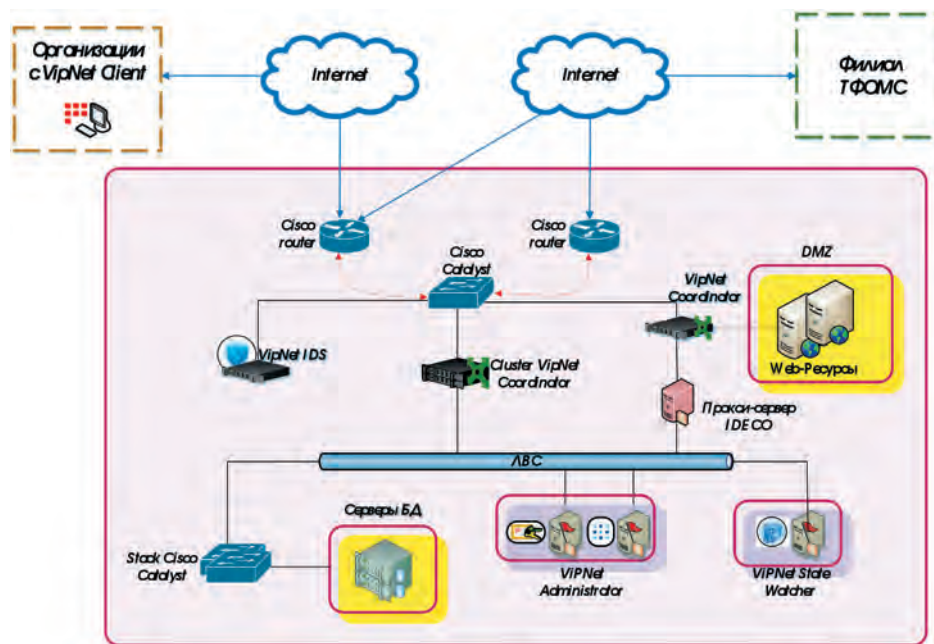


Рис.1. Схема ЗКСПД

• Автоматический прием от СМО заявок на изготовление полисов [3, 4].

В итоге была создана единая информационная система ОМС на территории Краснодарского края, взаимодействующая с Государственной информационной системой обязательного медицинского страхования, полностью соответствующая требованиям по защите информации.

Несмотря на сложность и обширность проведённых работ по созданию ЗКСПД, это был только первый этап на пути создания комплексной системы защиты информации ТФОМС КК (рис. 1).

На следующем, втором этапе, была создана система межсетевого экранирования. В начале данная система базировалась на сертифицированных продуктах компании Cisco, но в дальнейшем решение по построению системы межсетевого экранирования было пересмотрено в пользу применения продуктов VipNet. В настоящее время в качестве межсетевых экранов применяются программно-аппаратные комплексы VipNet Coordinator HW-1000 - криптошлюз и межсетевой экран, построенный на аппаратной платформе. Они были интегрированы в существующую инфраструктуру ЗКСПД. VipNet Coordinator HW-1000 надежно защищает передаваемую по каналам связи информацию от несанкционированного доступа и подмены.

Третьим этапом было определено построение системы защиты от несанкционированного доступа, идентификации и аутентификации, управления доступом, регистрации событий. Специалистами отдела информационной безопасности были рассмотрены существовавшие на российском рынке сертифицированные решения. В настоящее время используется комплексная система защиты информации компании «Конфидент» - Dallas Lock 8.0-C, которая обеспечивает:

- Защиту информации от несанкционированного доступа на персональных компьютерах, портативных и мобильных компьютерах (ноутбуках и планшетных ПК), серверах (файловых, контроллерах домена и терминального доступа), работающих как автономно, так и в составе ЛВС. Поддерживает виртуальные среды.
- Дискреционный и мандатный принципы разграничения доступа к информационным ресурсам и подключаемым устройствам.
- Аудит действий пользователей – санкционирован-

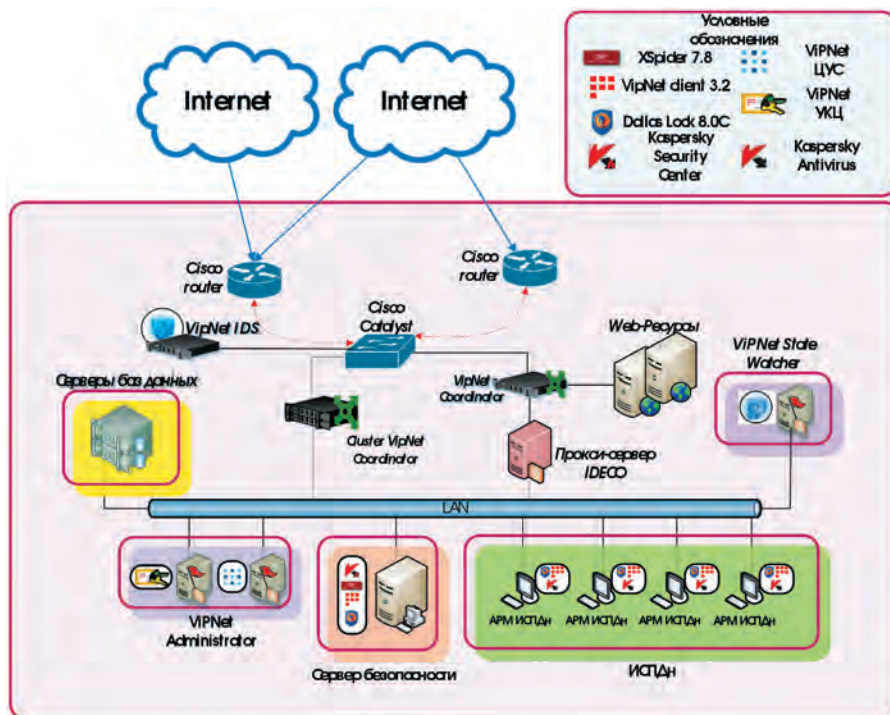


Рис. 2. Схема системы защиты информации ТФОМС КК

ных и без соответствующих прав; ведение журналов регистрации событий.

- Контроль целостности файловой системы, программно-аппаратной среды и реестра.
- Объединение защищенных ПК для централизованного управления механизмами безопасности.

При этом, совместно с данной системой, с целью улучшить показатели безопасности, а также выполнить требования регуляторов были применены аппаратные идентификаторы пользователей, в качестве которых использованы сертифицированные ключи eToken Pro компании Aladdin.

Также развёрнута и функционирует система мониторинга информационной безопасности, которая базируется на сертифицированном программном продукте – сетевом сканере безопасности XSpider 7.8.

Кроме того, была развёрнута и введена в работу система обнаружения атак. Тут специалисты отдела информационной безопасности вновь обратились к семейству продуктов VipNet и применили сертифицированное решение – программно-аппаратный комплекс VipNet IDS 1000.

Далее был проведён комплекс работ по построению системы антивирусной защиты. Данная система была развёрнута с применением антивирусного программного обеспечения Kaspersky Endpoint Security.

Ещё раз отметим, что для построения комплексной системы защиты информации в ТФОМС КК применялись и применяются только прошедшие в установленном порядке процедуру оценки соответствия (сертификацию) средства защиты информации.

Созданная в ТФОМС КК система защиты информации успешно прошла процедуру аттестации на соответствие требованиям по защите конфиденциальной информации (Рис. 2).

Кабинет директора ТФОМС КК оборудован сертифицированными средствами защиты информации от утечки по техническим каналам серии СОНАТА производителя НПО «Анна». Помещение также аттестовано на соответствие требованиям по защите конфиденциальной информации.

Помимо создания, развертывания и модернизации систем защиты информации, ведется постоянная работа по совершенствованию нормативно-правовой базы по защите конфиденциальной информации.

Кроме упомянутого Порядка организации системы информационной безопасности электронного документооборота, в защищенной корпоративной сети передачи данных отделом информационной безопасности ТФОМС КК разработаны и применяются:

- Инструкция по конфиденциальному делопроизводству;
- Положение об организации работ по защите персональных данных в ТФОМС КК, которое в том числе содержит:
 - Перечень сведений конфиденциального характера;
 - Инструкцию осуществления внутреннего контроля;
 - Положение по работе с персональными данными;
 - Инструкцию по внесению изменений в списки пользователей;
 - Регламент доступа в помещения и на территорию;
 - Инструкцию по организации резервного копирования;
 - Инструкцию по действию в нештатных ситуациях;
 - Инструкцию по модификации программного обеспечения и технических средств;
 - Инструкцию пользователя ИСПДн;
 - Порядок парольной защиты;
 - Инструкцию по организации антивирусной защиты;
 - Регламент учета средств защиты информации.

24 ноября 2010 года ТФОМС КК получена лицензия Федеральной службы по техническому и экспортному контролю на деятельность по технической защите конфиденциальной информации.

Подводя итог вышесказанному, хотелось бы акцентировать внимание на том, что данные в системе обязательного медицинского страхования должны обрабатываться строго в соответствии с установленным технологическим процессом, учитывающим как организационные, так и технические требования по обеспечению безопасности.

Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 21.03.2012 № 211 «Об утверждении перечня мер, направленных на обеспечение выполнения обязанностей, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» и принятыми в соответствии с ним нормативными правовыми актами, операторами, являющимися государственными или муниципальными органами»
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования»
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7.04.2011 № 79 «Об утверждении принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»
5. Федеральный закон Российской Федерации от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»
6. Федеральный закон Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»
7. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
8. Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2011 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Для корреспонденции:

Шмыгленко Людмила Никитична – начальник управления информационных технологий Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края
E-mail: tfomskk@mail.kuban.ru, тел. (861)215-24-63

Рига Евгений Александрович – начальник отдела информационной безопасности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Краснодарского края
E-mail: tfomskk@mail.kuban.ru, тел. (861)259-21-38

Адрес: г.Краснодар, ул.Красная, 178

For correspondence:

Shmyglenko L.N. – Head of the department of information technologies of the Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Krasnodar region.
E-mail: tfomskk@mail.kuban.ru, Tel. (861)215-24-63

Riga E.A. – Head of the department of information security of the Territorial foundation of obligatory medical insurance of the Krasnodar region.
E-mail: tfomskk@mail.kuban.ru, Tel. (861)259-21-38

Address: UL.Krasnaya 178, Krasnodar

ОМС: через историю – к современности

Д.Ш. Абдулазизов

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики



Д.Ш. Абдулазизов

Сложившаяся сегодня в нашей стране система обязательного медицинского страхования – это часть огромного механизма реализации конституционного права граждан на бесплатное оказание медицинской помощи. И в этом контексте переход в России от государственной системы здравоохранения к страховой медицине, как показывает мировой и отечественный опыт, в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг явился своевременным необходимым шагом. Во-первых, это было обусловлено тем, что для широких слоёв населения обеспечиваются гарантии предоставления и доступность высококачественных медицинских услуг даже при значительном росте цен на них; во-вторых, решаются проблемы привлечения дополнительных и значительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения; и, наконец, в-третьих, принципы рыночной экономики и экономические рычаги управления начинают активно использоваться в управлении системой здравоохранения.

Как мы помним, возрождение обязательного медицинского страхования в Российской Федерации началось, благодаря принятому в 1991 году Закону РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Согласно тексту закона, обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, а цель ОМС – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счёт накопленных средств, финансировать профилактические мероприятия, а также повысить заинтересованность страхователя и застрахованного в повышении уровня здоровья.

Система обязательного медицинского страхования основана на принципах солидарности, социальной справедливости, когда обеспеченные несут расходы за малоимущих, а здоровые – за больных. Этот принцип взаимопомощи имеет огромное значение. По сути, ОМС является гарантией оказания медицинской помощи как объекта социальных прав граждан, то есть бесплатного блага, обеспеченного финансовым и организационным участием государства, ведь цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам России при возникновении страхового случая получение медицинской помощи.

Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, предполагает целую систему действий государства. В первую очередь, это незыблемое правило, что медицинская помощь должна быть доступной для всех. Каждый человек может обратиться к врачу вне зависимости от места своего постоянного проживания. ОМС даёт такую возможность. В рамках системы обязательного медицинского страхования медицинская помощь застрахованному может оказываться на территории других субъектов, т.е. вне постоянного места жительства застрахованного лица. Речь идёт о межтерриториальной медицинской помощи, которая оказывается в объёме и на условиях базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации.

В нашей стране есть много способов организации процесса предоставления медицинских услуг. В каких-

то субъектах предпочтение отдается небольшому числу очень крупных учреждений, в других – мелким медицинским организациям. Но всегда нужно помнить, что для граждан важно, чтобы лечебно-профилактические учреждения располагались как можно ближе к месту жительства тех, кого они призваны обслуживать.

Большую роль в реализации государственной политики в области здравоохранения играют системы экономических стимулов, мотивирующих страховые медицинские организации осуществлять контроль качества медицинской помощи, обеспечивать реализацию прав застрахованных лиц: ведь пациент является центральным элементом в системе ОМС.

Таким образом, мы можем с уверенностью констатировать, что функционирующая в Российской Федерации система обязательного медицинского страхования является экономическим стержнем здравоохранения, а качество и доступность медицинской помощи – один из основных показателей качества жизни наших граждан.

В Чеченской Республике вопросы здравоохранения, обязательного медицинского страхования рассматриваются в числе важнейших направлений социальной политики региона. Усиление социальной защищенности граждан и укрепление системы охраны здоровья являются приоритетными в деятельности руководства республики, и это можно наглядно наблюдать по курсу, проводимому властями в области здравоохранения.

В нашей республике, как и во всей стране, система ОМС является важнейшим средством обеспечения прав граждан на социальную защиту, которая гарантирует возможность получения доступа к такому жизненно важному для каждого социальному благу, как медицинская помощь в рамках российской системы здравоохранения. Доступность медицинской помощи должна быть обеспечена с помощью всех имеющихся в обществе средств и государственных механизмов, в том числе экономических, политических, организационных, социальных и правовых.

И сегодня мы с уверенностью можем утверждать, что в Чеченской Республике эта система налажена и функционирует надлежащим образом. Конечно, путь к сегодняшней стабильности в системе здравоохранения был весьма тернист, в особенности – в послевоенных условиях, когда инфраструктура региона, в том числе её медицинская составляющая была практически на 100% разрушена или выведена из строя.

И как мы знаем, начало всестороннему восстановлению отрасли здравоохранения было положено первым Президентом Чеченской Республики, Героем России Ахматом-Хаджи Кадыровым, который прекрасно понимал, что стержневым условием возрождения республики является здоровая нация – как духовно, так и физически.

Синхронно с процессом восстановления здравоохранения республики шло становление системы обязательного медицинского страхования, так как и у федерального руководства, и у местных властей было полное понимание того, что ОМС – это единственно верный, самый демократичный и эффективный путь для обеспечения населения качественным медицинским обслуживанием.

При всемерной поддержке нынешнего главы Чеченской Республики, Героя России Рамзана Кадырова нам удалось выстроить систему обязательного медицинского страхования, которая на сегодняшний день целиком и полностью отвечает потребностям населения в области здравоохранения. Постоянное внимание и забота со стороны Р. Кадырова, налаженная работа с Парламентом и Правительством республики позволяют нам с уверенностью говорить о том, что Фонд обязательного медицинского страхования, а в его лице – государство, ни при каких условиях не оставит без помощи человека, нуждающегося в медицинской помощи.

В этом смысле не будет преувеличением сказать, что обязательное медицинское страхование – это величайшее достижение демократического, социально ориентированного общества.

Для корреспонденции:

Абдулазизов Денилбек Шерваниевич – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Тел.: (8712) 29-42-52, e-mail: tfoms.chr@mail.ru

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Адрес: 364000, г. Грозный, ул. Ипподромная, 5

For correspondence:

Denilbek S. Abdulazizov – Director of the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic.

Tel.: (8712) 29-42-52, E-mail: tfoms.chr@mail.ru

Address: the Territorial Obligatory Medical Insurance Foundation of the Chechen Republic,

5 Ul. Ippodromnaya, Grozny city, 364000, Russia

УДК 614.211:33

К вопросу об оплате специализированной медицинской помощи

И.В. Успенская, Е.В. Манухина

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Рязанской области



И.В. Успенская



Е.В. Манухина

Резюме

С 2013 года в Рязанской области оплата специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется на основе клинико-статистических групп болезней (КСГ).

В целом, ожидаемый эффект от использования системы оплаты по КСГ заключается в сокращении средней длительности госпитализации и, соответ-

ственно, больничных мощностей, исходя из реальной потребности в «профильном» коечном фонде, определяемой заболеваемостью населения.

Ключевые слова: специализированная медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара, клинико-статистическая группа болезней.

Abstract

On the question of the specialized medical aid payment

I. V. Uspenskaya, E. V. Manukhina

The Territorial Fund of Obligatory Medical Insurance of the Ryazan Region

Since 2013 payment of the specialized medical aid, provided in the day and night clinic, is effected in the Ryazan region on the basis of diagnosis-related group of diseases (hereinafter referred to as DRG).

On the whole, expectations from the use of the payment system through DRG involve the decrease of average duration of hospitalization and respectively medical capacities,

taking into account real needs in the specialized resulting fund, determined by the sickness rate of the population.

Key words: specialized medical aid, provided in the day and night clinic, diagnosis-related group of diseases.

Наиболее актуальным вопросом оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования является оплата ресурсоемкой специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

С целью унификации способа оплаты медицинской помощи Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом ОМС на основе обобщения опыта регионов разработаны методические рекомендации по применению «Способов оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

Внедрение принципа оплаты медицинской помощи на основе КСГ позволяет:

- а) устранить «привязку» к издержкам, специфичным для конкретного стационара, и снизить «разброс» фактических затрат между однотипными медицинскими организациями;
- б) стимулировать медицинские организации на управление расходами в целях повышения хозяйственной самостоятельности;
- в) снизить расходы на стационарную помощь и обеспечить предсказуемость затрат для плательщиков и поставщиков медицинских услуг в рамках плановых объемов специализированной медицинской помощи, утверждаемых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС;
- г) повысить качество и доступность для населения области специализированной медицинской помощи в условиях стационара за счет эффективности расходов на ее оказание;
- д) скорректировать темпы госпитальной заболеваемости, тяжести заболеваний, объемов стационарной помощи;
- е) упростить систему планирования и финансирования специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях [1].

Целью нашего исследования явилось обоснование целесообразности внедрения оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп болезней.

Материал и методы

В соответствии с Соглашением о тарифах на оплату медицинской помощи в системе ОМС населения Рязанской области (далее – тарифное соглашение) с 01.01.2013 г. в медицинских организациях Рязанской области внедрен способ оплаты за законченный случай госпитализации (лечения), с агрегированием нозологических форм по этиолого-патогенетическому и стоимостному параметрам в КСГ.

Действительно, клинико-статистическая группа болезней (заболеваний) представляет собой группу этиолого-патогенетически близких заболеваний, относящихся к одному профилю специализированной медицинской помощи, сходных по используемым методам диагностики

и лечения (ведения) пациентов и средней ресурсоемкости (стоимости, структуры затрат и используемых ресурсов).

С целью дифференциации стоимости лечения при формировании КСГ в качестве основного признака учитывается профиль нозологии: терапевтический или хирургический, в качестве дополнительного признака – возраст: дети (лица в возрасте до 17 лет включительно) и взрослые.

Для отнесения случая к хирургической КСГ необходим признак – выполнение хирургических (оперативных) вмешательств, учет которых ведется медицинскими организациями, согласно номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н [2].

Формирование стоимости КСГ осуществляется на основе стоимости тарифных групп по профилям (в соответствии с номенклатурой коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 555н) с применением в отношении хирургических КСГ повышающего коэффициента оперативного вмешательства, утвержденного тарифным соглашением [3].

Стоимость терапевтической КСГ по i -ой специальности в j -ой тарифной группе определяется по формуле:

$$C_{ij}^k = \sum_s (T_{ij}^s \times D_i^k),$$

где:

T_{ij}^s – тариф по s -ой статье i -ой специальности в j -ой тарифной группе;

D_i^k – средняя длительность k -ой терапевтической КСГ по i -ой специальности.

Стоимость хирургической КСГ по i -ой специальности в j -ой тарифной группе определяется по формуле:

$$C_{ij}^k = \sum_s (T_{ij}^s \times D_i^k \times M_i^{\text{КОВ}}),$$

где:

T_{ij}^s – тариф по s -ой статье i -ой специальности в j -ой тарифной группе;

D_i^k – средняя длительность k -ой хирургической КСГ по i -ой специальности;

$M_i^{\text{КОВ}}$ – коэффициент оперативного вмешательства по i -ой специальности.

Для каждой тарифной группы формируется отдельный перечень (набор) КСГ соответствующей стоимости с учетом длительности лечения, определенной стандартом медицинской помощи, при его отсутствии – клиническими рекомендациями.

Оплата специализированной стационарной медицинской помощи по принципу – за законченный случай госпитализации по стоимости КСГ – осуществляется в рамках плановых объемов медицинской помощи данного

вида, утвержденных решением Комиссии по каждой медицинской организации.

Оплата законченного случая лечения при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, с оплатой по полной стоимости КСГ, осуществляется в следующих случаях:

- в случае выписки больного в связи с окончанием стационарного этапа лечения при достижении клинического результата, при фактической длительности пребывания больного – не менее 50,0% средней длительности КСГ;
- в случае смерти пациента – при условии выполнения всех возможных в стационарных условиях мероприятий по сохранению жизни больного, независимо от длительности его пребывания (менее 50,0% средней длительности КСГ).

В случаях лечения с фактической длительностью пребывания пациента менее $\frac{1}{2}$ средней длительности КСГ (кроме случаев с летальным исходом) производится частичная оплата специализированной медицинской помощи по формуле:

$$\tilde{C} = \frac{F}{P^k} * C^k$$

где:

F – фактическая длительность пребывания пациента;

P^k – средняя длительность КСГ;

C^k – стоимость КСГ.

Результаты

В 2012 году совместным приказом Минздрава Рязанской области и ТФОМС Рязанской области от 29.12.2012 № 1913/469 было утверждено 1467 КСГ для оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях. Значительное количество КСГ обусловлено многообразием медицинских технологий, различающихся набором медицинских услуг. Год 2013 стал для региона переходным в части совершенствования способа оплаты специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях. Совместно с главными внештатными специалистами Минздрава Рязанской области в течение года осуществлялась работа по изменению агрегирования нозологических форм в КСГ. Так, по состоянию на 01.01.2014 г. в медицинских организациях использовались 1208 КСГ, утвержденные Приказом Минздрава Рязанской области и ТФОМС Рязанской области от 26.12.2012 № 1813/366.

Для совершенствования системы оплаты на местах приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229 утверждены Методические рекомендации, определившие иной алгоритм формирования и оплаты специализированной медицинской помощи по КСГ [4]. Оплата медицинской помощи в условиях стационара также осуществляется по стоимости законченного случая госпита-

лизации, входящего в соответствующую КСГ. Однако технология формирования стоимости КСГ основывается не на стоимости стандартного тарифа для оплаты пролеченного больного, а на стоимости медицинских технологий (мероприятий), выполненных для достижения наилучшего результата лечения.

Стоимость КСГ определяется произведением т.н. базовой ставки финансирования, весового и поправочных коэффициентов. Финансовое обеспечение медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ на основе следующих экономических параметров.

Базовая ставка финансирования специализированной медицинской помощи определяется как средний объем финансового обеспечения в расчете на 1 пролеченного больного, т.е. средняя стоимость 1 случая госпитализации.

Весовой коэффициент затратоемкости КСГ, устанавливаемый на федеральном уровне, определяется как отношение затратоемкости КСГ к базовой ставке финансирования. Решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС с учетом дополнительных критериев утверждаются следующие поправочные коэффициенты:

- а) коэффициент уровня оказания специализированной медицинской помощи;
- б) коэффициент реабилитационной медицинской помощи;
- в) управленческий коэффициент:
 - для акушерских стационаров: при оплате медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде в акушерских стационарах, установлены управленческие коэффициенты в зависимости от группы данных стационаров;
 - для сосудистых центров: при оказании медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения;
- г) коэффициент сложности курации пациента:
 - детям от 0 до 4 лет;
 - при наличии экстренных показаний для госпитализации;
 - при совместном нахождении в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет одного из родителей, другого члена семьи или законного представителя; с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
 - при пребывании пациента в реанимации свыше 7 суток.

Оплата незавершенного случая оказания медицинской помощи в стационаре (досрочная выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), при невыполнении комплекса лечебно-диагностических мероприятий осуществляется за количество проведенных им койко-дней в стационаре.

Оплата специализированной медицинской помощи за счет средств системы ОМС, оказанной в стационарных условиях на основе КСГ, осуществляется во всех страховых случаях. Исключения составляют методы лечения, используемые при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, вошедшие в систему ОМС с 1 января 2014 года и оплачиваемые по фиксированной стоимости законченного случая госпитализации.

Медицинскими организациями Рязанской области в ходе пилота с 1 мая 2014 года осуществляется представление счетов по КСГ, установленным приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229. При оплате законченных случаев лечения по КСГ медицинские организации вынуждены организовывать догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях. После интенсивного курса лечебно-диагностических мероприятий в стационаре заключительный этап лечения и реабилитация переносятся либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия. Планируется, что существенно увеличится объем амбулаторной хирургической помощи [5].

Выводы

В целом ожидаемый эффект от использования системы оплаты по КСГ заключается в сокращении средней длительности госпитализации и, соответственно, больничных мощностей, исходя из реальной потребности в

«профильном» коечном фонде, определяемой заболеваемостью населения.

В регионе проведена значимая работа по систематизации полученных сведений, анализу объемов и финансовых затрат при оказании данного вида медицинской помощи, по совершенствованию планирования объемов медицинской помощи с учетом КСГ.

Литература:

1. Манухина Е.В., Пирогов М.В., Чилилов А.М. Роль клинко-статистических групп в медико-экономической стандартизации здравоохранения // Главврач. – 2013. – № 4. – С. 20-26.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».
4. Приказ ФОМС от 14.11.2013 № 229 (с изм. от 13.12.2013) «Об утверждении «Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
5. Успенская И.В., Манухина Е.В., Борисова Н.В. Совершенствование системы оплаты специализированной медицинской помощи // Экономист лечебного учреждения. – 2014. – № 6 – С. 36-41.

Для корреспонденции:

Успенская Ирина Владимировна – д.м.н., заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области
Тел.: (4912)75-56-79. Сот.: 8-906-545-89-21. Факс: (4912)98-58-73.

Манухина Елена Васильевна – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Рязанской области
Тел.: (4912)75-38-12. Сот.тел.: 8-906-547-56-24. Факс: (4912)98-58-73. E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
Адрес: 390026, г. Рязань, ул. 6-я Линия, д.6

For correspondence:

Uspenskaya I. V. – M.D. Ph.D., Deputy director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region.
Tel.: (4912)75-56-79. Mobile: 8-906-545-89-21. Fax: (4912)98-58-73.

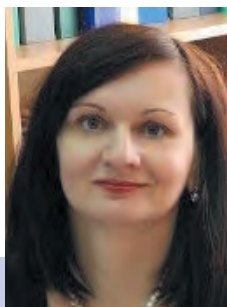
Manukhina E. V. – Deputy director of the Territorial OMI Foundation of the Ryazan Region.
Tel.: (4912)75-38-12. Mobile: 8-906-547-56-24. Fax: (4912)98-58-73. E-mail: manuxina.ev@tfoms-rzn.ru
Address: 390026, Ryazan city, Ul. 6-ya Liniya, 6.

УДК 614.2

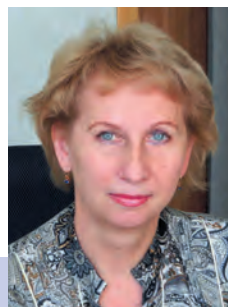
Информационно-аналитическая система «ONLINE-Мониторинг» - необходимый инструмент реализации территориальной программы ОМС

М.А. Зайцева, Л.Е. Мартыненко, Н.В. Женчевская

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Брянской области



М.А. Зайцева



Л.Е. Мартыненко



Н.В. Женчевская

Резюме

Внедрение информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» в территориальном фонде ОМС является надежным и эффективным инструментом при решении задач и принятии решений в рамках реализации территориальной программы обязатель-

ного медицинского страхования в Брянской области. В статье представлены преимущества системы и описаны подходы ее реализации.

Ключевые слова: информационно-аналитическая система, идентификация, комплексное решение.

Abstract

The Information-Analytical System "ONLINE Monitoring" - a necessary tool for the implementation of the territorial OMI program

M.A. Zaitseva, L.E. Martynenko, N.V. Zhenchevskaya

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

The introduction of the information-analytical system «ONLINE Monitoring» in a territorial foundation of obligatory medical insurance is a safe and efficient tool in the solution of tasks and in making decisions within the implementation of the Territorial Obligatory Medical

Insurance Program in the Bryansk region. The article presents advantages of the system and describes approaches for its realization.

Key words: information-analytical system, identification, comprehensive solution.

ТФОМС Брянской области вопросы информационного обеспечения планирования и реализации территориальной программы ОМС определяет в качестве приоритетных. С 2008 г. в фонде организовано проведение мониторинга территориальной программы ОМС с использованием файлового обмена информацией между участниками ОМС об оказанной и оплаченной медицинской помощи. С 01.01.2014 г. на территории Брянской области мониторинг реализации программы осуществляется с использованием технологии удаленного доступа к единому ресурсу оказанной и оплаченной медицинской помощи посредством информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» [2, 5]. В данной системе работают медицинские организации системы ОМС, страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС. Информационно-аналитическая система функционирует в защищенной сети передачи данных, обеспечивающую защиту информации по классу К1.

Цели внедрения информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг»:

- создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное предоставление медицинской помощи надлежащего качества и объема в рамках территориальной программы ОМС;
- формирование аналитической информации о медицинской помощи, оказываемой в различных муниципальных образованиях области, для определения потребности в объеме и структуре медицинских услуг и проведения обоснованного комплексного планирования при формировании территориальной программы ОМС на очередной год;
- анализ хода реализации медицинскими организациями государственных заказов, утверждаемых ежегодно в рамках территориальной программы ОМС;
- ведение персонифицированного учета оказанной медицинской помощи для определения реальной потребности населения в медицинской помощи определенных видов и уровней с учетом заболеваемости и болезненности обслуживаемых контингентов;
- анализ эффективности деятельности учреждений здравоохранения путем сопоставления показателей объема и стоимости оказанной медицинской помощи с показателями здоровья населения муниципального образования: общая смертность, смертность в трудоспособном возрасте и т.д.;
- проведение в режиме реального времени анализа эффективности использования коечного фонда стационарными подразделениями и функции врачебной должности в амбулаторно-поликлинической службе;
- создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования. Контрольно-ревизионная служба фонда при проведении плановых и тематических проверок регулярно использует информацию о медицинских и экономических показателях деятельности участников ОМС при реализации территориальной программы ОМС;
- осуществление мониторинга объемов и видов оказанной медицинской помощи в режиме текущего времени, обеспечивающее оценку реальности выполнения представленных на оплату медицинских услуг;
- формирование аналитической информации для оценки недостатков и преимуществ способов оплаты медицинских услуг в системе ОМС, используемых на территории Брянской области, для обеспечения финансовой устойчивости в сфере ОМС;
- прогнозирование финансовых расходов средств ОМС на основе моделирования использования новых способов оплаты;
- подготовка персонифицированных отчетов об оказанных медицинских услугах для оценки эффективности оказания медицинской помощи, выявления и сокращения зоны низкой эффективности деятельности медицинских организаций системы ОМС;
- формирование персонифицированных отчетов оказанных медицинских услуг, позволяющих выявлять страховые случаи, подлежащие тематической медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС;
- интеграция данных об оплаченной в системе ОМС медицинской помощи с единым ресурсом медицинской информации.

Материал и методы

Реализация Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 25.01.2011 г. № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»; Приказа Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 г. № 79 (в редакции от 26 декабря 2013 г. № 276) «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» потребовала модернизации существовавшей системы мониторинга территориальной программы ОМС Брянской области [3, 4, 7].

На координационном совете по информатизации при Правительстве Брянской области в июне 2013 г. было принято решение о создании информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг». Сотрудниками ТФОМС Брянской области было разработано техническое задание, которое реализовано компанией ООО «Офисные технологии» (г. Брянск).

Данная информационно-аналитическая система во исполнение требований нормативной базы федерального уровня обеспечивает идентификацию застрахованных лиц с учетом истории страхования. Идентификация пациента в МО при формировании данных об оказанной медицинской помощи осуществляется на основании уникального кода-идентификатора застрахованного лица, сформированного в ТФОМС.

Случай оказания медицинской помощи идентифицируется по уникальному коду, сформированному в МО.

Набор ключей, включающий идентификатор застрахованного лица, идентификатор страхового случая и реестровый номер медицинской организации, обеспечивает уникальность случая оказания медицинской помощи в общем информационном ресурсе [1].

При проведении мониторинга оказанной медицинской помощи ТФОМС проводит идентификацию страховой принадлежности застрахованного лица (установление плательщика за оказанную медицинскую помощь) с учетом истории постановки застрахованных лиц на учёт и снятия с учёта на данной территории страхования; выполняет контроль дублирования случаев оказания медицинской помощи [5].

В ТФОМС Брянской области осуществляется контроль выполнения медицинскими организациями плановых показателей объема медицинской помощи. Сверхплановая медицинская помощь (СВП) временно отклоняется от предоставления на оплату в страховые медицинские организации [2].

Наряду с этим ТФОМС Брянской области аккумулирует информацию о тяжелых производственных травмах, не подлежащих оплате из средств обязательного медицинского страхования, а также дополняет информацию о стоимости оказанной медицинской помощи, о коэффициентах, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

Информационно-аналитическая система «ONLINE-Мониторинг» устанавливает случаи оказания медицинской помощи с пересечением или совпадением сроков

лечения в различных медицинских организациях и их подразделениях. Перечень критериев, по которым осуществляется в фонде контроль сведений об оказанной медицинской помощи, утвержден Регламентом информационного обмена в качестве приложения к Положению о порядке оплаты медицинской помощи на территории Брянской области [5].

По результатам проведенного мониторинга в фонде формируется Протокол медико-экономического мониторинга (МЭМ), который с применением квалифицированной электронной подписи доводится до сведения каждой медицинской организации.

Информационное взаимодействие между территориальным фондом ОМС и медицинскими организациями отражено на схеме 1.

Требования надежности и безопасности к единому ресурсу оказанной и оплаченной медицинской помощи посредством информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» обеспечивают круглосуточную доступность к информационному ресурсу, контроль использования страховыми и медицинскими организациями возможности доступа к информационному ресурсу и соблюдение технических требований по подключению к информационному ресурсу [6]. Доступ к защищенным ресурсам предоставлен только пользователям, прошедшим процедуру идентификации и проверку подлинности.

В системе «ONLINE-Мониторинг» информационные объекты подписываются квалифицированной электрон-

Схема 1. Информационный обмен данными об оказанной медицинской помощи

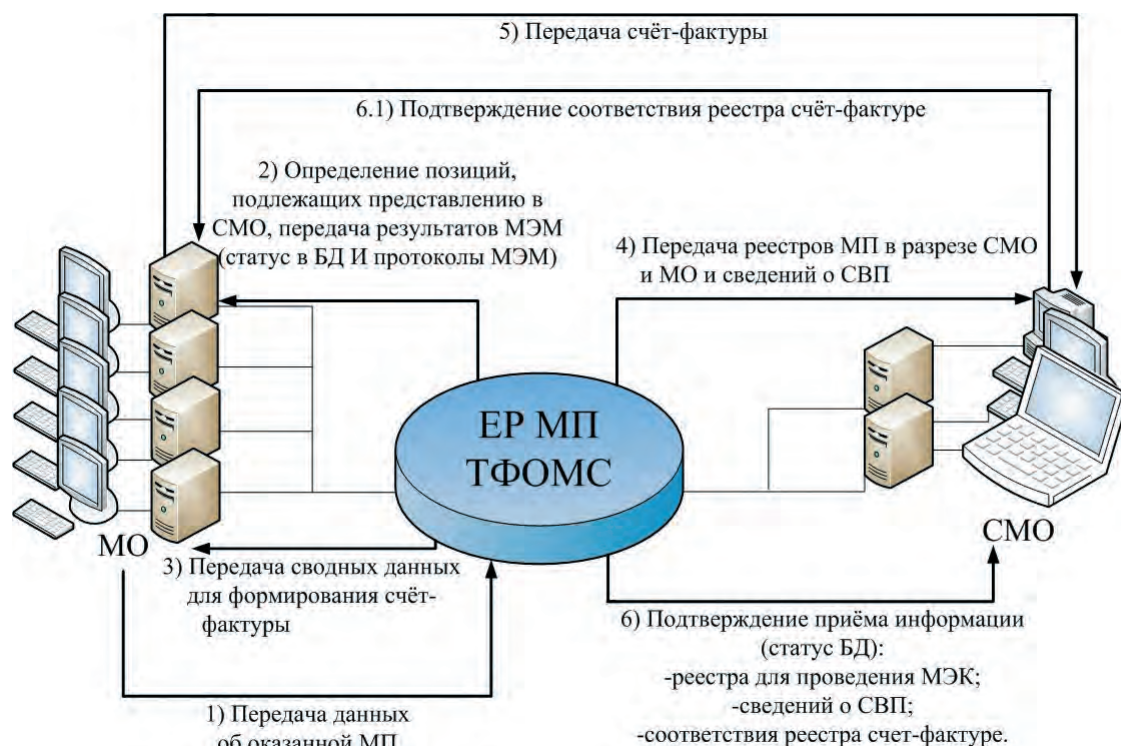
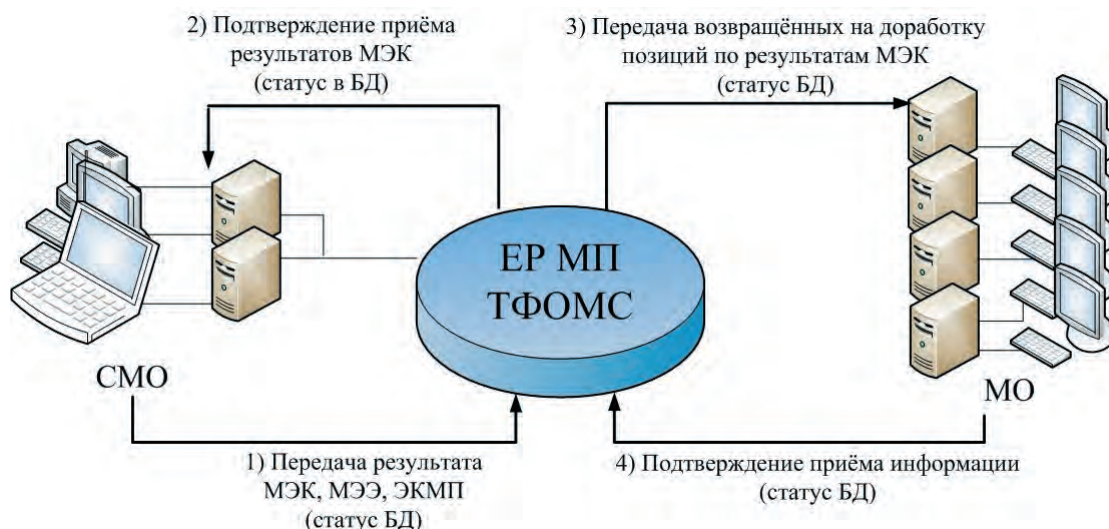


Схема 2. Информационный обмен данными об оплаченной медицинской помощи



ной подписью руководителя, главного бухгалтера и уполномоченного лица Территориального фонда ОМС, страховой и медицинской организацией.

Для медицинских организаций функционал программного комплекса обеспечивает возможность передачи информации:

- об оказанной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС в соответствии с медицинской документацией;
- формирование счёт-фактуры за оказанную медицинскую помощь по результатам проведенного территориальным фондом ОМС мониторинга;
- получение результатов и корректировка сведений о медицинской помощи, отказанной по результатам проведенного мониторинга ТФОМС и медико-экономического контроля СМО.

На территории Брянской области с 1 апреля 2014 г. реализован порядок организационного и финансового взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования при оплате амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся/обслуживающихся лиц. Для проведения автоматизированных расчетов в рамках подушевого финансирования функционал инфор-

мационной системы «ONLINE-Мониторинг» обеспечивает:

- учет оказания медицинской помощи застрахованным лицам, прикрепленным к учреждению здравоохранения для медицинского обслуживания по территориальному принципу или на основании заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации;
- расчет коэффициентов соответствия оказанной амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи установленному нормативу подушевого финансирования;
- формирование протоколов результатов подушевого финансирования.

Информационное взаимодействие между территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями осуществляется посредством защищенного Web-портала [6]. На данном портале размещена информация о медицинской помощи, прошедшей медико-экономический мониторинг и подлежащей представлению на оплату в страховые медицинские организации. На данном ресурсе страховая медицинская организация размещает результаты проведенного медико-экономического контроля, а также медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Информационное взаимодействие между территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями отражено на схеме 2.

Информационный обмен между участниками ОМС осуществляется в сроки, установленные ТФОМС Брянской области (рис. 1).

Результаты контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помо-

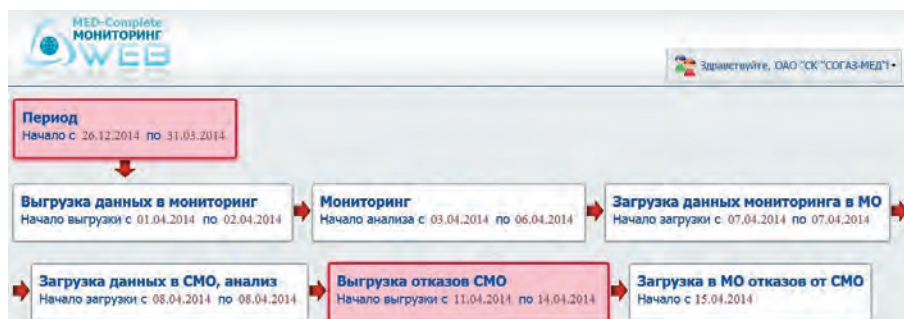


Рис. 1. Web-портал. Информация об отчетном периоде

щи, проведенного в соответствии с критериями, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в «Общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» и Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230, размещаются на Web-портале (рис. 2).

Результаты и их обсуждение

Для оценки эффективности внедрения информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» произведен сравнительный анализ отказов страховых медицинских организаций по результатам медико-экономического контроля по итогам первого квартала 2013 и 2014 годов. Результаты анализа представлены на диаграммах (рис. 3-8).

Проведенный анализ показал, что по итогам первого квартала 2014 г. после внедрения системы «ONLINE-Мониторинг» общая стоимость отказов по результатам медико-экономического контроля сократилась в 8,9 раз. При этом общая стоимость медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями Брянской области, за январь-март 2013 г. составляла 1 752 693 322,79 руб.; за аналогичный период 2014 года 2 061 507 647,33 руб. Таким образом, общий процент от-

ID	Дата	Код МО	Наименование МО	№ счета-Ф	Дата формирования реестра	Реестр МО	Статус	Действия
2942	15.05.2014	320017	Брянскфарм	6	15.05.2014 17:10	М Ожидать XML	Зеленый значок	Иконка
2947	15.05.2014	320021	Областная больница №1	25	15.05.2014 10:03	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2952	15.05.2014	320022	Областной кардиологический диспансер	37	15.05.2014 10:04	М Ожидать XML	Зеленый значок	Иконка
2962	15.05.2014	320032	Больница №2 (Володарский район)	154	15.05.2014 11:06	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2967	15.05.2014	320033	Больница №4	45	15.05.2014 11:07	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2972	15.05.2014	320035	Детевская ЦРБ	137	15.05.2014 11:43	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2977	15.05.2014	320036	Карачевская ЦРБ	32	15.05.2014 10:08	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2982	15.05.2014	320037	Клиническая городская больница	42	15.05.2014 10:09	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
2987	15.05.2014	320038	Консультативно-диагностический центр г.Клинцы	68	15.05.2014 10:09	М Ожидать XML	Зеленый значок	Иконка
2992	15.05.2014	320040	Детская больница г.Клинцы	46	15.05.2014 11:08	М Ожидать XML	Зеленый значок	Иконка
2996	15.05.2014	320060	Валковский арсенал	38	15.05.2014 10:09	М Ожидать XML	Зеленый значок	Иконка
3001	15.05.2014	320061	Сельцовская больница	21	15.05.2014 15:41	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
3006	15.05.2014	320062	Жуковский ЦРБ	29	15.05.2014 10:11	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
3011	15.05.2014	320063	Клиновская ЦРБ	15	15.05.2014 11:11	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка
3016	15.05.2014	320064	Клиновская ЦРБ	44	15.05.2014 11:12	М Ожидать XML	Желтый значок	Иконка

Рис. 2. Web-портал. Результаты контроля, проведенного СМО, доступные для загрузки

каза уменьшился с 0,69% до 0,06% – более чем в 10 раз.

Значительно сократилась доля отказов, связанных с ошибками в персональных данных застрахованного лица, приводящих к невозможности его идентификации. Доля отказов, связанных с некорректным заполнением полей, в I квартале 2014 г. выросла, но по сравнению с I кварталом 2013 г. сумма отказов по данной причине уменьшилась вдвое.

На рис. 5 и 6 приведены аналогичные диаграммы за февраль 2013 и 2014 гг.

На рис. 7 и 8 видно, что практически по всем при-

чинам отказов в оплате медицинской помощи сумма отказов снизилась практически до нуля. В I квартале 2014 г. основная доля отказов приходится на некорректное заполнение полей реестра счетов.

Таким образом, по итогам анализа результатов медико-экономического контроля, проведенного страховыми медицинскими организациями в I квартале 2013 и 2014 гг. можно сделать вывод об эффективности внедрения информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг». До 100% сократились отказы по причинам «Оказание медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией», «Включение в реестр медицинской помощи,

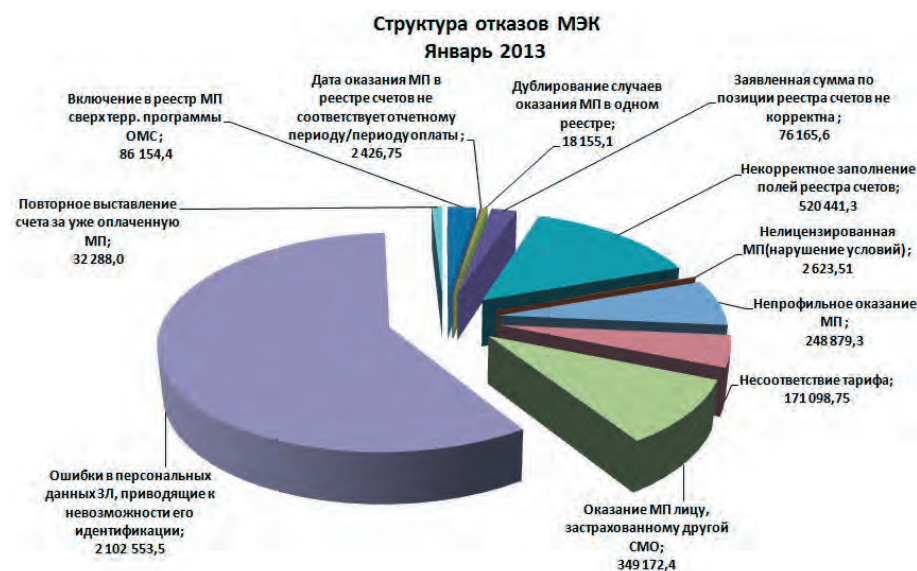


Рис. 3. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в январе 2013 г.

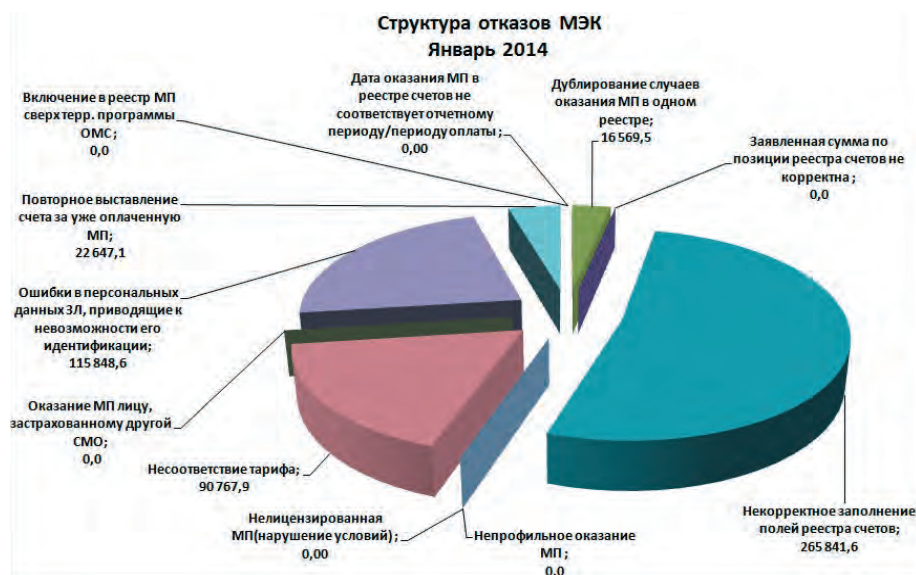


Рис. 4. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в январе 2014 г.

не входящей в территориальную программу ОМС», «Дата оказания медицинской помощи в реестра счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты», «Заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна», «Нелицензированная медицинская помощь», «Непрофильное оказание медицинской помощи», «Несоответствие суммы в счете на оплату и итоговой суммы по реестру».

Ввод в эксплуатацию информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» обеспечил сокращение сроков, полноту и целостность предоставления информации за счет применения современной технологии и полного отказа от файлового обмена данными при непрерывном вводе информации в медицинских организациях.

Важным аспектом информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» является ее интеграция с единой медицинской информационной системой – МИС здравоохранения Брянской области.

Несмотря на то, что информационные системы «ONLINE-Мониторинг» и МИС здравоохранения Брянской области призваны решать разноплановые задачи, при их построении максимально использованы единые электронные классификаторы и справочники, утвержденные Федеральным фондом ОМС. При учете медицинских услуг ис-

пользуется Номенклатура медицинских услуг, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 27.12.2011 г. № 1664н и международный классификатор болезней МКБ10. Согласованы алгоритмические подходы при формировании форм статистической отчетности.

В настоящее время всеми медицинскими организациями, работающими в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области, внедрены следующие сервисы электронной медицины.

Единый информационный портал записи на прием к врачу реализован в следующих вариантах:

- Запись на прием к специалистам, определенным перечнем Министерства здравоохранения Российской Федерации через портал государственных услуг.
- Запись на прием и вызов на дом специалистов, включая специалистов узкой специализации, по территориальному прикреплению лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию через региональный портал nprtem.info [6]. Актуализация расписания производится специалистами медицинских организаций ежедневно, обеспечивается возможность записи на период до семи дней.
- Запись на прием в консультативные поликлиники об-



Рис. 5. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в феврале 2013 г.



Рис. 6. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в феврале 2014 г.

ластных медицинских организаций. Уполномоченное лицо территориальной поликлиники при наличии направления к профильному специалисту областного лечебного учреждения определяет дату и время консультации. Информационная система уведомляет пациента о времени консультации посредством смс-сообщения или через рабочий кабинет пациента.

- Через информационные киоски, установленные во всех медицинских организациях области.

Единый информационный портал записи на прием к врачу работает на технологической площадке территориального фонда ОМС Брянской области, где происходит верификация данных о пациенте посредством запроса к региональному сегменту регистра застрахованных лиц в сфере ОМС Брянской области.

Второе направление информационной деятельности в сфере здравоохранения Брянской области – внедрение электронной медицинской карты с целью создания единого ресурса медицинской информации и медицинских видеозаписей.

Электронная медицинская карта ведется при оказании специализированной стационарной медицинской помощи по следующим профилям: терапия, педиатрия, неонатология, гинекология, (в т.ч. акушерство-гинекология), репродуктивная гинекология), анестезиология, онкология, хи-

рургия, отоларингология, неврология, эндокринология, стоматология, офтальмология, кардиология, урология.

Электронная карта амбулаторного пациента включает в том числе проведенную диспансеризацию и профилактические осмотры взрослого и детского населения.

Параллельно продолжается дооснащение медицинских специалистов автоматизированными рабочими местами.

Выводы

Внедрение информационно-аналитической системы «ONLINE-Мониторинг» является значительным шагом в применении информационных технологий при учете и контроле медицинских услуг. Общий информаци-

онный ресурс позволяет осуществлять взаимодействие между территориальным фондом, медицинскими и страховыми организациями в режиме реального времени. Таким образом специалисты фонда осуществляют контроль над своевременной обработкой медицинскими организациями ошибочных позиций, соблюдением сроков проведения страховыми компаниями медико-экономического контроля реестров счетов. Единый информационный ресурс содержит оказанную и принятую к оплате медицинскую помощь, что дает возможность специалистам территориального фонда ОМС выполнять необходимые аналитические запросы и получать требуемые отчетные

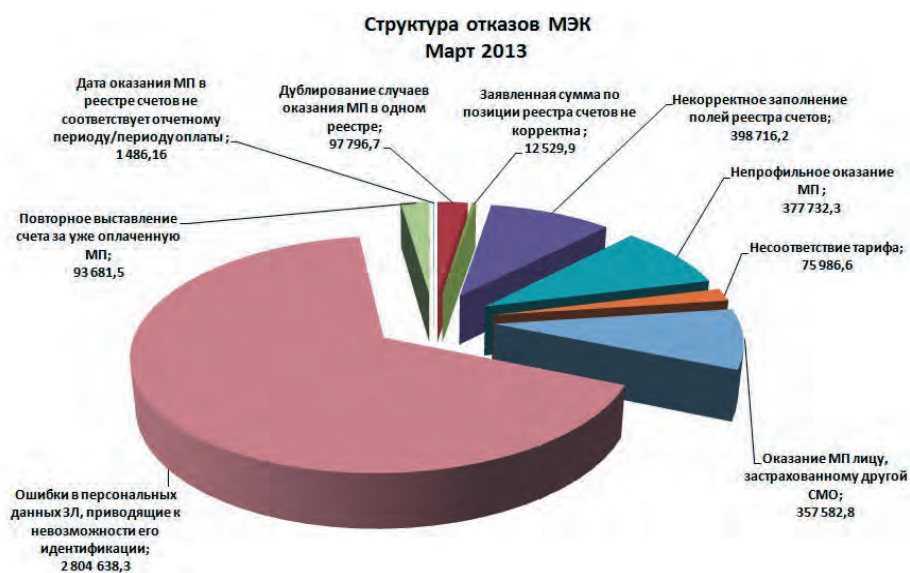


Рис. 7. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в марте 2013 г.

формы непосредственно на своих рабочих местах без привлечения сторонних служб или организаций.

Литература

1. Кузнецов С.Д. Основы баз данных. – 2-е изд. – М.: Интернет-университет информационных технологий; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 484 с.
2. Положение о порядке оплаты медицинской помощи и медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования на территории Брянской области от 29.12.2011 года.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонафицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 08.02.2011 №19742).
4. Приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».
5. Приложение № 22 к Положению о порядке оплаты медицинской помощи и медицинских услуг в сфере ОМС на территории Брянской области (утверждено Генеральным тарифным соглашением № 11 от 13.10.2011 г.) «Регламент информационного



Рис. 8. Структура отказов в оплате медицинской помощи страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля в марте 2014 г.

взаимодействия между участниками и субъектами сферы обязательного медицинского страхования Брянской области.

6. Скотт Б., Нейл Т. Проектирование веб-интерфейсов. – СПб.: Символ-Плюс, 2010. – 352 с.
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Для корреспонденции:

Зайцева Маргарита Анатольевна – врио директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Тел.: 8(4832)64-42-21; 64-51-55; сот. тел.: 8(910)337-57-08 E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Мартыненко Лариса Евгеньевна – начальник отдела информационно-технического обеспечения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Тел.: 8(4832)66-02-82; сот. тел.: 8(980)310-61-21. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Женчевская Наталья Викторовна – главный консультант отдела информационно-технического обеспечения Территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области

Тел.: 8(4832)72-22-64; сот. тел.: 8(980)307-70-73. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Адрес: 241500, Брянск, ул. С. Перовской, 83

For correspondence:

Margarita A. Zaitseva – Timely Acting Director of the Territory Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

Tel.: 8(4832)64-42-21; 64-51-55; mobile Tel.: 8(910)337-57-08

E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Larisa E. Martynenko – Head of the Department for Information and Technical Support of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

Tel.: 8(4832)66-02-82; mobile Tel.: 8(980)310-61-21. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Natalia V. Zhenchevskaya – Chief Consultant of the Department for Information and Technical Support of the Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Bryansk region

Tel.: 8(4832)72-22-64; mobile Tel.: 8(980)307-70-73. E-mail: tfomsbrk@ya.ru

Address: Ul. S.Perovskoy 83, Bryansk, 241500, Russia.

УДК 614.2

Целевая экспертиза качества случаев хирургической помощи с летальным исходом: методика экспертной оценки

А.Д. Рыжаков¹, А.В. Березников¹, А.М. Лебедева¹, М.Е. Промин²

¹ООО «АльфаСтрахование-ОМС», г. Москва

²Мурманский филиал ООО «АльфаСтрахование-ОМС», г. Мурманск



А.Д. Рыжаков



А.В. Березников



А.М. Лебедева



М.Е. Промин

Резюме

Цель исследования. Разработать принципы организации целевой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в хирургических отделениях, и методику экспертной оценки случаев медицинской помощи с летальным исходом. **Материалы и методы.** Работа выполнена в дизайне когортного ретроспективного исследования. В группу исследования вошли 203 случая хирургической помощи с летальным исходом. Методы исследования: патологоанатомическое исследование трупа, метод экспертной оценки

первичной медицинской документации, методы непараметрической статистики. **По результатам работы** предложена методика для проведения целевой экспертизы качества хирургической помощи страховых случаев с летальным исходом.

Ключевые слова: целевая экспертиза качества медицинской помощи с летальным исходом, методика экспертной оценки, хирургическая помощь, дефекты оказания медицинской помощи, причинно-следственная связь дефектов оказания медицинской помощи с исходом.

Abstract

The target examination of the quality of surgical aid cases with lethal outcomes: methods of expert evaluation

A.D. Ryzhakov¹, A.V. Bereznikov¹, A.M. Lebedeva¹, M.E. Promin²

¹The AlfaStrakhovanie–OMS Ltd., Moscow

²The Murmansk Affiliation of the AlfaStrakhovanie–OMS Ltd., Murmansk

The **purpose** of the study is to develop principles of organization for the target examination of the quality of a medical care provided in surgical departments, and methods of expert evaluation of cases in the medical care with lethal outcomes. **Materials and methods:** the research was performed in the design of a retrospective cohort study. The study group included 203 cases of surgical care with lethal outcomes. **Methods of the study:** the postmortem pathologic-anatomical examination of the cadavers, the method of expert

evaluation of a primary medical documentation, non-parametric statistical methods. According to the research **results** an implementation technique for the target examination of surgical aid quality in insurance cases with lethal outcomes was proposed.

Key words: The target examination of medical care quality with lethal outcomes, methods of expert evaluation, surgical aid, defects in medical care, causality defects of medical care with lethal outcomes.

Экспертизу качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании на федеральном уровне регламентируют три основных нормативно-правовых акта: Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [8], Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [9], Приказ ФОМС от 01.12.2010 года №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [6].

Данные документы большей частью регламентируют организацию экспертизы качества медицинской помощи, вопросы методики экспертной оценки качества затрагиваются в данных документах на уровне общих положений.

При проведении экспертизы качества эксперт должен ответить на ряд вопросов: о наличии дефектов медицинской помощи, о достижении запланированного результата и о причинно-следственных связях дефектов медицинской помощи с исходом. Методика работы эксперта, позволяющая ответить на данные вопросы, лежит за рамками нормативно-правовых документов и в настоящее время определяется личным опытом эксперта качества.

Экспертиза качества медицинской помощи сравнительно новое направление в экспертной деятельности, в настоящее время оно не имеет обширной научно-обоснованной методической базы и находится на этапе становления и научной проработке методов и подходов.

В определенной мере схожие проблемы и методы их научного и практического решения относятся к научной специальности судебная медицина. Ряд отечественных и зарубежных авторов обсуждают и предлагают экспертные методы выявления дефектов медицинской помощи, оценки результатов медицинской помощи и причинно-следственных связей дефектов медицинской помощи с неблагоприятным исходом в рамках проведения комиссионной судебно-медицинской экспертизы по материалам «врачебных дел» [1, 2, 3, 4, 5, 7]. Применение данных методов в экспертной деятельности в обязательном медицинском страховании возможно, однако требует адаптации к положениям Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [8], Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [9], Приказу ФОМС от 01.12.2010 года №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» [6].

В настоящей статье мы адаптировали методики судебно-медицинской экспертизы для применения в экс-

пертной деятельности в обязательном медицинском страховании на примере целевой экспертизы качества случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом в хирургических отделениях.

Цель

Разработать принципы организации целевой экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в хирургических отделениях, и методику экспертной оценки случаев медицинской помощи с летальным исходом.

Задачи:

1. Подобрать группу случаев медицинской помощи в рамках клинической специальности «Общая хирургия».
2. Проанализировать непосредственные причины смерти больных в данной группе случаев.
3. Проанализировать материалы экспертной оценки качества медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом в условиях хирургических отделений.
4. Выделить дефекты оказания медицинской помощи в хирургических отделениях, имеющие связь с формированием непосредственной причины смерти.
5. Разработать принципы организации целевой экспертизы качества случаев медицинской помощи с летальным исходом.
6. Подготовить методику экспертной оценки случаев медицинской помощи с летальным исходом.

Материалы и методы

Работа выполнена в дизайне когортного ретроспективного исследования. Группа исследования сформирована согласно критериям включения и исключения.

Критерии включения:

- лица мужского и женского пола, возраст 18 - 75 лет;
- наличие острого хирургического заболевания;
- стационарная хирургическая помощь;
- летальный исход;
- патологоанатомическое или судебно-медицинское исследование трупа.

Критерии исключения:

- онкологические заболевания,
- острые и хронические лейкозы,
- острые и хронические психические заболевания.

В группу исследования вошли 203 случая хирургической помощи с летальным исходом, 123 случая – женщины, 80 случаев – мужчины, средний возраст – 65 лет. Основное хирургическое заболевание: острый панкреатит – 25%, острый холецистит – 10%, язвенная болезнь с осложнениями (перфорация, кровотечение, стеноз выхода из желудка) – 12%, тромбоз мезентериальных артерий – 2%, облитерирующий атеросклероз нижних конечностей – 7%, диабетическая стопа, с осложнениями – 13%, грыжи – 9%, аппендицит – 11%, перфорации кишечника – 3%, язвенный колит, осложненный абсцессом – 1%, кровотечение из варикозно-расширенных вен нижней

трети пищевода при циррозе печени – 7%. По каждой группе случаев исследованы: первичные медицинские документы – 203, протоколы патологоанатомического исследования трупа – 200, протоколы КИЛИ – 14, протоколы судебно-медицинского исследования трупа – 3, заключения комиссионных экспертиз 4, заключения целевой экспертизы качества страховой медицинской организации – 203, в том числе по жалобам родственников застрахованного – 19.

Медицинская помощь оказывалась медицинскими учреждениями (центральные, районные или городские больницы) Брянской, Новгородской, Тверской, Челябинской, Тульской областей.

Методы исследования: патологоанатомическое исследование трупа, метод экспертной оценки первичной медицинской документации, методы непараметрической статистики.

Результаты собственных исследований

В ходе анализа непосредственных причин смерти мы выделили две группы случаев. Первую группу составили 83 случая (40,8%) с непосредственной причиной смерти, связанной с хирургической патологией (исходы, обусловленные осложнениями хирургической патологии – острая кровопотеря, геморрагический шок, сепсис, тяжелые гнойные осложнения, перитонит, полиорганная недостаточность и т.д.). Вторую группу составили 120 случаев (59,2%) с непосредственной причиной, обусловленной декомпенсацией ранее существовавшей или остро возникшей конкурирующей соматической патологией (острая сердечная недостаточность, острая левожелудочковая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, ТЭЛА, внутрибольничная пневмония, дыхательная недостаточность, острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность). Достоверно чаще $p \leq 0,05$ (критерий Хи-квадрат) в случаях медицинской помощи, оказанной в хирургическом отделении, встречались случаи с непосредственной причиной смерти, не связанной с основным хирургическим заболеванием, по поводу которого больной поступил в стационар.

В 183 случаях имела место сопутствующая патология: артериальная гипертензия – 45%, ишемическая болезнь сердца – 21%, ревматическая болезнь сердца с пороками клапанов 4%, фибрилляция предсердий – 8%, варикозная болезнь вен нижних конечностей – 15%, расслаивающаяся аневризма аорты – 0,5%, сахарный диабет второго типа – 27%, аутоиммунный тиреоидит – 2%, хронический пиелонефрит – 7%, гломерулонефрит – 2%, язвенная болезнь – 17%, ХОБЛ – 12%, бронхиальная астма – 5%.

В зависимости от непосредственной причины смерти проводился анализ случаев оказания медицинской помощи в хирургическом отделении. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проводимой страховыми медицинскими организациями, все случаи с непосредственной причиной смерти, связанной с хирургической патологией, оценивались экспертом-хирургом. Для оцен-

ки случаев летальных исходов, где непосредственная причина связана с заболеваниями, диагностика и лечение которых проводится в рамках иных клинических специальностей, наряду с хирургом привлекались эксперты соответствующих специальностей (терапевты, пульмонологи, кардиологи, анестезиологи-реаниматологи). Такой организационный подход к целевой экспертизе качества позволил оценить значимые дефекты медицинской помощи, допущенные в отношении конкурирующей патологии, приведшей к летальному исходу.

Остановимся несколько подробнее на методике экспертной оценки медицинской помощи. В её основе лежит метод последовательного сравнения первичной медицинской документации с «эталоном». В качестве «эталона» 63 статья Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предписывает использовать при экспертизе качества критерии, разработанные на основании соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Экспертиза качества медицинской помощи согласно «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденного Приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230, проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике. Выявление номинальных несоответствий медицинской помощи порядкам, стандартам, сложившейся практике позволяет эксперту качества ответить на вопрос о наличии дефектов медицинской помощи. Изучение первичных медицинских документов позволяет установить и оценить результат от оказания медицинской помощи.

В 81% случаев экспертами выявлены номинальные дефекты оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации. Наличие номинального дефекта не дает оснований утверждать, что он имеет непосредственную связь с летальным исходом. Ответ на вопрос о причинно-следственных связях дефектов медицинской помощи с исходом на основании выявленных дефектов и исхода требует использование специального метода.

В судебно-медицинской экспертизе применяются методика выявления номинальных и основных дефектов (Авдеев М.И., 1957; Вермель И.Г., 1979; Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В., 2003; Ромадановский П.О., 2007; А.В. Ковалев, 2007; Березников А.В., Конев В.П., 2009; Хрусталева Ю.А., 2011; Клевно В.А., Максимов А.В., 2013). Под основным дефектом понимают нарушения в выборе технологии и тактики ведения больного, например, диагностика иного заболевания, чем у пациента, применение консервативной тактики ведения больного, при необхо-

димости выбрать оперативную тактику. Основные дефекты складываются из совокупности номинальных дефектов (рис. 1), например, такие номинальные дефекты, как некачественный сбор жалоб, дефекты осмотра больного приводят к основному дефекту - неверной диагностической тактике и неправильно поставленному диагнозу.

Необходимо выявить складывается ли из номинальных дефектов основной дефект, который может иметь взаимосвязи с неблагоприятным исходом. Обычно данный момент у экспертов качества затруднения не вызывает.

Наиболее сложным вопросом является оценка взаимосвязи основного дефекта с летальным исходом. Исход заболевания определяется тремя основными факторами (Конев В.П., Березников А.В. 2010): тяжестью заболевания, состоянием организма и медицинской помощью. Медицинская помощь – только один из факторов, влияющих на течение патологического процесса в организме больного. Во многих случаях этот фактор не является основным, зачастую в большей степени определяют исход состояние организма больного, характер и тяжесть патологического процесса.

Ответить на этот вопрос позволяет следующий метод. Для ориентировки в этой сложной многофакторной системе необходимо определить шансы на выживание больного в конкретной клинической ситуации. Мы использовали данные современной медицинской литературы по летальности при различных нозологических формах (табл. 1).

В первых двух группах с очень высокой и высокой вероятностью летального исхода говорить о влиянии дефектов медицинской помощи на летальный исход не представляется возможным, поскольку он обусловлен тяжестью заболевания и состоянием больного. В нашем исследовании подобные случаи составили: 78,3% случаев в подгруппе, где непосредственная причина смерти связана с хирургической патологией; 52,5% случаев в подгруппе, где непосредственная причина смерти не имеет непосредственной связи с основным хирургическим заболеванием, по поводу которого пациент поступил в стационар.

При анализе случаев со средней и низкой вероятностью летального исхода выявлены случаи, где основным дефект имел причинно-следственную связь с летальным исходом. В 18 случаях (21,7%), где причина смерти обусловлена хирургической патологией, выявлено формирование следующих основных дефектов, имеющих связь с неблагоприятным исходом:

- недооценка тяжести заболевания, приведшая к неправильной тактике ведения больного - 4 случая;
- осложнения хирургического заболевания, приведшие к летальному исходу, своевременно выявлены не были - 5;
- дефекты оперативного лечения, приведшие к развитию тяжелых осложнений, ставших причиной смерти - 2;
- дефекты оперативного лечения осложнений, повлиявшие на формирование летального исхода - 2;
- дефекты медикаментозного лечения, обусловившее прогрессирование патологического процесса и формирование смертельного симптомокомплекса - 7.

В 57 случаях (47%) оказания медицинской помощи, где непосредственная причина смерти связана с конкурирующим заболеванием, его декомпенсацией или возникновением, выявлены основные дефекты, имеющие связь с летальным исходом:

- недооценка клинических данных и тяжести состояния больного, повлекшая неверную тактику ведения - 27;
- конкурирующее заболевание, ставшее основной причиной смерти, не выявлено - 22;
- своевременно не выявлены осложнения конкурирующего заболевания, приведшие к формированию смертельного симптомокомплекса - 4;
- дефекты лечения, обусловившие прогрессирование конкурировавшего заболевания - 10.

В ходе методической проработки мы сопоставили результаты применения вышеизложенных методов и оснований для отказа в оплате медицинской помощи согласно «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхо-

Таблица 1

Вероятность летального исхода и взаимосвязь основных дефектов с исходом

Вероятность летального исхода в процентах	Вероятности летального исхода (по группам)	Взаимосвязь основных дефектов с летальным исходом
100%-76%	Очень высокая	Отсутствует, исход обусловлен тяжестью заболевания
75%-51%	Высокая	Вероятно, летальный исход обусловлен совокупным влиянием факторов: тяжесть заболевания, сопутствующая патология, дефекты оказания медицинской помощи
50%-26%	Средняя	Возможно, основной дефект был одним из факторов, повлекших летальный исход
25%-0%	Низкая	Основной дефект имеет взаимосвязь с летальным исходом

Таблица 2

Применение типовых дефектов качества медицинской помощи в зависимости от вероятности летального исхода и степени влияния основного дефекта на исход

Вероятность летального исхода	Влияние основного дефекта на исход	Основание для отказа в оплате медицинской помощи Приложение 8 к «Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
Очень высокая	Исход обусловлен тяжестью патологии	3.2.1 Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица. 3.3.1 Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий, приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица.
Высокая	Основной причинный фактор, определивший летальный исход – тяжесть патологии, установить участие в формировании летального исхода основных дефектов оказания медицинской помощи не представляется возможным.	3.2.1+ 3.3.1 (см. выше) 3.2.3 Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). 3.3.2 Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). 3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.

Продолжение таблицы 2

Средняя	Основные дефекты оказания медицинской помощи участвуют в формировании летального исхода как один из факторов, определить степень их участия не представляется возможным.	3.2.3 Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). 3.3.2 Выполнение непоказанных, не оправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке). 3.6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица. 3.2.6. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).
Низкая	Основной фактор формирования летального исхода – основные дефекты оказания медицинской помощи.	3.2.6. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи, приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

ванию», утвержденного Приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230.

Обсуждение полученных результатов

Обязательно при организации целевой экспертизы качества медицинской помощи случаев с летальным исходом, при наличии конкурирующей патологии, ставшей основной причиной смерти, привлекать к проведению экспертизы эксперта качества соответствующей специальности. Это позволяет выявить дефекты медицинской помощи не только по поводу основного заболевания в рамках одной специальности, но и оценить медицинскую помощь по поводу конкурирующей патологии, ставшей основной причиной смерти. В работе экспертов качества медицинской помощи для оценки летальных случаев использовать следующую методику:

1. Оценка и выявление расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов, выделение непосредственной и основной причин смерти;
2. Дальнейший разбор случая производится исходя из непосредственной и основной причин смерти;
3. Определяем вероятность летального исхода в подобных клинических ситуациях и влияния медицинской помощи на исход (табл. 1);
4. Оцениваем оказанную медицинскую помощь, выявляем номинальные дефекты, методом сравнения с «эталонном»;
5. Определяем, формирует ли совокупность номинальных дефектов основной дефект, имеющий взаимосвязь с летальным исходом (рис. 1);
6. Оцениваем влияние основного дефекта на формирование летального исхода (табл. 2);

7. Подбираем типовую формулировку основания в дефекта из приложения к Приказу ФОМС № 230 от 01.12.2010 (табл. 2).

Выводы

1. 59% умерших больных в отделениях общей хирургии умерли от непосредственной причины смерти, не связанной с хирургической патологией. В основном это пожилые пациенты с тяжелой сопутствующей соматической патологией.
2. В 81% случаев экспертами выявлены номинальные дефекты оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации.
3. В 21% случаев с непосредственной причиной смерти, связанной с хирургической патологией, выявлены основные дефекты, имеющие взаимосвязь с прогрессированием патологии и летальным исходом.
4. В 47% случаев оказания медицинской помощи, где непосредственная причина смерти связана с конкурирующим заболеванием, выявлено наличие основных дефектов при оказании медицинской помощи, имеющих взаимосвязь с прогрессированием патологии и летальным исходом.
5. При организации целевой экспертизы качества медицинской помощи случаев с летальным исходом, при наличии конкурирующей патологии, ставшей основной причиной смерти, привлекать к проведению экспертизы эксперта качества соответствующей специальности.
6. Предложена методика работы эксперта качества



Рис. 1. Соотношение номинальных и основных дефектов

при проведении целевой экспертизы качества хирургической помощи страховых случаев с летальным исходом.

Литература:

1. Баринев Е.Х., Муздыбаев Б.М., Ромодановский П. О., Черкалина Е.Н. Исследование причин профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи новорожденным – важная задача практического здравоохранения // Проблемы экспертизы в медицине. – 2011. – С 41-42.
2. Буромский И. В., Клевно В. А., Пашинян Г. А. Судебно-медицинская экспертиза: Термины и понятия: Словарь для юристов и судебно-медицинских экспертов. — М.: Норма, 2006. — 256 с.
3. Ерофеев С.В. Медико-правовые аспекты оценки качества медицинской помощи: сравнение зарубежной и отечественной практики / С.В.Ерофеев // 6-й съезд судебных медиков. - Тюмень, 2005. – С. 34-37.
4. Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинская экспертная деятельность: проблемы, перспективы. — Киров, 2002. — С. 115-122.
5. Максимов А.В. Судебно-медицинская оценка медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой: Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 126 с.
6. Приказ ФОМС от 01.12.2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»
7. Тягунов Д.В., Самойличенко А.Н. Анализ неблагоприятных исходов оказания медицинской помощи в практике лечебно-профилактических учреждений ХМАО-Югры// Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2008. – Т.23. – № 2-3. – С. 42 - 45.
8. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
9. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Для корреспонденции:

Рыжаков Андрей Дмитриевич – к.м.н., генеральный директор ООО «АльфаСтрахование–ОМС»
e-mail: ARygakov@alfastrah.ru

Березников Алексей Васильевич – д.м.н., руководитель Дирекции медицинской экспертизы ООО «АльфаСтрахование–ОМС»
e-mail: avbereznikov@mail.ru

Лебедева Анастасия Михайловна – к.м.н., главный специалист Дирекции медицинской экспертизы ООО «АльфаСтрахование–ОМС»
e-mail: LebedevaAM@alfastrah.ru

Адрес: 115162, г. Москва, ул. Шаболовка, 31, стр Б.

Промин Максим Евгеньевич – начальник отдела медицинской экспертизы Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование–ОМС»
Адрес: 183038, г. Мурманск, ул. Софы Перовской, д. 25/26, e-mail: murmansk-oms@alfastrah.ru, Тел.: (8152) 44 39 03

For correspondence:

Andrey D. Ryzhakov – MD, PhD, Director General of the AlfaStrakhovanie–OMS Ltd.
E-mail: ARygakov@alfastrah.ru

Alexey V. Bereznikov – MD, PhD, Head of the Directorate for Medical Expert Examination of the AlfaStrakhovanie–OMS Ltd.
E-mail: avbereznikov@mail.ru, Tel. 8-916-17-83948 (Contact Person)

Anastasia M. Lebedeva – MD, PhD, Chief Specialist of the Directorate for Medical Expert Examination of the AlfaStrakhovanie–OMS Ltd.
E-mail: LebedevaAM@alfastrah.ru

Address: Ul. Shabolovka 31-B, Moscow, 115162, Russia.

Maxim E. Promin – Head of the Department for Medical Expert Examination of the Murmansk Affiliation of the AlfaStrakhovanie–OMS Ltd.
Address: Ul. Sofy Perovskoy 25/26, Murmansk, 183038, Russia. E-mail: murmansk-oms@alfastrah.ru, Tel.: (8152) 44 39 03

Поздравляем с юбилеем директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области Гаврилову Тамару Петровну!



Сегодня женщине приходится быть очень сильной, чтобы возлагать заботу не только о семье на свои хрупкие плечи. Однако настоящая сила состоит не в том, чтобы умело руководить коллективом, настоящая женская сила заключается в женственности.

Именно такая – женственная, элегантная, сдержанная и целеустремленная – Тамара Петровна Гаврилова, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области.

Детство Тамары Петровны прошло в г. Холмске Сахалинской области. Живописная природа этого сурового края в сочетании с открытостью и доброжелательностью местных жителей не могли не повлиять на характер Тамары Петровны, решившей посвятить себя медицине, и осознавшей, что богатство каждого человека – здоровье.

Получив в 1979 году высшее медицинское образование в Благовещенском государственном медицинском институте, она осталась в Амурской области и поступила в клинику ординатуры. По окончании ординатуры – успешная работа уже в качестве ассистента на кафедре внутренних болезней БГМИ.

Происходящие экономические изменения в стране в 90-х годах не могли не коснуться и здравоохранения. Обладая аналитическим складом ума и умением чутко улавливать жизненные перемены, воспринимать новое и претворять это новое в жизнь, с 1990 по 1994 годы Тамара Петровна трудится в новой должности заместителя главного врача Амурской областной клинической больницы.

В Амурском областном фонде обязательного медицинского страхования Тамара Петровна работает с первых дней его образования. За период деятельности выполняла обязанности заместителя директора по организации обязательного медицинского страхования, первого заместителя исполнительного директора. Периоды становления, развития и совершенствования обязательного медицинского страхования на территории области, формирования нормативной базы осуществлялись непосредственно под руководством Тамары Петровны. Имея высшее медицинское образование, она, в 1998 году закончила Кемеровский государственный университет, получив высшее экономическое образование.

Многогранная деятельность Тамары Петровны основана на высоком профессионализме и порядочности, и потому так закономерно, что пройдя многие ступеньки карьерного роста, с 2002 года она – исполнительный директор фонда, мудрый и ответственный руководитель. Управление коллективом – тяжелый труд, но Тамара Петровна блестяще с этим справляется благодаря своей природной интуиции и умению оценить достоинства каждого сотрудника, поддержать делом и словом. Благодаря этим качествам в фонде сложился творческий коллектив. Уважительное отношение к коллегам по работе не мешают ей быть строгой и принципиальной, быстро и профессионально находить решения поставленных перед фондом задач.

В целях дальнейшего совершенствования системы обязательного медицинского страхования Амурской области Тамара Петровна проводит большую работу по взаимодействию с органами законодательной и исполнительной власти области, Министерством здравоохранения области, руководителями страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Тамара Петровна награждена Почетной грамотой Федерального фонда обязательного медицинского страхования, нагрудным знаком Федерального фонда ОМС «10 лет обязательного медицинского страхования», Памятным знаком «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации», отмечена Почетными грамотами Администрации Амурской области и Амурского областного Совета народных депутатов.

Поздравляем с 50-летним юбилеем директора Бурятского территориального фонда обязательного медицинского страхования Самбуева Дамбиниму Нимацыреновича!



Самбуев Дамбиниму Нимацыренович в 1987 году окончил Благовещенский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело». Закончил интернатуру и был назначен главным врачом Торской участковой больницы Тункинского района Республики Бурятия. После окончания ординатуры в 1994 году на базе Иркутского государственного медицинского института на кафедре госпитальной терапии Самбуева Д.Н. назначили главным врачом Окинской центральной районной больницы Республики Бурятия.

В 2002 году в Иркутской государственной медицинской академии защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В 2003 году избран на должность главы муниципального образования «Окинский район».

Постановлением Правительства Республики Бурятия от 11 августа 2006 года Самбуев Д.Н. назначен на должность исполнительного директора Бурятского территориального фонда обязательного медицинского страхования.

За время работы Самбуева Д.Н. в должности директора территориального фонда ОМС финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования увеличилось с 2 480,2 млн. рублей до 10 137,9 млн. рублей в 2014 году.

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемых из республиканского бюджета в систему ОМС, увеличился с 1 165,1 млн. рублей до 4 751,7 млн. рублей в 2014 году.

Особое внимание Самбуев Д.Н. уделяет вопросам реализации приоритетных национальных проектов в здравоохранении республики, реализации Программы модернизации здравоохранения в Республике Бурятия на 2011-2012 годы. За два года проведения мероприятий по модернизации здравоохранения в здравоохранение республики дополнительно направлено субсидий ФОМС на сумму 3 382,3 млн. рублей.

Под руководством Самбуева Д.Н., начиная с 2007 года, осуществляется реализация плана мероприятий по повышению качества услуг в сфере здравоохранения Республики Бурятия: ориентация на конечный результат с переходом учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования; обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи; осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создания системы внутри - и межучрежденческих взаиморасчетов; реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда; обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества.

Разработана Методика определения дифференцированных подушевых нормативов для расчета страховых медицинских организаций с медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках территориальной программы ОМС и имеющими прикрепленное население, разработана система мониторинга реализации мероприятий по повышению качества медицинской помощи.

Самбуев Д.Н. внимательный, чуткий руководитель пользующийся большим уважением и авторитетом в коллективе, готовый помочь каждому в любой ситуации. Он обладает высокими способностями к аналитической работе, наделен жизнерадостным и позитивным отношением к жизни, а также способностью выявлять далеко не очевидные причинно-следственные связи, делая при этом точные выводы. В отношениях с людьми, ценит прежде всего такие качества, как ум, открытость, порядочность и ответственность, поскольку сам обладает этим в полной мере. Последователен и принципиален в решении каждого вопроса и достижении поставленной цели.

Дамбиниму Нимацыреновичу присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Бурятия» и почетное звание «Заслуженный работник культуры Республики Бурятия».

Дамбиниму Нимацыренович – сторонник здорового образа жизни, стал идеологом и вдохновителем восхождения коллектива ТФОМС РБ в мае 2013г. на вершину горы Мунко-Сардык, высота которой 3 491 м над уровнем моря, самую высокую точку Восточных Саян, культовую вершину для альпинистов Бурятии, Сибири и Дальнего Востока.

Большой знаток и ценитель национальной культуры бурятского народа, прекрасный семьянин, отец троих детей.

Функционирование системы здравоохранения и медицинского страхования в Австрии



Австрия (нем. Österreich), официальное название Австрийская Республика (Republik Österreich) — государство в центре Европы. Название страны происходит от древненемецкого Ostarrîchi — «восточная страна». На севере граничит с Чехией, на северо-востоке — со Словакией, на востоке — с Венгрией, на юге — со Словенией и Италией, на западе — с Лихтенштейном, Швейцарией и Германией. Большая часть территории страны находится в Альпах и только треть — на высоте менее 550 метров над уровнем моря. Площадь Австрии — 84 000 км². население 8 420 000 чел.

Официальные языки: немецкий; региональные языки: словенский, хорватский, венгерский; язык жестов.

Крупнейшие города: Вена, Грац, Линц, Зальцбург.

Форма правления: Парламентская республика.

Согласно Конституции, Австрия является президентско-парламентской федеративной республикой и состоит из 9 земель (нем. Bundesländer), из которых статус субъекта Федерации имеет столица государства — Вена. Каждая земля имеет свое Законодательное собрание и Правительство. Основные принципы политической системы: верховенство закона, демократия, федерализм, республиканская форма правления, разделение властей и либерализм.

Австрия — одна из богатейших и развитых стран мира. По объему ВВП (валовый внутренний продукт) на душу населения Австрия с показателем 36 640 евро входит в первую мировую десятку. ВВП (2012 г.) составляет 309 090 млн. евро.

В Австрии 10-15 федеральных министерств (национальный уровень), 9 земельных администраций, 99 районов (региональный уровень), 2000 общин (муниципальный уровень). Федерация, как правило, определяет основные направления функционирования и развития. Оперативные задачи выполняются землями или же организациями социального страхования. Земли несут ответственность за больницы (применении законов и их осуществление).

В Австрии существуют разные формы самоуправления:

1. профессиональное самоуправление в органах, представляющих интересы лиц определенной профессии (рабочая, торговая, сельскохозяйственная, врачебная, аптечная);
2. территориальное самоуправление в общинах;
3. самоуправление в социальном страховании.

Самоуправление в социальном страховании способствует независимости от органов государственного

управления, привлечению важных общественных сил, демократическому управлению, отсутствию бюрократии, меньшие затраты организации, усиление чувства солидарности, разгрузку и децентрализацию государственного управления. Австрийское социальное страхование с момента своего зарождения во второй половине XIX в. строится на принципе самоуправления: представители застрахованных и работодателей ведут дела социального страхования, государство имеет право надзора.

Организации социального страхования несут ответственность за внебольничный сектор: например, за врачей, работающих в практиках (в форме автономного самоуправления), а также за финансирование необходимых мероприятий по медицинской реабилитации. В профилактике частично задействованы все организации здравоохранения в соответствии со своими компетенциями.

Уровни организаций:

Национальный уровень (Федерация)	Региональный уровень (Земли)	Социальное страхование (Самоуправление)
• Рамочное законодательство • В рамках Федерального управления задачи передаются землям или же организациям социального страхования • Значение надзорного ведомства в применении законов и в обучении • Санитарная инспекция в больницах	• Законодательство по применению законов и их применение в медицинском обслуживании в больницах • Задача по обслуживанию — обеспечение обслуживания в больницах • Компетенции по планированию (распоряжение по земельным планам строительства больниц, проверка потребностей, санитарно-гигиенические нормы). Служба здравоохранения • Уход, социальная помощь • Делегирование задач в области оказания неотложной помощи и социальных служб	• Применение законов по социальному страхованию • Задача по обслуживанию — обеспечение обслуживания не в больницах • Компетенции по планированию и регулированию вне больницы • Общие договоры/ отдельные договоры

СОСТОЯНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АВСТРИИ

По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ); система здравоохранения в Австрии – одна из лучших в мире, а в 2007 году она была признана лучшей в Европе.

Обширен медицинский потенциал Австрии. Страна обладает плотной сетью медицинских учреждений: в 2012 году в стране насчитывалось 277 больниц с общим числом более 64 703 койки. Плотность койко-мест – 7,7 коек/1 000 жителей; плотность коек в отделениях с острыми заболеваниями – 6,0 коек/1 000 жителей.

Стационарное лечение получают 2,8 млн. человек, амбулаторно посещают 17,4 млн. человек. Охват населения больницами (включая дневные стационары) составляет 33% населения. Продолжительность госпитализации (острые заболевания) – 5,2 дня. Штат больниц (на полную ставку) – 135 000 человек. Австрийским социальным страхованием ежегодно выплачивается сумма в размере около 4,6 млрд. евро в земельный фонд здравоохранения (эта сумма ежегодно индексируется).

По данным 2013 года, в Австрии 20 373 врачей, имеющих собственную практику; 10 525 врачей, имеющих договор с больничной кассой; 9 848 частных врачей. В Австрии в распоряжении застрахованных находятся: 13 657 врачей общего профиля, 20 834 врачей-специалистов¹.

Расходы на душу населения (застрахованных лиц) за врачебную помощь и медикаменты в 2013 году составили:

	Врачебная помощь	Медикаменты
Всего расходов	3 856 млн. евро	3 031 млн. евро
Расходы на душу населения	574 евро	451 евро

Расходы социального медицинского страхования в 2013 году:

	Млн. евро	%
Врачи	3 856	24
Больницы	4 525	29
Медикаменты	3 031	19
Стоматологи	894	6
Больничные	626	4
Декретные	599	4
Административные расходы	441	3
Другое	1 704	11
Всего	15 676	100

Австрийская система социального страхования обеспечивает защиту от рисков, связанных с заболеваниями, старением и несчастными случаями на работе. Она имеет большое влияние на социальную стабильность, благосостояние и демократическое устройство в Австрии, является гарантом социальной надёжности.

Медицинское страхование берет на себя, прежде всего, расходы на медицинские услуги, независимо от размера уплаченных страховых взносов. После окончания трудовой деятельности сохранение высокого жизненно-

¹ По данным 2012 г.

Финансирование австрийской системы здравоохранения.



Источник: Федеральное министерство здравоохранения, 2013

го уровня обеспечивается за счет 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 еще частично из налоговых поступлений.

Обеспечение здоровья является одним из государственных приоритетов. Австрийская система здравоохранения основана на принципах солидарности, доступности и универсальности. Здравоохранение финансируется из государственных и частных источников, поставщиками услуг являются государственные и частные медицинские учреждения.

Принцип солидарности означает: через страховые взносы происходит уравнивание между теми, кто больше зарабатывает, и теми, кто меньше. С точки зрения услуг – происходит уравнивание между теми, кто больше нуждается в помощи, и теми, кто меньше. Благодаря социальному уравниванию защитой социального страхования бесплатно пользуются многие члены семей. В пенсионном страховании происходит уравнивание между работающими и пенсионерами (договор поколений). Свой вклад в финансирование вносят как работодатели, так и работники.

Характерной чертой австрийского социального страхования является обязательное страхование, которое включает почти всех работающих. Страховые отношения возникают в силу закона сразу после поступления на работу и включают в себя бесплатное страхование близких родственников, при этом размер страховых взносов не зависит от индивидуального риска.

В Австрии застраховано 99,9 % населения, из них 76 % составляют все работающие и 24 % составляют близкие родственники, которые непосредственно взносов не платят, но получают все услуги как застрахованные лица. Размер страховых взносов зависит от доходов, что составляет 7,65 % дохода без вычетов налогов (максимальная база для расчета взноса по состоянию на 2014 г. составляет 4 530 евро), минимальная сумма – 395,31 евро, 50 % которых платит работник, 50 % – работодатель.

Пример по размеру взноса с учетом ежемесячного дохода 1 000 евро:

	Трудящийся (евро)	Работодатель (евро)
Страхование на случай болезни	38,20	38,20
Страхование от несчастного случая	0	13
Пенсионное страхование	102,50	125,50
Страхование от безработицы	30	30
Общая сумма взноса	170,70	206,80

Страховая организация медицинского страхования обеспечивает страхование:

- 1) в страховых случаях (болезни, нетрудоспособности в результате заболевания, входящих в общий закон о социальном страховании в Австрии), беременности;
- 2) для предупреждения заболеваний и сохранения общественного здоровья (осмотры несовершеннолетних и профессиональные осмотры); для стоматологического лечения и протезирования зубов;
- 3) для помощи физически немощным (вспомогательные средства);
- 4) для мер медицинской реабилитации;
- 5) для мер по укреплению здоровья.

По выбору могут предоставляться следующие услуги – меры по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

В Австрии выделяются следующие виды страхования:

- 1) страхование на случай болезни (профилактика, заболевания, медико-вспомогательные средства, декрет);
- 2) страхование от несчастного случая (медицина труда, лечение производственных несчастных случаев, реабилитация);
- 3) пенсионное страхование (включая профилактику и реабилитацию);
- 4) страхование от безработицы.

Система здравоохранения Австрии базируется на законодательно регулируемом взаимодействии многочисленных заинтересованных организаций на федеральном, земельном и муниципальном уровнях.

На федеральном уровне основными из них являются: Парламент страны, Правительство в лице Федерального Министерства здравоохранения (BMG) и Федерального Министерства труда, социальных дел и защиты прав потребителей (BMAK), а также их социальные партнеры (профсоюзы, объединения работодателей).

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, расходов 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 (например, Совет по медикаментам, Совет по психическо-

му здоровью, Комиссия по здоровому питанию, Комиссия по ценам и т.д.).

Высший санитарный совет (Oberste Sanitätsrat – OSR) – научно-медицинский комитет, который состоит из 32 ведущих экспертов в области медицины, науки, фармацевтики, социального страхования и медицинского обслуживания и вырабатывает для Федерального министерства здравоохранения рекомендации по всем основополагающим вопросам медицинской науки и практики, а также проводит экспертизу всех законодательных и нормативно-правовых актов, выпускаемых министерством.

Австрийское общество по здравоохранению (Gesundheit Österreich GmbH – GÖG) является национальным исследовательским и плановым институтом в области поддержки здравоохранения и состоит из трех частей:

— **Австрийский федеральный институт здравоохранения (Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG)** планирует структурные основы австрийской системы медицинского обслуживания, разрабатывает «Австрийский структурный план здравоохранения», ведет реестр пожертвованных человеческих органов, реестр медицинских препаратов, поддерживает связь с международными организациями в области цен на медицинские препараты и т.д.

— **Австрийский фонд здоровья (Fonds Gesundes Österreich – FGÖ)** занимается поддержкой информационных кампаний по пропаганде здоровья и профилактики заболеваний.

— **Федеральный институт качества в здравоохранении (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen – BIQG)** занимается контролем качества работы медицинских учреждений и разработкой рекомендаций по повышению эффективности их работы в интересах клиентов. Этот институт занимается также ведением реестра качества в области хирургии, сердечной хирургии, детской хирургии, трансплантологии и т.д.

Австрийское агентство по здравоохранению и продовольственной безопасности (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit – AGES) ответственно за безопасность и качество продуктов питания, за здоровье населения, за здоровье животных, осуществляет контроль за рынком медицинских лекарственных препаратов. В Агентстве работают более 1400 экспертов, которые занимаются сбором, анализом и статистической обработкой информации в сфере здравоохранения, экспертизой законодательства в области безопасности питания и защиты прав потребителей, исследованиями в области ветеринарии. Агентство занимается также борьбой с инфекционными заболеваниями и их профилактикой. Учредителями AGES являются Федеральное Министерство здравоохранения (BMG) и Федеральное Министерство сельского и лесного хозяйства, экологии и водного хозяйства (BMLFUW).

Федеральное агентство здравоохранения (Bundesgesundheitsagentur – BGA) является обще-

ственно правовым фондом на федеральном уровне, который ответственен за планирование и управление финансовыми средствами, выделяемыми на здравоохранение, и их распределение между регионами. Решающим органом BGA является Федеральная комиссия по здравоохранению (Bundesgesundheitskommission – BGK), состоящая из 31 члена: представители федерального центра, всех земель, городов и общин, федерального союза субъектов системы социального страхования, религиозных организаций, объединений пациентов, врачебной палаты, аптечной палаты, объединений государственных и частных больниц. Отметим, что фонды с аналогичными функциями на земельном уровне созданы во всех землях (Landesgesundheitsfonds – LGF).

Важную роль в системе здравоохранения Австрии играют многочисленные общественные организации, основными из которых являются:

Австрийская врачебная палата (Österreichische Ärztekammer – ÖÄK) – профессиональное сообщество врачей, членами которой являются представители 9 земельных врачебных палат. По австрийскому законодательству все врачи обязаны быть членами одной из медицинских палат.

Австрийская палата стоматологов (Österreichische Zahnärztekammer – ÖZÄK) объединяет всех стоматологов страны.

Австрийская аптечная палата (Österreichische Apothekerkammer – ÖAK) является объединением аптек Австрии.

Австрийское общество качества в медицине (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung & Qualitätsmanagement in Medizin GmbH – ÖQMed) является дочерним обществом Австрийской врачебной палаты и объединяет врачей и медицинских менеджеров. Задачей общества является разработка и контроль критериев качества медицинских учреждений, а также подготовка и повышение квалификации медицинских менеджеров.

Австрийская платформа здравоохранения (Gesundheitsplattform – GP) – независимая национальная сеть, объединяющая соответствующие организации и экспертов, которая занимается вопросами безопасности пациентов и качества медицинских услуг.

В Австрии имеется также множество союзов и общественных организаций, которые объединяют специалистов, работающих в различных сферах здравоохранения (Общество психологов, Общество медицинских сестер, Общество специалистов по уходу за больными, Общество специалистов, обслуживающих медицинскую технику, Союз производителей фармацевтической продукции и т.д.).

СИСТЕМА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ АВСТРИИ

Право жителей Австрии на достойный уровень жизни и качественное медицинское обслуживание реализуется через систему социального страхования, которая базируется

на принципах обязательности страхования, солидарности и самоуправления. Системой обязательного медицинского страхования охвачены 99,9% населения страны. Система финансируется за счет страховых взносов и состоит из трех компонентов: медицинское страхование, пенсионное страхование и страхование от несчастных случаев.

Структура системы социального страхования Австрии²:



Структура системы социального страхования Австрии состоит из Федерального Союза организаций социально-го страхования, объединяющего 22 страховые компании:

- 9 региональных (земельных) больничных касс;
- 6 производственных больничных касс;
- пенсионной страховой организации;
- общей страховой организации от несчастных случаев;
- страховой организации частных предприятий;
- страховой организации работников сельского хозяйства;
- страховой организации работников железных дорог и горнодобывающей промышленности;
- страховой организации работников нотариата;
- страховой организации государственных служащих.

Социальное страхование является обязательным для всех жителей Австрии. Солидарность социального страхования предполагает одинаковые условия страхования и одинаковое страховое обеспечение для всех, независимо от доходов и имущественного статуса застрахованных лиц и размера страховых взносов. Страховые взносы работающих лиц платятся работодателем и работником в равных долях (7,65% от заработной платы). За безработных страховые взносы платит социальное ведомство. Выбор страхующимся страховой организации социального страхования зависит от места работы и места жительства человека. Страховые организации социального страхования не конкурируют друг с другом.

² Дополнительно см. приложение

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.

Пациент имеет право на свободный выбор лечащего врача и места оказания других видов медицинской помощи.

Частное медицинское страхование в Австрии – добровольное – и обеспечивает застрахованным в нем лицам дополнительные социальные услуги, не покры-

ваемые системой обязательного социального страхования. Ассоциация частных страховых компаний Австрии (Versicherungs Ungsunternehmen – VUÖ) представляет интересы частных страховых компаний и насчитывает 142 члена.

Система электронной медицинской документации ELGA

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 системы электронных карт было начато в Австрии в 1993-1994 гг. Проект создания этой системы называется ELGA (elektronische Gesundheitsakte). В 2005 году электронные карты социального страхования „e-card“ были внедрены во всей Австрии. Система электронных карт является частью австрийского «электронного правительства», а не является только карточкой социального страхования. Пользоваться электронной картой можно и вне системы социального страхования, она обеспечивает безопасный доступ к персональным данным, хранящимся в других местах. В настоящее время электронная карта является необходимым документом жителя Австрии при посещении им врача, больницы, аптеки, организаций социальной поддержки населения и т.д. Плата за пользование электронной картой составляет 10,3 евро/год.

Преимущества системы электронной медицинской документации ELGA:

1. Объединение всех структур в здравоохранении в единую сеть.
2. В лечении и наблюдении пациентов в настоящее время задействованы не одно, а несколько лечебных учреждений и несколько профессиональных групп.
3. В рамках реформы здравоохранения осуществляется укрепление сотрудничества этих учреждений и групп, а также реализуется более оптимальная координация их совместной деятельности.
4. Организация информационного обмена между всеми этими учреждениями и группами.
5. Уже имеющаяся в наличии информация способствует повышению качества решений в отношении диагностики лечения.
6. Повышает степень защищенности и автономности пациентов:
 - Уменьшается нагрузка пациентов, вызванная большим количеством исследований.
 - Выписывание медикаментов при помощи электронной системы помогает пациенту лучше разобраться с теми лекарствами, которые он принимает, таким образом уменьшается риск побочного

действия и учитывается взаимодействие препаратов.

- Пациентам не приходится разбираться в своей медицинской документации самостоятельно, и им нет нужды выступать в роли «носителя информации».

7. Структурное качество медицинской документации (унификация содержания и технологий – функциональная совместимость).

Политическая дискуссия о внедрении электронной карты ведется с 2003 года. Решение о принятии системы принято в 2009 году. Закон о системе электронной медицинской помощи был принят в конце 2012 года и вступил в силу с 01.01.2013 г.

Закон о системе электронной медицинской документации ELGA предполагает:

- 1) защиту и безопасность конфиденциальных медицинских данных;
- 2) добровольное участие граждан;
- 3) график работ поэтапного внедрения системы;
- 4) обязательное сохранение данных в рамках системы (при соблюдении иерархии) - больницы, партнеры в рамках договора с организациями социального страхования, аптеки; эпикризы, результаты анализов и исследований, назначение препаратов; распоряжения о передаче другому лицу прав по принятию важных медицинских решений в случае утраты дееспособности, доверенности на передачу распорядительских прав, медицинские реестры;
- 5) доступ в соответствии с обязательством конфиденциальности согласно закону о профессии;
- 6) регулирование деталей по качеству структуры результатов обследований;
- 7) запрет использования для (врачей) страховых компаний, инстанций, работодателей, в медицине труда;
- 8) санкции уголовно-правовых норм (административные санкции, уголовный кодекс);
- 9) обязательное информирование федерального министерства здравоохранения Австрии, организаций социального страхования, врачей и больничных учреждений.

Электронная медицинская документация в системе ELGA :

Медицинская документация в системе ELGA доступна

- Независимо от того, где она была сделана.
- Нет необходимости в пересылке результатов, теперь они доступны всем лечащим врачам сразу же, когда они будут готовы.
- Доступ к документации очень прост: нет необходимости в дополнительных процедурах (подтверждении, дополнительных телефонных звонках, факсах).
- Не требует дополнительного программного обе-

спечения – доступ осуществляется при помощи обычной компьютерной системы.

- Передача текстовых данных и изображений происходит без потерь.

Электронная карта используется в качестве ключа и не хранит медицинских данных. Технически на ней могли бы быть записаны и медицинские данные человека, но пока юридически не решены вопросы вмешательства в частную жизнь человека. В дальнейшем предполагается развивать электронную карту в части размещения на ней медицинских данных человека на добровольной основе, что особенно важно в условиях чрезвычайных ситуаций.

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, а также в Швейцарии, Македонии и Сербии.

На основании проведенных социологических опросов, оценивающих качество жизни широким спектром субъективных и объективных показателей, можно констатировать, что жители Австрии в целом удовлетворены своей жизнью. Когда респондентов попросили оценить их общую удовлетворенность жизнью по шкале от 0 до 10 баллов, австрийцы дали ей оценку 7,5 балла, что превышает средний показатель среди стран ОЭСР, равный 6,6 балла. 82% населения Австрии считают, что на протяжении дня они испытывают больше положительных эмоций (ощущение спокойствия, гордость за достигнутые успехи, радость и т. д.), чем отрицательных (боль, беспокойство, грусть, скука и т. д.). Этот показатель превышает средний по ОЭСР (76%).

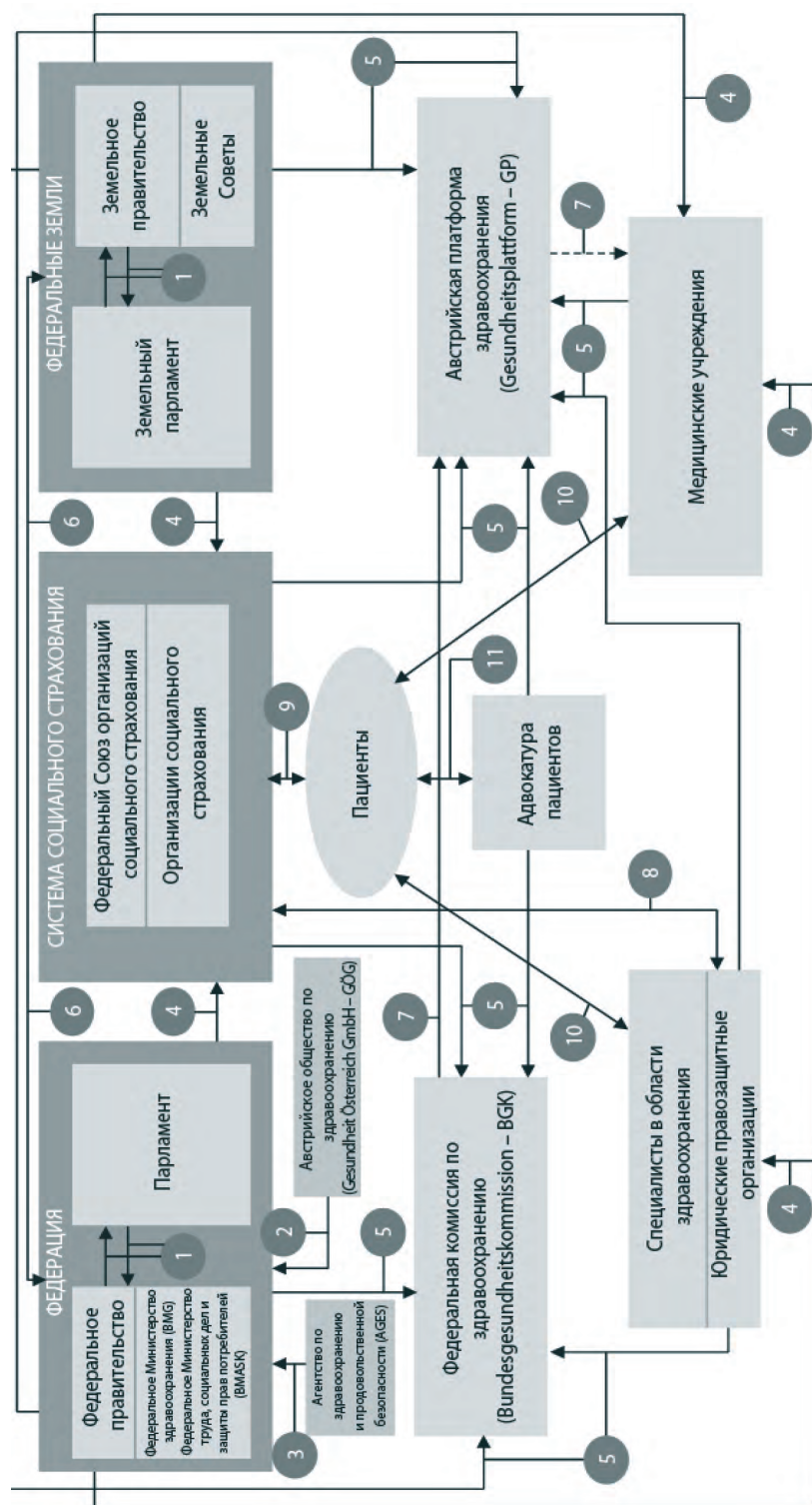
Проблемы австрийской системы здравоохранения.

1. Зоны ответственности (финансирование, планирование, налогообложение) очень строго распределены между федеральным центром, 9 федеральными землями, 22 кассами социального страхования, а также муниципалитетами и коммунами.
2. Из-за этого возникает проблема длительного согласования решений между этими ведомствами и организациями (особенно в Федеральном агентстве здравоохранения и Земельном медицинском фонде).
3. Экономический дефицит в целом: попытки переложить оплату медицинских услуг из одной статьи бюджета в другую.
4. Обремененная больничными случаями система здравоохранения (устранение диспропорции между недостаточным количеством больничных койко-мест и большим количеством больничных случаев).
5. Слишком сильная бюрократизация вместо ориентации на пациентов и процессы их медицинского обслуживания.
6. Двойственность медицинского обслуживания.
7. Единая австрийская система измерения качества и безопасности медицинской системы находится пока только в стадии развития.
8. Меры по стимулированию здоровья и здорового образа жизни пока недостаточно выработаны.

Источники:

1. Материалы презентаций министерств и ведомств, посещенных в ходе повышения квалификации «Опыт оплаты стационарной медицинской помощи на основе модифицированной системы клинко-статистических групп. Медицинское страхование в Австрии. Электронное медицинское обслуживание», Австрия, 2014.
2. Хорошо застрахован. Социальное обеспечение в Австрии. Информация Австрийского музея общественных и хозяйственных отношений по заказу Главного объединения австрийских обществ социального страхования. – Австрия, 2012 г.
3. Система здравоохранения в Австрии. Аналитическая записка. – Дюссельдорф, 2014.

Структура системы здравоохранения Австрии



Пояснения к Структуре системы здравоохранения Австрии:

- (1) а) Законопроекты Федерального правительства (министры), представленные на рассмотрение парламента или Земельного правительства (земельные советники) на рассмотрение ландтага.
б) Принятие федеральных законов парламентом, принятие земельных законов земельными парламентами
- (2) Поддержка BMG (Федерального Министерства Здравоохранения).
- (3) Поддержка BMG, особенно в рамках допуска медицинских препаратов (AGES – Агентство по здравоохранению и продовольственной безопасности).
- (4) Управление здравоохранением
(а) в рамках Федерации (например, санитарная инспекция, санитарный надзор за больницами, контроль

органов социального страхования и государственных объединений по защите интересов потребителей).

- (6) в рамках земель (например, получение согласия на застройку и введение в эксплуатацию лечебных заведений, допуск к образованию поликлиник и совместных частных практик, реализация земельных планов развития, инвестиционное финансирование).
- (5) Назначение членов для Федеральной Комиссии по здравоохранению и для Австрийской платформы здравоохранения.
- (6) Консультационный механизм между Федерацией и Землями или общинами в отношении правоустанавливающих актов (законы, предписания).
- (7) а) Механизм санкций: при нарушении нормативных предписаний, касающихся качества и ведения документации Федерации комиссия по здравоохранению

может удерживать финансовые средства, предназначенные для соответствующего Земельного фонда здравоохранения.

- (6) Земельные фонды здравоохранения (платформы по здравоохранению) могут реализовывать подобный механизм санкций по отношению к медицинским учреждениям.
- (8) Переговоры по вхождению на рынок социальных услуг и тарифам.
- (9) Законное членство в организациях социального страхования (обязательное страхование).
- (10) Принципиальная свобода выбора пациентом лечебного заведения и специалиста, имеющего частную практику в области здравоохранения.
- (11) Представительство интересов пациента в любой федеральной земле.

Земельные фонды здравоохранения (платформы по здравоохранению) могут реализовывать подобный механизм санкций по отношению к медицинским учреждениям.

Земельные фонды здравоохранения (платформы по здравоохранению) могут реализовывать подобный механизм санкций по отношению к медицинским учреждениям.

Земельные фонды здравоохранения (платформы по здравоохранению) могут реализовывать подобный механизм санкций по отношению к медицинским учреждениям.

Земельные фонды здравоохранения (платформы по здравоохранению) могут реализовывать подобный механизм санкций по отношению к медицинским учреждениям.

Семинар «Опыт оплаты стационарной медицинской помощи на основе модифицированной системы клинико-статистических групп. Медицинское страхование в Австрии. Электронное медицинское обслуживание»

29 сентября – 3 октября 2014 г., Австрия, г. Вена



Посещение и ознакомление с работой стационара Евангелической больницы в Вене

В рамках семинара состоялось посещение Австрийского Агентства по здравоохранению и продовольственной безопасности. Руководитель Агентства доктор Фридрих Полесны рассказал гостям об организационной структуре системы здравоохранения Австрии, а также о роли Агентства в системе здравоохранения. Агентство работает над обеспечением максимального качества здравоохранения, а также над организацией высокой степени продовольственной безопасности и защиты прав потребителя в Австрии.

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

Докладчик, руководитель департамента страхования Александр Тох отметил, что система социального страхования в Австрии носит обязательный характер для каждого жителя. Социальное страхование затрагивает



Посещение Федерации страховых организаций социального страхования для ознакомления с вопросами организации медицинского страхования в Австрии, с вопросами выравнивания финансовой обеспеченности здравоохранения регионов Австрии, ознакомление с функциями страховых организаций

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 и ознакомились с особенностями 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, договорных отношений с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи, методов оплаты медицинской помощи, а также вопросам качества медицинских услуг.

Представитель региональной страховой организации Барбара Койзер пояснила, 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. 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.

В рамках посещения федеральной организации здравоохранения состоялся круглый стол на тему: «Реформирование системы здравоохранения Австрии». Австрийская система здравоохранения 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 уровнях. Министерство здравоохранения 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.

Российская делегация ознакомилась с работой стационара Евангелической больницы в Вене. 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 медицинских услуг.

Кристоф 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 Эйсл отметил, что важным фактором развития австрийской системы здравоохранения стало введение электронных карт социального страхования «e-card» (SV-Chipkarte).

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.

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

На помощь!

Министр здравоохранения Вероника Скворцова: Медицина не может опаздывать.

Вероника Игоревна, еще несколько лет назад мы принимали как должное, что в разных регионах возможности лечения серьезно отличаются. Почему так случилось и как выполняется задача «выровнять» эти возможности «от Москвы и до окраин»?

Вероника Скворцова: После распада СССР система здравоохранения, как и вся страна, подверглась серьезной перестройке, переориентации на новые, рыночные механизмы работы. На фоне критического снижения финансирования учреждений фактически приходилось выживать, вплоть до того, что пациентам предлагалось приходить на госпитализацию со своим бельем, питанием, ремонтировать что-то в палате и даже убирать в ней. Средств не хватало даже на текущую деятельность, не говоря уже о ремонте или модернизации. Нельзя забывать, что до 30 % советских поликлиник и больниц принадлежали различным предприятиям, многие из которых в 90-е годы просто перестали существовать.

Когда различия в финансовом благополучии регионов стали стремительно нарастать, это отразилось и на здравоохранении. В 1993 году был принят фундаментальный закон об охране здоровья граждан. Он закрепил основные полномочия в сфере охраны здоровья граждан за регионами, в том числе и в финансировании поликлиник и больниц. Благополучные регионы тратили больше, дотационные - существенно меньше, и это, естественно, сказалось на доступности и качестве медицинской помощи населению.

Стоимость одной и той же медуслуги в клинике Москвы могла быть в 25 раз выше, чем, например, в Иваново

И переход на обязательное медицинское страхование, как я понимаю, эти противоречия не сгладил?

Вероника Скворцова: Верно. В 2008-2009 годах межрегиональные различия тарифов в системе ОМС доходили до 25 раз, то есть стоимость одной и той же услуги в государственных учреждениях Москвы могла быть в 25 раз выше, чем, например, в Иваново.

Что-то предпринималось, чтобы это изменить?

Вероника Скворцова: В 2010-2011 гг. были внедрены первые Порядки оказания медицинской помощи, а также скорректированы требования к формированию программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Разрыв несколько сократился. Однако стоимость стационарной медицинской помощи все еще очень значительно отклонялась от расчетного норматива. К концу 2011 года в восьми регионах из десяти отклонение превышало 50%, и только в двух из десяти составляло 20-

50%. Тарифные комиссии в регионах продолжали работать обособленно, ориентируясь исключительно на местную специфику.

Россиянам будут делать сложные операции по медицинской страховке

И все-таки Минздрав эту систему настойчиво выправлял?

Вероника Скворцова: С 1 января 2013 года был впервые возвращен принцип социального равенства и солидарности при распределении государственных ресурсов здравоохранения. Территориальные программы ОМС стали финансироваться на основе единого для всей страны подушевого норматива с учетом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации между регионами.

Важно отметить, что подушевой норматив 2013 года превысил норматив 2012 года на 45%, при этом значительно расширилась структура тарифа ОМС. Туда вошли расходы на текущее содержание медорганизаций и приобретение оборудования стоимостью до 100 000 руб. Последние два года мы активно работали с региональными тарифными комиссиями, а также внедряли более прогрессивные методы оплаты медпомощи.

Благодаря этому впервые все территориальные программы ОМС стали бездефицитными по отношению к единому нормативу, а также значительно, более чем в 2 раза с 2011 года, сократились различия в стоимости медицинской помощи одного и того же вида. Дифференциация тарифов все еще сохраняется. В девяти регионах из десяти они стали меньше 20%.

Кроме того, в программе госгарантий были конкретизированы новые обязательства?

Вероника Скворцова: Да, в нее впервые вошли нормативы по профилактике, неотложной медицинской помощи, реабилитации, паллиативной помощи.

Таким образом, мы начали формировать нормативную базу, вводящую для всех регионов России единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи.

Когда говорят о стандартах в здравоохранении, многие возражают: врачевание невозможно загнать в рамки, все пациенты разные и требуют разного подхода.

Вероника Скворцова: Конечно, 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 кли-

нических рекомендаций (протоколов лечения), и единые принципы организации лечения и маршрутизации больных, и единые перечни гарантированных государством лекарств и медизделий. Сюда же входят финансово-экономические нормативы и стандартизированные методы оплаты. Все это помогает достигать качественной помощи при сохранении ее доступности для всех граждан страны.

Сейчас мы считаем грубой ошибкой госпитализацию больных с инфарктами, инсультами в обычные стационары, а не специализированные межрайонные центры

Но можно ли предъявлять общие требования к организации медицинской помощи, если регионы и учреждения так друг от друга отличаются?

Вероника Скворцова: Наш опыт говорит о том, что не только возможно, но и необходимо.

В 2011-2013 годах мы провели модернизацию здравоохранения: создавали условия для внедрения на всей территории страны самых современных медицинских технологий. Проведенные ремонты, переоснащение и компьютеризация позволили увеличить фондооснащенность государственного здравоохранения в 2 раза. Но самое главное было - правильно сконцентрировать технологические возможности.

Впервые в рамках «сосудистой программы» мы использовали трехуровневый принцип организации медпомощи. Из медицинских учреждений первого (районного, муниципального, участкового) уровня были выбраны наиболее сильные, способные выполнять межрайонные функции, и на их базе были открыты специализированные сосудистые отделения (второй уровень). Эти межрайонные медцентры, как правило, размещаются в городах с населением не менее 30 тыс. человек и с хорошими подъездными путями, так чтобы транспортировка больных из любой точки прикрепленной территории не превышала одного часа. Именно эти центры в первую очередь обеспечиваются всем необходимым для быстрой качественной диагностики и лечения (КТ, МРТ, ультразвуковые комплексы, экстренные лаборатории и др.), а также концентрируют профильных специалистов.

По сути, если первый уровень отвечает за профилактику, каждодневное медицинское сопровождение людей и помощь при наиболее распространенных и не опасных заболеваниях, то второй (межрайонный) уровень - «стратегический». Он ответственен за снижение смертности. Наконец, третий уровень - это оказание высокотехнологичной помощи, которое в последние годы становится все более доступным.

Сегодня число таких межрайонных центров увеличилось в 3,7 раза, а коечный фонд в них - в 4 раза. Сейчас мы считаем грубой ошибкой госпитализацию больных с острым коронарным синдромом, миокарда, инсультами, комбинированными травмами, комами и другими жизнеугрожающими состояниями в стационары первого уровня (участковые и районные больницы). Там нет необходимых технологий для адекватного оказания помощи таким больным. Все больные с жизнеугрожающими состояниями должны госпитализироваться в межрайонные центры; в них частота смертельных исходов и инвалидизации больных при перечисленных тя-

желых заболеваниях в несколько раз меньше, чем в участковых и районных больницах.

Есть ли уже результаты проведенной «перегруппировки»?

Вероника Скворцова: Правильная маршрутизация больных, в том числе проживающих в сельской местности, с 2011 года по 2013 год позволила снизить частоту смертей при острой сердечной патологии в 4 раза, а при травмах - на 8,7%. В результате по итогам 2013 года общая смертность сельского населения снизилась на 4,6%, по сравнению с 2011 годом, в том числе от болезней системы кровообращения - на 11,7%, от травм и отравлений - на 7,4%.

Большая работа была проведена со службой скорой медицинской помощи. Все машины и станции «Скорой» сегодня оснащены навигационной техникой ГЛОНАСС. Теперь управлять ими стало легче - диспетчеру известно нахождение бригад как общеврачебных, так и профильных. Кроме того, стали возможными телемедицинские консультации с передачей ЭКГ и других данных прямо из машин скорой помощи. В результате тромболизис и другие методы активного лечения такие бригады могут проводить на догоспитальном этапе, еще в машине. Это очень важно! Ведь в экстренных ситуациях чем раньше начато лечение, тем оно эффективнее.

С другой стороны, чем активнее характер терапии, тем больше она способна навредить, если ее проводят неправильно или не по назначению! ГЛОНАСС дает возможность минимизировать такие риски.

Действительно, важно, чтобы больной максимально быстро попал в ту клинику, к тем специалистам, у которых он получит именно ту помощь, которая нужна. Есть ли документ, который бы обязывал регионы соблюдать маршрутизацию?

Вероника Скворцова: Все, о чем мы сейчас говорили, закреплено в Порядках оказания медицинской помощи. Там есть и этапы оказания помощи, и принципы маршрутизации больных, и требования к профильным медорганизациям. За 2012-2013 годы Минздрав актуализировал или создал вновь 62 Порядка по основным медицинским профилям. Перед утверждением мы детально проработали их с профессиональным сообществом, руководителями здравоохранения в регионах.

Законодательно закреплена обязательность применения Порядков на всей территории страны и предусмотрены наказания за их неисполнение. Это одна из гарантий качества медицинской помощи. Росздравнадзор строго следит за тем, как они соблюдаются.

Расходы на здравоохранение стремительно растут. Поэтому правительства разных стран проводят реформы, стараясь сдерживать этот рост, сохранив доступность медицины

Некоторые эксперты утверждали, что одних порядков недостаточно, ведь они не описывают того, что собственно должен делать врач - как ему лечить больного?

Вероника Скворцова: Они абсолютно правы. Для врача необходимы другие документы - клинические рекомен-

дации, или протоколы лечения. Во всех развитых странах они существуют на национальном уровне. Кроме того, есть и международные протоколы. Так, до моей работы в министерстве я работала в Европейской и Всемирной группах по написанию протоколов лечения при сосудистой патологии мозга и инсультах. Эти протоколы являлись базовыми для специалистов во многих странах.

Нужно отметить, что на протяжении почти 30 последних лет в нашей стране не было единых национальных протоколов лечения. По некоторым медицинским профилям протоколов вообще не существовало, по другим - не было единообразия: протоколы были написаны в нескольких вариантах для каждого заболевания в рамках различающихся между собой, а иногда - просто непримиримых позиций разных медицинских школ.

Вероника Скворцова: Конечно, медицинская помощь всегда индивидуализирована. Я согласна с тем, что работа врача — одна из самых творческих.

А для чего тогда нужны стандарты медицинской помощи?

Вероника Скворцова: В условиях отсутствия протоколов лечения и единой тарифной политики в 2010-2011 годах предполагалось, что разработка этих документов поможет на переходный период, частично заполнив пустоты в стандартизации по всем основным направлениям, - качеству медпомощи, эффективности работы врачей, потребности в гарантированных лекарствах и финансовых ресурсах. Это был важный этап, начало системных преобразований в здравоохранении.

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 для принятия каких-либо решений по лечению конкретного больного. Индивидуальные особенности течения заболевания, разные схемы и тактики лечения он не учитывает. Их возможность лишь подразумевается по вариативности потребностей в отдельных компонентах лечения. Мы никогда не сможем оценить по стандарту качество медицинской помощи, оказанной конкретному больному. Ведь, по стандарту невозможно сказать, относился больной к 30 или 70% (как в нашем примере), т.е. требовал он или нет конкретного компонента лечения. Кроме того, при наличии у больного сопутствующих заболеваний или присоединении в ходе болезни осложнений стандарт становится просто недостаточным и требует дополнений.

Главное предназначение стандартов, как предполагалось, - это формирование на их основе программы госгарантий бесплатной помощи. Это был важный посыл, ведь бесплатная помощь для пациентов - не бесплатна для госу-

дарства. Нельзя без необходимых ресурсов требовать качественного лечения.

После многих лет недофинансирования впервые в 2011 году законодательно было закреплено положение о том, что все гарантии в сфере охраны здоровья граждан должны быть финансово обеспечены по четкому расчету. Причем не по «безликим» койко-дням или посещениям поликлиники, а по реальным смысловым потребностям в лечении конкретных заболеваний.

То есть можно рассчитать общие расходы на гарантированную государством медпомощь?

Вероника Скворцова: Теоретически - да. Именно так и казалось в 2011 году. Но для такого расчета необходимо стандартизировать 32 тысячи заболеваний, входящих в Международную классификацию болезней, оценить стоимость каждого заболевания на основе среднего числа больных за прошлый год, затем просчитать ориентировочную суммарную стоимость всего объема помощи за год, сравнить эту сумму с реальными возможностями финансового обеспечения и, определив размер необходимой «оптимизации», внести в стандарты изменения таким образом, чтобы выйти на реальную величину. Огромная и, к сожалению, непродуктивная работа. Даже если утвердить 32 тысячи стандартов (по числу заболеваний), реальная стоимость лечения не будет соответствовать «стандартизованной». Кроме того, работа с ними будет невозможной из-за их лавинообразного устаревания, необходимости бесконечно вносить смысловые и ценовые поправки.

Получается, оплачивать медицинскую помощь по стандартам невозможно?

Вероника Скворцова: Опыт единственной страны в мире, которая пыталась создать подобную систему оплаты медицинской помощи, - Германии, говорит, что это крайне неудобно. Громоздкая и многотарифная система непригодна для эффективного администрирования. Неслучайно Германия быстро отказалась от этой модели.

Наш российский опыт также показал недостатки в использовании стандартов для тарификации. В 2011 году было создано 75 экспериментальных стандартов. В рамках региональных программ модернизации регионы-участники эксперимента выбрали по 20-25 стандартов. Финансирование выбранных 20-25 заболеваний действительно существенно улучшилось, но при этом выделение средств по остальным направлениям резко сократилось, так как общая сумма финансовых ресурсов не изменилась и они стали финансироваться по остаточному принципу. Иными словами, стандарты применимы тогда, когда необходимо откорректировать финансирование лечения определенного заболевания, «вытянуть» его в ручной режим. Прежде всего, это касается социально-значимых заболеваний, определяющих структуру смертности нашего населения, а также заболеваний, лечение которых обходится дороже всего (орфанные заболевания и состояния, требующие высокотехнологичного лечения), то есть тех заболеваний, которые требуют точечного финансового управления. Поэтому не случайно действующий федеральный закон об основах охраны здо-

ровья граждан не делает их применение императивным требованием.

Что же предлагает Минздрав сегодня?

Вероника Скворцова: 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 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 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.

Заглянем в завтра

А как конкретно будут финансироваться разные медицинские учреждения? В начале нашего разговора вы упомянули единые подходы к тарифной политике и единые методы оплаты медицинской помощи.

Вероника Скворцова: Да, наша первоочередная задача на этом направлении - 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.

Одна из проблем, решать которую приходится правительствам всех стран, - это рост расходов на здравоохранение. Во многих развитых странах эти расходы растут быстрее ВВП. Поэтому страны ОЭСР, Австралия, Новая Зеландия и многие другие вынуждены активно проводить реформы в здравоохранении. У этих реформ несколько общих составляющих: сдерживать рост расходов на здравоохранение, сохранить равный доступ к медицинской помощи всем группам граждан, пересмотреть подходы в оплате медицинской помощи от экстенсивного принципа (по койко-дню и посещению) к интенсивному (по результату).

В основе изменения метода оплаты больничной помощи лежит создание групповых экономических стандартов, созданных путем объединения ряда «родственных» заболеваний в одну клинико-статистическую группу (КСГ) на основе схожих черт, прежде всего, характера медпомощи и структуры тарифа на ее оказание.

Различия между структурой тарифов разных заболеваний очевидны. Например, качество проведенных операций на органах брюшной полости, прежде всего, определяется мастерством врачей, и в тарифе более 40 % должно отводиться именно на оплату труда специалистов. Еще 40 % - это расходы на лекарства и медизделия. В то же время, например, операции по эндопротезированию тазобедренного сустава наряду с мастерством врачей требуют дорогостоящих эндопротезов. Эти операции отличает принципиально иная структура тарифа: 26 % - оплата труда медработников, 70 % - дорогостоящий имплант и лекарства.

В отличие от стандартов образца 2011 года, применение КСГ предоставляет возможность рационального распределения ресурсов между всеми группами заболеваний на основе расчетных пропорций, независимо от суммы имеющихся финансовых ресурсов. То есть никогда ничто не будет финансироваться по остаточному принципу.

Опыт многих стран и первый опыт применения КСГ в России свидетельствует о том, что независимо от национальной модели и системы здравоохранения внедрение оплаты по клинико-статистическим группам приводит к повышению эффективности системы здравоохранения за счет акцента на современные ресурсосберегающие технологии, уменьшению времени пребывания пациента в стационаре, росту объема амбулаторной «малой» хирургии. Догоспитальное обследование и подготовка к оперативным вмешательствам начинается преимущественно в амбулаторных условиях, долечивание переносится в дневные стационары и «стационары на дому», при этом пациент остается под контролем медиков. Все это - с ростом доступности медицинской помощи и без ущерба ее качеству.

Когда в Германии ввели систему КСГ, расходы на стационарное лечение сократились до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение.

За 2012 год Минздрав, совместно с группой международных экспертов, разработал российскую модель клинико-статистических групп заболеваний. В большинстве регионов, внедривших КСГ в прошлом году, виден результат: стало меньше необоснованных госпитализаций, сокращены сроки лечения в стационарах, увеличены объемы стационарзамещающей помощи. В результате в рамках одних и тех же объемов финансовых ресурсов стало возможным повысить зарплату медработникам, повысить расходы на лекарства и медизделия, применять новые технологии.

В настоящее время министерством совместно с экспертным сообществом подготовлено более 60 новых групп КСГ, включающих 1007 методов высокотехнологичной помощи, в которых ВМП впервые просчитана по полному тарифу.

Картина в здравоохранении постепенно меняется: в регионах работают специализированные центры, стали про-

водить сложные операции, за которыми раньше больные ездили в столичные города. Но различия между регионами все еще есть. Что планируется делать дальше?

Вероника Сковцова: Наша задача - довести межрегиональные различия в стоимости медицинской помощи до возможного минимального уровня, т.е. уровня, установленного коэффициентами межрегиональной дифференциации на основе бюджетной обеспеченности и других особенностей.

Минздравом подготовлены изменения законодательства, предлагающие, что с 2015 года территориальные программы государственных гарантий будут согласовываться путем заключения трехсторонних соглашений - между Минздравом России, конкретным регионом и Фондом ОМС.

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.

*Российская газета, Москва, Ирина Невинная
(05.09.2014)*

Замминистра здравоохранения во время визита на Алтай заявила, что пьющим и курящим россиянам могут ограничить медстраховку

В ходе Сибирского международного форума по медицинскому и оздоровительному туризму, который прошел 6-7 сентября в Белокурихе, замминистра здравоохранения России Татьяна Яковлева рассказала о любопытной законодательной инициативе, которую сейчас готовит межведомственная рабочая группа.

Татьяна Яковлева, замминистра здравоохранения России: Нужно сделать так, чтобы медстраховка зависела от того, какой образ жизни мы ведем. Если я лечусь от гипертонии и при этом употребляю алкоголь и курю, то извините меня, какое государство будет за это платить? Над этим предложением сейчас работает межведомственная рабочая группа, куда входят губернаторы, представители работодателей, фонд социального и медицинского страхования. Над этими законодательными инициативами мы сейчас работаем.

Николай Герасименко, первый заместитель председателя комитета Госдумы по охране здоровья, подержал инициативу Яковлевой: В Европе, например,

если у человека ишемическая болезнь сердца, врачи ставят стенты, чтобы не случился инфаркт. И если пациент продолжает пить и курить, ему не будут оказывать такую помощь, потому что в этом не будет смысла. Мы с законодателями будем работать над вопросом мотивации человека и бизнеса к ведению здорового образа жизни. Пока никаких стимулов нет - ни положительных, ни отрицательных. Если человек ведет здоровый образ жизни, хорошо работает, не болеет, работодатель должен его всячески поощрять - давать отпуска, абонементы в фитнес, премии и тому подобное. Если человек курит, пьет и плохо работает у него должны быть определенные проблемы - например, по страховке с оказанием медицинской помощи. А на работе ему должны, например, давать отпуск зимой.

*Алтайпресс, Барнаул,
(10.09.2014)*

«Сегодня здравоохранение могло бы занять нишу ВПК»

Интервью с президентом Лиги здоровья нации, академиком Лео Бокерия

Почему лечение за рубежом сегодня просто выгодный бизнес, чем поможет российскому пациенту разумное медицинское страхование и в чем преимущество специализированных федеральных центров, рассказал «Газете.Ру» президент Лиги здоровья нации, директор НЦССХ им. А.Н. Бакулева, академик Лео Бокерия.

Я ратую за специализацию

— В последнее время все чаще поднимается проблема с тарифами ОМС (обязательное медицинское страхование), которые существенно различаются в соседних регионах. Что вы думаете о сложившейся практике?

— Тарифы - это очень болезненный вопрос. И он не ко мне. Я как раз на той стороне, которая задает этот вопрос. Потому что я никак не пойму, почему стоимость лечения инфаркта миокарда различается по разным сторонам МКАДа?

— Но дальше эта разница будет лишь увеличиваться из-за начавшейся регионализации здравоохранения. Как вы относитесь к этому тренду?

— Я ратую за специализацию. Мы должны централизовать наше здравоохранение в зависимости от специальности. На этом принципе основана работа наших головных институтов. Если ты руководитель такого института, то отвечаешь за это направление по всей стране: как подготовлены специалисты, как оснащены клиники, какие у них результаты. Сегодня ни один человек не должен оставаться без высокотехнологичной медицинской помощи. В США и Европе, например, за это отвечают головные центры - профессиональные медицинские сообщества и головные организации.

На мой взгляд, федеральные центры, в принципе, это то, что нужно для правильной организации высокотехнологич-

ной помощи. Многие центры — вроде наших онкологического, нейрохирургии, детского здоровья — имеют колоссальные приоритеты медицины XXI века.

Когда я начинал работать, 50% больных умирали от простых пороков сердца. А сегодня я сделал две операции детям меньше 3 кг весом, и сейчас они в реанимации уже хлопают глазенками.

В отличие от других специализированных научных отраслей в стране, специализированная медицина поднялась очень высоко. И я говорю об этом с гордостью. Я веду статистику сердечно-сосудистой хирургии с 1995 года. За это время произошли кардинальные изменения. Если в 1995 году по всей стране было выполнено 6 тыс. операций на открытом сердце, то в прошлом году только в нашем центре их проведено около 5 тыс., а в стране — 52 тыс.

В России сегодня 17 центров делают более тысячи операций в год на открытом сердце, то есть отвечают всем критериям «центров отличия». Это серьезное достижение. С другой стороны, таких центров должно быть больше. Мы должны делать по тысяче таких операций на миллион населения, то есть 142 тысячи. Работы еще непочатый край.

— *Благодаря чему стали возможны такие изменения?*

— Сначала благодаря деятельности общественных организаций было привлечено внимание к проблеме. Затем на самом высоком уровне заявлено, что самая главная национальная идея — здоровье нации. Были построены федеральные центры. В них вложены большие средства, они были спланированы и сделаны правильно, и сегодня показывают высокий результат.

Был принят ряд других, не таких известных у населения, но тем не менее очень масштабных и очень полезных решений. Например, в отношении службы крови. Россия, самая «донорская» страна, несколько лет назад оказалась вдруг в полном кризисе. И тогда Министерство здравоохранения приняло решение о создании новых центров по заготовке и консервации крови и ее компонентов, оснастив их высокотехнологичным оборудованием. Сегодня, как правило, никто не переливает цельную кровь. Она нужна для того, чтобы получить компоненты. В нашем Центре мы используем почти пять тонн крови в год. Понятно, что если бы мы пошли по старому пути, то половину средств из крошечных квот нам бы пришлось тратить на кровь.

Квоты уходят в прошлое

— *А сейчас квоты хватает на все необходимое?*

— Квоты появились в 2007 году. И с тех пор они не индексировались. Как было 203,5 тыс. руб. (квота на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в 2014 году. — «Газета.Ру»), так и осталось. Понятно, что за это время их «обглодала» инфляция.

И их объективно не хватает по многим разделам высокотехнологичной медпомощи. Появилась информация, что ряд центров фактически отказались от квот и «ушли» в ОМС, потому что региональные фонды ОМС платят за тот же вид специализированной помощи больше.

— По-вашему, это правильная тенденция?

— Правильней, чтобы было достаточно средств на каждого больного. Как в Японии, где восторжествовал «советский» подход к лечению и где пациенту могут поставить имплантируемое сердце стоимостью до 50 тыс. долларов собственного производства в рамках ОМС. У нас в стране, с моей точки зрения, пока все граждане не будут застрахованы, мы эту проблему в глобальном масштабе не решим.

Но ключевой вопрос здесь — финансовое наполнение полисов. В своем нынешнем виде квота одна на все случаи, требующие разных затрат. Это не страховой принцип. Сейчас все виды помощи переводятся на ОМС, там большие деньги, и я надеюсь, что финансировать высокотехнологичную помощь станут лучше. Сейчас уложиться в квоту очень сложно. Еще шесть лет назад на одну операцию на открытом сердце одноразовых принадлежностей было нужно на сумму, эквивалентную 3199 долларам. Сейчас стоимость этих принадлежностей, разумеется, возросла.

— *Вы назвали цену в долларах. Видимо, большая часть медикаментов импортная?*

— Да. 90% одноразовых принадлежностей в сердечно-сосудистой хирургии — это импорт.

— *Тогда сразу вопрос: как вы относитесь к обсуждаемой сейчас идее запрещения импорта медицинской техники и изделий?*

— Ситуация непростая. Из нее невозможно выйти нормативными мерами. Прежде надо запустить процесс собственного производства медтехники. А это возможно лишь в условиях саморазвития здравоохранения. Почему я выступаю за поголовное страхование с достаточным наполнением? Когда человеку нужна помощь, он идет в лучшее учреждение — туда, где есть аппарат МРТ 3 Тесла, соответствующая КТ, эхокардиография в 3D-измерении и так далее. И так же поступят сотни людей.

В свою очередь, производитель, увидев, что в стационар приходят большие деньги, предложит свои услуги. Он начнет изготовление инструментов, одноразовых принадлежностей такого качества, которое устроит медицинский персонал, и в тех объемах, которые нужны главному врачу. То есть в этих условиях бизнесмен должен выдержать тендер, согласиться на приемлемую для клиники цену и ничего не делать впрок: завтра могут появиться какие-то новшества, и врач их внесет в свою работу. В результате, когда все будет производиться на месте, для больницы это обойдется дешевле: не будет дилеров и транспортных расходов.

В США индустрия здравоохранения стоит на втором месте после индустрии питания. И это именно потому, что там производится очень высокотехнологичное оборудование. Обсуждал эту тему с известным экономистом. Получилось, что сегодня здравоохранение в аспекте развития хозяйственного механизма страны могло бы занять нишу ВПК. А это не только удешевление и повышение качества медпомощи, но и рабочие места. На нынешнем этапе все упирается в недофинансирование отрасли. Конечно, ни одно государство не может финансировать здравоохранение в полном объеме.

Поэтому и нужно разумное, серьезно контролируемое, очень профессиональное медицинское страхование.

Организация лечения за рубежом – просто выгодный бизнес

— Чиновники Минздрава последнее время много говорят о бессмысленности лечения за рубежом: все, что есть там, якобы есть и в России. Так ли это? И где именно в России «есть все»?

— Я часто повторяю: если Бакулевский центр поставить в любой точке США, там вокруг все «высохнет». Потому, что мы оперируем пациентов от первого дня рождения и до 93 лет (в таком возрасте оперировался наш самый пожилой пациент), и при всех видах нозологий (раздел медицины о видах заболеваний и их классификации. — «Газета.Ru»). И проводим самое большое число операций на остановленном сердце, открытом сердце (это «топ» специализированной медицины) – около 5 тыс. ежегодно. Одних только детей до года с критическими врожденными пороками сердца оперируется более полутора тысяч.

Что касается лечения по моей специальности, то ехать за рубеж реально не надо, за исключением нескольких случаев — в частности, когда вопрос стоит о детской трансплантации: тут мы бессильны.

В России нет закона, позволяющего констатировать смерть головного мозга в детском возрасте. Уже много лет не принимается соответствующая поправка в закон о трансплантологии. Что же касается лечения детей с врожденными пороками сердца, то в нашем центре таких операций проводится 3,5 тысячи в год – больше, чем где-либо в мире. Но, когда люди мне говорят, что поедут в клинику, где делают 200 операций в год, но зато эта клиника в Германии, я не отговариваю: это их выбор.

— Нет пророка в своем отечестве?

— Да нет... Просто сегодня это очень выгодный бизнес. Вот вчера я был на футболе, где наша команда проиграла заграничной с позорным счетом. На поле упал один игрок, у него синяк над коленом – и его везут в Германию. Это при том, что здесь, в Москве, есть ЦИТО им. Приорова – первый в мире институт, в котором Зоя Сергеевна Миронова создала отделение спортивной и балетной травмы и учила всех иностранцев. Но сегодня посредник, может быть не всегда даже со средним образованием, решает, где лечить футболиста.

Это все деньги, работает система. Сегодня только в Москве открыты тысячи офисов по «вербовке» пациентов.

При этом зарубежные доктора ни за что не отвечают, так как наши граждане не застрахованы в их системе. Тем не менее есть много родителей, которые собирают деньги, чтобы повезти ребенка за границу. И очень часто сбор денег идет через СМИ, про беду ребенка объявляют на всю страну: это считается гуманным. На мой взгляд, если хотите помогать людям – соберите тихо деньги и отдайте человеку. Мы в Лиге здоровья нации тоже оказываем такую помощь, достаем деньги, когда не хватает квот, но не трубим об этом по телевизору.

— А как вы достаете деньги?

— У нас есть акция «Прикоснись к сердцу ребенка», которая родилась в конце 90-х годов, когда нам из детдомов начали привозить детей-отказников с пороками сердца. Ситуация в стране была жуткая: сразу после кризиса 1998 года денег ни на что не хватало. Тогда же мы узнали о том, что дублирующий состав футбольной команды «Челси» сыграл благотворительный матч с детьми, которые были оперированы на сердце, и собрал при этом определенные средства на помощь другим детям. И мы решили попробовать повторить: во-первых, показать, что вовремя прооперированные дети — потом абсолютно здоровые молодые люди, а во-вторых, найти средства на операции для тех, у кого не было квот.

Первый матч состоялся между командой «Хит FM» Олега Газманова и подростками нашими бывшими пациентами (за них играли также знаменитые Федор Черенков и Ринат Дасаев). В декабре 1999 года собрался полный стадион на арене «Олимпийского». Потом был благотворительный концерт, и мы решили, что наша задача выполнена. Но вскоре стали получать заявки из других городов с просьбой провести такое же мероприятие. Мы играли по всей России и даже в Минске. В Казани прошли четыре матча между бывшими пациентами и местными бизнесменами. Запомнилась и акция в Грозном, где все время присутствовал президент республики. На тот момент в Грозном нуждались в операции 185 детей, но получено было только 50 квот, и ко мне за помощью обратился министр здравоохранения Чечни. Я тогда предложил эту акцию, а она собрала 36 млн руб. Пролечили и всех детей, и даже ряд взрослых. Сейчас эту акцию уже проводит не Научный центр сердечно-сосудистой им. А.Н. Бакулева, а благотворительный фонд Лиги здоровья нации. И кроме кардиохирургов в ней принимают участие детские отоларингологи, окулисты, стоматологи, диетологи, клинические психологи и психиатры.

По «Волне здоровья»

— В таком же составе вы плывете по «Волне здоровья»?

— Да. «Волна здоровья» — это теплоходный маршрут с бригадами врачей и высокотехнологичным диагностическим оборудованием. Основная задача акции – оказание адресной помощи детям врачами ведущих центров Москвы. В первые годы многие родители приводили к нам детей сами – просто показаться, а сейчас местные департаменты здравоохранения предоставляют списки нуждающихся в консультации детей и медицинские документы.

Кроме того, мы отбираем детей, нуждающихся в лечении в федеральных центрах, и, если нет квот, стараемся собрать для них какие-то средства. Заявок поступает очень много. «Волна здоровья» прошла по Каме, Дону, Волге, Иртышу, в прошлом году теплоход «Михаил Светлов» прошел по реке Лене от Якутска до Ленска. А в эти дни девятая «Волна здоровья» проходит по маршруту Москва — Калязин — Мышкин — Череповец — Рыбинск — Тутаев — Кострома — Ярославль — Дубна — Москва.

— У этой акции есть и еще одна составляющая – информационно-пропагандистская. В этом году она пройдет под слоганом «Моя альтернатива». Не отвлекает это медиков от более важной работы?

— На мой взгляд, проекты, нацеленные на формирование в молодежной среде приоритетов здорового образа жизни, неприятия алкоголя, табака, наркотиков, важны не меньше, чем медицинская часть акции. Я бы тут вспомнил роман Чернышевского «Что делать», где впервые настоящему была показана зарождающаяся в России врачебная специальность. Вышедшие из разночинцев врачи всегда имели потребность проводить просветительскую деятельность, которая сегодня сводится к пропаганде здорового образа жизни. Лига здоровья нации сама по себе – это организация, призванная формировать здоровый образ жизни населения. И в моем понимании такая деятельность абсолютно в традициях российской медицины. Поэтому мы так увлеченно этим занимаемся.

*Газета.Ru, Москва,
(13.09.2014)*

Руководство ФСИН выступает против передачи тюремной медицины в ведение Минздрава

Представитель Общественной палаты поддержал предложение по развитию системы добровольного медицинского страхования для осужденных

Руководство ФСИН выступает против передачи тюремной медицины в ведение министерства здравоохранения. Об этом заявил первый замдиректора ФСИН России, генерал-полковник внутренней службы Анатолий Рудый, выступая в Общественной палате РФ.

В ходе дискуссии правозащитники указали на зависимость тюремных медиков от правоохранительных органов и напомнили о давней идее передачи тюремной медицины в министерство здравоохранения.

«Я прошу прекратить разговоры о том, что пенитенциарная медицина должна уйти из системы ФСИН России, при том, что Минздрав не готов принять (ее) даже по своим организационным и структурным началам», – сказал он. «Эта медицина наша», – заявил Рудый, добавив, что ФСИН будет жестко выступать против того, чтобы ее отбирали у ведомства.

Генерал-полковник напомнил, что медики уже выведены из-под подчинения руководителей исправительных учреждений, а начальники медицинско-санитарных частей подчинены руководителям территориальных органов ФСИН.

Рудый подчеркнул, что без решения судов ведомство не может освобождать лиц, находящихся под стражей, даже по состоянию здоровья.

Со своей стороны первый заместитель секретаря Общественной палаты РФ Владислав Гриб указал на то, что

и гражданские медики «подвергаются необоснованному давлению». «Приезжает следователь – и «гражданский» врач сразу все, лапки кверху», – отметил он.

Гриб критически относится к предложениям о ликвидации ведомственной медицины ФСИН и выступает за развитие системы добровольного медицинского страхования для осужденных.

*ИТАР-ТАСС, Москва,
(19.09.2014)*

Полный тариф... или условно полный

Можно ли сравнивать услуги медицинской помощи, оказываемые в разных клиниках? О платной и бесплатной медицине рассказывает замначальника управления ФОМС Ирина Железнякова

Платная или бесплатная медицина – какую выбрать? А может, лучше поехать в другой регион и там найти учреждение более надежное и гарантированное? Можно ли сравнивать услуги медицинской помощи, оказываемые в разных клиниках? Об этом мы спросили заместителя начальника финансового-экономического управления Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ирину Железнякову.

– *Нормативы и стандарты – это одно и то же или это совершенно разные понятия?*

– Совершенно разные, и даже сравнивать их невозможно. Нормативы объемов медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи устанавливаются ежегодно по всем видам медицинской помощи Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации. И на каждой территории, с учетом уровня и структуры заболеваемости, на основании данных федеральных нормативов, устанавливаются региональные нормативы, которые утверждаются в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Так, норматив объемов медицинской помощи показывает, сколько в среднем на число жителей должно приходиться единиц объема медицинской помощи, в том числе сколько случаев госпитализации. Средняя стоимость этой госпитализации – это финансовый норматив. При этом, надо понимать, что установленные нормативные значения, являются средними значениями.

Стандарт — это совершенно другой документ, учитывающий конкретную нозологию, перечень медицинских услуг, перечень лекарственных препаратов, частоту и кратность их применения. Таким образом, каждый стандарт применим к конкретной нозологии, это отличает его от норматива – усредненного показателя, применяемого к отдельной единице медицинской помощи.

– *То есть нормативы есть для всех, а стандарты пока нет?*

– В настоящее время установлены нормативы по всем видам медицинской помощи, также существуют и рекомендованные нормативы и по профилям, и по клинко-статистическим группам – это уже большая детализация.

Что касается стандартов, то по многим заболеваниям стандарты имеются, но учитывая большое количество существующих заболеваний, это десятки тысяч заболеваний, установить стандарты по абсолютно всем заболеваниям невозможно. Нужно также учитывать, что медицина – это постоянно развивающаяся отрасль и, каждый стандарт через определенное количество лет потребует актуализации.

– *Получается, что дифференциация между регионами, выявленная Счетной палатой, наблюдается именно по стандартам?*

– Здесь важно, как именно, каким способом оплачивается медицинская помощь. В соответствии с законодательством можно было оплачивать, к примеру, стационарную медицинскую помощь за койко-день, можно – за законченный случай, можно за услугу, также можно было применять различные сочетания данных способов. Каждый субъект выбирал свой способ оплаты медицинской помощи.

И если, например, в одном субъекте медицинская помощь оплачивалась за законченный случай лечения, и за пребывание пациента в реанимации осуществлялась доплата, в другом субъекте стоимость реанимации была включена в стоимость законченного случая, а в третьем субъекте вообще платили за проведенный в стационаре усредненный койко-день, то как можно сравнить данные тарифы?! Это несравнимые вещи. Ведь даже если взять оплату по стандартам, то в одном субъекте платили за лечение заболевания, например, инфаркта миокарда одинаково, где бы ни проводилось лечение и какие услуги бы при этом не оказывались, в другом существовало несколько стоимостей, в зависимости от уровня медицинской организации, где осуществлялось лечение, в третьем – в зависимости от выполненных услуг. И законодательно все это было возможно. Но согласитесь, сравнивать эти стоимости между собой не очень корректно.

Таким образом, из-за отсутствия единообразной единицы оплаты медицинской помощи в настоящее время невозможно провести корректное сравнение по каждой нозологии, т.е. каждому заболеванию. Это можно сделать только в общем, по усредненным показателям, например классу заболеваний. И данное сравнение, оно выполнено, показывает, что в разрезе классов заболеваний финансовые расходы в разных субъектах практически идентичны.

Но сейчас проводится очень большая работа по разработке более точных единиц сравнения, т.е. более мелких, позволяющих оценить расходы субъектов в разрезе единообразных по затратам групп заболеваний. Прежде всего, на законодательном уровне определен единый способ оплаты, в частности для стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинко-статистическую группу. Одновременно начата разработка и поэтапное внедрение российской модели клинко-статистических групп.

– *Расскажите подробнее про КСГ. Что это такое в простом понимании?*

– Оплата медицинских услуг по методу клинко-статистических групп является более детальной, чем оплата по профилю или классу заболеваний. Все законченные случаи внутри каждого профиля оказания медицинской помощи группируются в зависимости от уровня и структуры затрат, эти данные берутся в основу.

Например, лечение переломов. Переломы бедра и костей таза – это один уровень затрат, он практически одинаков. А перелом позвоночника – это уже совсем другое заболевание, требующее более высокого уровня затрат. Но в то же время, при переломе позвоночника может быть оказано консервативное лечение, когда затраты идут в основном на длительное пребывание пациента в стационаре, либо, при наличии показаний, может быть выполнено хирургическое лечение и установлена дорогостоящая металлоконструкция, что сопровождается уже другой структурой затрат, и больше средств уходит на приобретение этой металлоконструкции. В соответствии с этим выделяются группы: переломы бедра и костей таза – одна группа, консервативное лечение при переломах позвоночника – другая группа, и хирургическое лечение при переломах позвоночника – третья группа. Но это один из множества примеров. Всего в российской модели сейчас 201 группа.

– *Закончено ли уже формирование клинко-статистических групп? В какой стадии оно находится?*

– Формирование КСГ – это процесс, требующий постоянного совершенствования, коррекции. Мы занимаемся этой работой с участием специалистов всемирного банка. Было принято решение разработать российскую модель, так как наложение западной модели в условиях Российской Федерации невозможно. Это было единое решение и российских и мировых экспертов. При этом за основу были взяты группы, которые существуют в развитых странах, но они были скорректированы с учетом российской нормативно-правовой базы и традиций лечения в России. Как показывает статистика, каждая страна начинает внедрять КСГ с небольшого количества групп и постепенно развивает их в сторону увеличения. Германия начинала с 200 групп, сейчас их уже несколько тысяч. Первая российская модель включала 189 групп, сейчас их уже 201, в следующем году мы планируем увеличить количество групп до 300. Это уже довольно высокий уровень дифференциации и разработанная модель, по мнению экспертов, уже будет соответствовать среднему мировому уровню.

– *Разработка тормозится из-за малого количества стандартов?*

– Не могу сказать, что для разработки клинко-статистических групп принципиально необходимы стандарты. Ведь стандарт описывает все возможные способы лечения, и в рамках оказания медицинской помощи по одному стандарту оплата может осуществляться по нескольким КСГ в зависимости от конкретного примененного метода, ведь затраты на оказание медицинской помощи зависят именно от этого. А какой конкретно метод лечения показан тому или

иному пациенту тоже стандартами не определяется. Это определяется клиническими протоколами, которые сейчас в Российской Федерации активно утверждаются.

– *То есть курс идет на отказ от стандартов?*

– Как только будут разработаны клинические протоколы по основным нозологиям, и мы перейдем к оплате стационарной медицинской помощи по КСГ, действительно, стандарты просто станут не нужны. Ведь уровень и структура затрат при выполнении того или иного метода лечения определяется системой КСГ, а как определить необходимость выполнения того или иного лечения будет детально прописано в клинических протоколах.

Протокол будет позволять эффективно лечить и контролировать лечение, а КСГ позволят дифференцированно платить в случае, если оказано то или иное лечение, и справедливо возмещать расходы в зависимости от фактических затрат.

Надо сказать, что внедрение стандартов создало еще одну проблему – неэффективного использования средств. Выполнение стандартов требует подчас оказания пациенту диагностических и других процедур, которые ему не показаны, соблюдение сроков лечения, установленных стандартом, часто приводит к увеличению длительности пребывания пациентов в стационаре, хотя в ряде случаев возможно осуществить необходимое лечение в более короткие сроки.

– *Получается, что выявились недостатки уже в практике, после внедрения стандартов?*

– Можно сказать и так. Та же модернизация показала, что стандарт привел к перераспределению средств. Те учреждения, которые оказывали медицинские услуги по стандартам, привлекли лишний объем финансирования, тем самым вызвав дефицит в других учреждениях, что повлекло за собой и большую на тот момент дифференциацию в заработной плате.

Тут же следует упомянуть, что ни одна из развитых стран мира не применяет в настоящее время оплату по стандарту. Сейчас система оплаты стационарной медицинской помощи по КСГ во всем мире признана оптимальной в части сочетания справедливости и экономичности при оплате медицинской помощи.

– *Существует мнение, что в некоторых регионах бессистемно устанавливаются стоимость лечения. Это результат отсутствия полного тарифа?*

– Мне кажется, что это просто непонимание существующей системы оплаты медицинской помощи. Полный тариф – это тариф, который включает в себя все статьи расходов. Сейчас он у нас условно полный. Туда не включена стоимость капитального ремонта, капитального строительства и закупки оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей. Это инвестиционные расходы, которые несет собственник. Учитывая мировой опыт, можно сказать, что в очень небольшом количестве стран эти расходы включены в полный тариф на оплату медицинской помощи.

– *Иногда можно услышать, что медицинские учреждения стали отдавать предпочтения платным больным в ущерб бесплатным. То есть человек заплатил – и его на-*

чали лечить, не заплатил – его оставили на амбулаторном лечении. Насколько это справедливо?

– Программой государственных гарантий определена возможность получения бесплатного лечения абсолютно при всех заболеваниях. Также законодательно определена и возможность получения платных медицинских услуг, это в основном сервисные услуги – отдельная или маломестная палата и т.п.

Таким образом, при наличии показаний, у каждого пациента есть право получить медицинскую помощь бесплатно. В случае, если ему в этом праве отказывают и требуют оплаты за счет личных средств – это нарушение законодательства. Однако в этом вопросе тоже могут быть различные нюансы. Например, в частной клинике, которая не работает в системе обязательного медицинского страхования, естественно, бесплатную медицинскую помощь не окажут.

– *Можно ли утверждать, что тарифы покрывают потребность лечения? Может ли быть так, что на выделенную на лечение определенной болезни сумму вылечить его невозможно, и в любом варианте человеку приходится нести свои деньги?*

– В 2011 году действительно отмечался дефицит финансирования территориальных программ ОМС в ряде субъектов. Сейчас финансирование между регионами выровнено. Как показывают наши данные, правильное распределение средств внутри субъекта, правильное планирование и тарифная политика позволяют обеспечить высокий уровень медицинской помощи в рамках имеющегося норматива. Сейчас в рамках разработки системы КСГ мы глубоко изучаем опыт восьми регионов Российской Федерации, в том числе Краснодарского края, Республики Татарстан, Свердловской, Кемеровской областей, города Санкт-Петербурга, и можно отметить, что в указанных регионах тарифная политика обеспечивает и оказание в необходимом количестве сложных операций, и обеспечение населения при оказании стационарной медицинской помощи дорогостоящими медикаментами.

– *А как быть с теми регионами, где опыт распределения средств не такой успешный?*

– Опираясь на опыт вышеназванных регионов, мы сможем проанализировать их тарифную политику и на основании этих данных внести соответствующие изменения в систему КСГ на следующий год.

Также в рамках данной работы два раза в год запланированы совещания по каждому Федеральному округу, в которых участвуют все субъекты данного округа. На этих совещаниях происходит обмен опытом между субъектами, анализируется работа тарифных комиссий регионов. Приглашаются и руководители медицинских организаций, от которых поступает много предложений, обязательно учитывающихся в дальнейшей работе. Сейчас мы также привлекаем в данный процесс и медицинские организации города Севастополя и Республики Крым.

Труд.ру, Москва,
(29.09.2014)

I. Рукопись

Статья должна сопровождаться письмом с подписью руководителя и печатью организации с указанием названия работы, организации и фамилиями всех авторов. Статья должна быть подписана всеми авторами. На отдельном листе указать сведения о каждом авторе на русском и английском языках (фамилия, имя, отчество полностью; место работы; должность и звание; полный почтовый и служебный адрес, e-mail; служебный тел./факс).

На отдельном листе (на русском и английском языках) представляется реферат (краткое содержание статьи), а также ключевые слова (5-6 слов), способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах. Максимальный объем рукописи, включая таблицы, не более 7 машинописных страниц, размер шрифта 14, через 1,5 интервала с полями 2,5 см. Все страницы должны быть пронумерованы.

Статья должна быть предоставлена в двух печатных и одном электронном экземплярах.

В работе необходимо указать:

- название статьи (емкое и лаконичное), соответствующее цели работы;

- инициалы и фамилии авторов;
- название организации, где выполнена работа; город.

Математические формулы должны быть написаны четко черными чернилами и иметь соответствующие пояснения.

Таблицы, рисунки, графики, схемы, диаграммы должны быть представлены с подрисовочными подписями на отдельных листах в конце текста. Фотографии с соответствующими подписями должны прилагаться отдельно.

В тексте (в круглых скобках, в конце предложения) должны быть ссылки на используемый иллюстративный материал.

II. Содержание

Статья должна содержать оригинальный материал, прежде нигде не опубликованный полностью или частично.

Рукопись должна отвечать следующим критериям: научная новизна, практическая значимость, профильность, оригинальность содержания.

Текст статьи должен отвечать следующим разделам: введение, включая цель исследования, материал и методы, результаты и обсуждение, заключение или выводы.

III. Ссылки

Пристатейный библиографический список должен быть выстроен по алфавиту фамилий авторов с инициалами, соблюдая хронологию вначале отечественных, затем иностранных – в соответствии с правилами библиографического описания.

Номера цитат и ссылок в тексте статьи должны быть указаны в квадратных скобках и соответствовать номерам в пристатейном списке литературы.

Сокращения названий иностранных журналов должны соответствовать сокращениям, принятым в Index Medicus.

Если у статьи до 4-х авторов, то они указываются все. Если авторов более четырех, то указывают первых трех, а далее следует «и др.».

При указании нескольких статей одного автора их необходимо выстраивать в алфавитном порядке соавторов или названий.

При составлении списка литературы нужно учитывать, что в нем не могут быть упомянуты устные сообщения, неопубликованные материалы, ссылки на Internet-сайты.

Примеры библиографических описаний:

Книга

Серёгина И.Ф., Стародубов В.И. Становление и развитие механизмов саморегулирования в здравоохранении Российской Федерации. – М.: Менеджер здравоохранения, 2010. – 131 с.

Автореферат диссертации

Михайлова И.Ю. Оценка состояния ортодонтической помощи, оказываемой по программе обязательного медицинского страхования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

Статья из сборника

Организация защиты прав застрахованных граждан и контроля качества медицинской помощи в системе ОМС Санкт-Петербурга в 2007 г.: Сборник информационно-аналитических материалов/ Под ред. В.Ф. Чавпецова, Е.В. Атоян. – СПб., 2008. – 220 с.

Статья из журнала

Колабутин В.М., Атоян Е.В., Карачевцева М.А. Взаимодействие территориальных фондов ОМС Северо-Западного федерального округа при создании систем управления качеством медицинской помощи // Заместитель главного врача. – 2009. – № 7. – С. 38-42.

Статья из зарубежного журнала

Walkinshaw E. Medical waste – management practices vary across Canada // CMAJ. – 2011. – Vol. 21. – № 3. – P. 138-141.

Сборник тезисов докладов международных конференций

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie: Abstractband. – Magdeburg, 2010. – 164 s.

IV. Иллюстрации

К тексту могут прилагаться черно-белые или цветные фотографии, слайды в одном экземпляре. Фотографии должны быть подписаны на обороте с указанием верха иллюстрации.

Диаграммы, графики, схемы должны быть сделаны в программах векторной графики (Illustrator) и сохранены в формате *.eps. Файлы с диаграммами, графиками, схемами и штриховыми рисунками, сделанные в программах WORD и EXEL, должны быть представлены в формате PDF. Отсканированные слайды и фотографии должны быть в формате *.jpg, *.eps, *.tif с разрешением 300 dpi при 100%-ных размерах.

V. Авторские правки

Авторские правки не могут быть внесены в сверстанный макет издания. Редакция оставляет за собой право вносить правки в статью и с согласия авторов публиковать ее как краткое сообщение. Рукописи, не принятые к публикации, авторам не возвращаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Рукописи направлять по адресу:

Россия, 127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, 59а,
000 «Издательство «Офтальмология».
Тел.: +7 (499) 488-87-03
E-mail: journal-oms@yandex.ru