



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ **СТРАХОВАНИЕ** В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

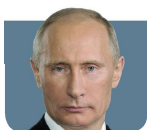
ВЫПУСК №3 (15)

РАМЗАН КАДЫРОВ НАЗНАЧИЛ НОВОГО
МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ

ВЫСТУПЛЕНИЕ МИНИСТРА
ВЕРОНИКИ СКВОРЦОВОЙ НА РАСШИРЕННОМ
ЗАСЕДАНИИ КОЛЛЕГИИ МИНЗДРАВА РОССИИ

В ОНКОДИСПАНСЕРЕ ПРОШЛА ВСТРЕЧА
КОЛЛЕКТИВА С ДИРЕКТОРОМ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ **ДЕНИЛБЕК ОМАРОВИЧ АБДУЛАЗИЗОВЫМ**

***Кюри Жамаев.
Опыт работы помогает
ставить точные диагнозы
и назначать эффективное
лечение***



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

Президент Российской Федерации

В.В. ПУТИН



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

Председатель Правительства Российской Федерации

Д.А. МЕДВЕДЕВ



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

Глава Чеченской Республики

Р.А. КАДЫРОВ



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

Министр здравоохранения Российской Федерации

В.И. СКВОРЦОВА



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

Председатель ФОМС

Н.Н. СТАДЧЕНКО



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ИЮНЬ, 2016

АКТУАЛЬНО



МИНИСТРОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧР НАЗНАЧЕН ЭЛЬХАН СУЛЕЙМАНОВ

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадиров назначил министром здравоохранения Чеченской Республики Эльхана Сулейманова. Свое решение Р. Кадиров озвучил на встрече с новым руководителем ведомства.

«Я сегодня принял решение назначить Вас министром здравоохранения Чеченской Республики, исходя из той ситуации, которая сегодня сложилась в медицинском обслуживании населения. Мы видим в Вас человека, который сможет поднять на качественно новый уровень здравоохранение в республике. Сегодня необходимо принять меры по улучшению системы медицинского обслуживания населения, подготовить лучших специалистов, пригласить в республику опытных врачей», - сказал Р. Кадиров.

При этом Глава ЧР отметил, что медики республики добились значительных успехов за последнее время.

«Тем не менее необходимо приложить все усилия для улучшения качества медицинского обслуживания. Я поручил 1-му заместителю Председателя Правительства ЧР Ибрагиму Закирову работать с Вами в тесном контакте. У нас много нерешенных вопросов. Я в последнее время лично занимался ими, изучил ситуацию. На первом месте должна быть жизнь человека, необходимы и оборудование, и специалисты, и медикаменты. У нас в районах качество не соответствует всем этим требованиям. Поэтому надо менять отношение к делу и, если нужно, менять кадры и, в первую очередь, в Министерстве здравоохранения», - сказал Р. Кадиров.

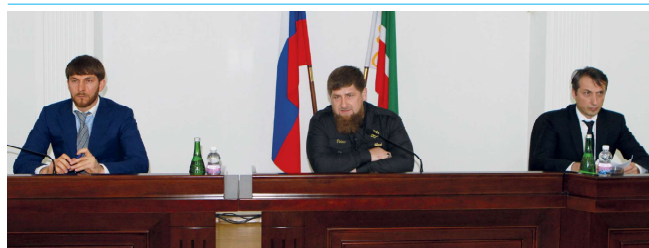
Он выразил уверенность, что в ближайшее время удастся выправить сложившуюся ситуацию и добиться того, чтобы люди в городах и районах республики получали высококвалифицированную медицинскую помощь.

Коснувшись вопроса диспансеризации населения, Р. Кадиров отметил, что здесь осталось еще много нерешенных проблем.

«Мы говорим о диспансеризации, но не задумываемся о том, созданы ли для ее проведения необходимые условия. Эти ошибки надо исправлять», - сказал Глава ЧР.

«Вы не новый человек в здравоохранении, мы знакомы уже почти 10 лет. Вы многое сделали для здравоохранения республики и, в частности, в лечении онкологических больных. Я уверен, что Вы справитесь с поставленными задачами», - сказал Р. Кадиров.

В свою очередь, З. Сулейманов поблагодарил Главу ЧР за оказанное доверие и заверил, что сделает все для выполнения озвученных задач.



РАМЗАН КАДИРОВ ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ С РУКОВОДСТВОМ МИНЗДРАВА И ГЛАВВРАЧАМИ ЛПУ

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадиров представил коллективу Министерства здравоохранения ЧР и главным врачам ЛПУ нового руководителя Эльхана Сулейманова, ранее занимавшего должность первого заместителя.

На встрече также присутствовали Председатель Правительства ЧР Абулбазар Зенгериев, 141 вице-премьер Равул Закиров и мэр Грозного Муслим Хучиев.

Р. Кадиров отметил, что на прежнем месте З. Сулейманов зарекомендовал себя как опытный руководитель, грамотный и ответственный специалист.

«Я много лет знаю Эльхана как опытного, грамотного, знающего свое дело профессионала. Мы долгое время пытались наладить работу Республиканского онкологического диспансера, но получилось это только после того, как я пригласил Эльхана Сулейманова работать к нам в республику. Ему удалось вывести онкодиспансер в ряд ведущих в стране. Он добился отличных результатов. Теперь жителям Чечни не обязательно выезжать за пределы», - сказал глава региона.

Р. Кадиров выразил уверенность, что в должности министра З. Сулейманов выведет здравоохранение региона на новый уровень развития.

Глава ЧР обратил внимание нового руководителя на ряд проблем, существующих в системе здравоохранения: нехватку специалистов, остающиеся являть лучшее качество медицинского обслуживания, простоявшие дорогостоящего оборудования, не

на должном уровне проводимую диспансеризацию населения и др.

«Я обращаюсь к присутствующим здесь руководителям лечебных учреждений. Это касается и медицинского персонала. Пора менять свое отношение к работе. С сегодняшнего я беру под личный контроль вопросы развития здравоохранения», - сказал Р. Кадиров.

Новый министр поблагодарил Главу ЧР за оказанное высокое доверие. Он кратко рассказал о первоочередных задачах. В частности, он коснулся необходимости кадровой политики. По его словам, за период с 1994 по 2000 годы в силу известных причин из республики выехало более 75 процентов врачей, что привело к кадровому дефициту. По состоянию на 1 апреля 2016 года всего врачей в республике 3500 человек, работников среднего медперсонала - 9575 человек. Это составляет обеспеченность врачевальными кадрами на укрупненный период 25,7 на 10 тыс. населения. По стране такая цифра составляет 41 врач. Обеспеченность работниками среднего медперсонала составляет 68,7 на 10 тыс. (РФ - 94).

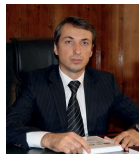
Он также отметил, что в ЧР наблюдается дефицит терапевтов, педиатров и острый дефицит «узких» врачей в сельской местности. Для решения данного вопроса З. Сулейманов

предложил готовить медицинские кадры в местном вузе по наиболее востребованным специальностям, отправить на обучение в лучшие клиники страны, а также привлекать иногородних специалистов.

«Что касается оборудования, то для проведения качественной диспансеризации в республике не хватает 170 единиц специального оборудования. Из ныне имеющегося - томографы, переносные флюорографы и т.д. - из строя вышла треть из-за отсутствия сервисных фирм по обслуживанию медицинского оборудования. Предлагается создать свою сервисную команду, а также добиться максимальной использования диагностического оборудования. Кроме того, необходимо повысить ответственность врачей за правильную постановку диагнозов и лечение больных», - сказал З. Сулейманов.

Он также отметил, что будет проведена глубокая реорганизация штата министерства. По мнению З. Сулейманова, необходимо усилить контрольные функции республиканского Минздрава.

НАША СТРАНКА



СУЛЕЙМАНОВ ЭЛЬХАН АБУЛЛАЕВИЧ

Родился 15 июля 1974 года. С отличием окончил Азербайджанский медицинский университет. После учебы, в 1998-1999 гг. работал в Бакинском онкологическом научном центре Азербайджана. Окончил аспирантуру на базе Российского онкологического центра им. Н.Н. Блохина, является кандидатом медицинских наук. С 2012 по 2014 годы работал ведущим научным сотрудником Научно-исследовательского института педиатрии им. Г.И. Сперанского, Проходил стажировку в США (в самой крупной онкологической больнице в мире - Онкологическом центре им. М.Д. Андерсона) в Гормани.

В настоящее время является опытным операционным врачом-онкологом. Владеет несколькими иностранными языками. 17 марта 2014 года назначен советником Главы Чеченской Республики по вопросам здравоохранения, главным врачом ГО «Республиканский онкологический диспансер». 17 ноября 2015 года назначен на должность 1-го заместителя министра здравоохранения Чеченской Республики. 28 апреля 2016 года назначен на должность министра здравоохранения Чеченской Республики.

Пресс-служба Главы и Правительства Чеченской Республики

Пресс-служба Главы и Правительства Чеченской Республики

АКТУАЛЬНО

ВЫСТУПЛЕНИЕ МИНИСТРА ВЕРОНИКИ СКВОРЦОВОЙ НА РАСШИРЕННОМ ЗАСЕДАНИИ КОЛЛЕГИИ МИНЗДРАВА РОССИИ



Глубокоуважаемые коллеги!

Позвольте, прежде всего, поблагодарить нашего куратора – Заместителя Председателя Правительства Ольгу Юрьевну Голодец за глубокий анализ и определение тех направлений, по которым мы все вместе должны развиваться в ближайшей перспективе, за постоянную помощь в работе, за рассмотрение самых актуальных отраслевых вопросов раз в две недели на селекции. Ольга Юрьевна, огромное вам спасибо! Дорогие коллеги! Как уже было сказано, главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 году явился рост продолжительности жизни на полгода до 71,39 года, что в значительной мере связано со снижением смертности лиц трудоспособного возраста – за год на 4,5%, или более чем на 21 тыс. человек, из которых более 18 тыс. –

молодые мужчины. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин за год сократилась до 10,8 года, по сравнению с 11,2 – в предыдущем году и 11,6 – в 2011 году. Но само сохранение такой дистанции между продолжительностью жизни мужчин и женщин – безусловно, серьезнейший вызов, и в то же время это как раз акцентирует наше внимание на огромном резерве в борьбе со смертностью лиц трудоспособного возраста, прежде всего, мужчин.

В связи с ростом продолжительности жизни существенные изменения произошли в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность вырос практически до 75% против 73% в 2014 году и 71% в 2011 году. Для сохранения и ускорения тенденции к снижению общей смертности при таких особенностях возрастной структуры населения был разработан и внедрен комплекс дополнительных мер, направленных на предотвращение смертности населения от всех основных причин, включая, в том числе, регулярный (еженедельный и ежемесячный) мониторинг основных показателей доступности и качества медицинской помощи.

Реализация с апреля 2015 года этого комплекса дополнительных мер позволила закончить год со снижением смертности на 3 800 человек.

В январе-феврале текущего 2016 года тенденция к снижению смертности сохранилась: умерло на 4 910 человек меньше в сравнении с аналогичным периодом прошлого года.

Особый вклад в снижение общей смертности и увеличение продолжительности жизни и рождаемости вносит снижение младенческой, детской и материнской смертности. В 2015 году по всем этим показателям достигнуты исторические национальные минимумы. Россия выполнила 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН.

Младенческая смертность за год снизилась на 12,2% до 6,5 на 1 000 родившихся живыми, а по сравнению с 2012 годом – на 24%. Хотелось бы отметить, что за 2 месяца текущего года она стала еще ниже – 6,1.

Материнская смертность, по оперативным данным ведомственного мониторинга, снизилась на 11 %, а с 2011 года – почти вдвое.

Более 20 тыс. детей родилось с помощью современных технологий экстракорпорального оплодотворения, это больше на 9%, чем в 2014 году, и на 56% – по сравнению с 2012 годом.

Важно отметить, что благодаря активным мерам по психологической поддержке беременных женщин и организации службы доабортного консультирования в женских консультациях и родильных домах, за 2015 год на 8% снизилось число абортот (это 67 тысяч родившихся детей), а по сравнению с 2011 годом – на 24,5% или на 242 тысячи.

Таким образом, с 2013 года – третий год подряд – мы сохраняем положительный естественный прирост населения, который в прошедшем году превысил 32 тыс. человек.

Уважаемые коллеги! Положительных демографических результатов, несмотря на



сложную финансово-экономическую ситуацию, позволила добиться наша сложная работа по повышению доступности медицинской помощи разных видов и форм оказания. В 2015 году в этом направлении было сделано несколько принципиально важных шагов.

Впервые, как уже сказала сейчас в своем вступительном слове Ольга Юрьевна, проведено прикрепление каждого застрахованного в ОМС не только к медицинской организации первичного уровня, но и к конкретному специалисту – врачу или фельдшеру, что подразумевает формирование персональной профессиональной ответственности. По состоянию на март 2016 года, из 146,9 млн. застрахованных были прикреплены к специалистам более 97%. Эту работу необходимо завершить в ближайшее время.

Введена система еженедельного мониторинга ключевых показателей работы каждого участкового терапевта и врача общей практики по каждому из 60 тыс. терапевтических участков, что позволило точнее выявлять проблемы в обеспечении основным объемом первичной медико-санитарной помощи, включая профилактику, и оперативно на них реагировать.

Отдельное внимание было уделено территориальному планированию медицинской инфраструктуры. Впервые за исторический период были пересмотрены и утверждены требования к размещению медицинских подразделений в первичном звене, в том числе в удаленных районах и сельской местности. Эти требования теперь базируются не только на численности проживающего населения, но и на расстоянии до ближайшей медицинской организации с учетом нормативно закрепленного предельного времени ожидания разных видов медицинской помощи.

Для оптимизации территориального планирования министерством создана геолокационная информационная система, использование которой позволяет выявлять и адресно устранять риски сниженной доступности медицинской помощи.

2015 год внес свой вклад в создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи, которая в целом выстроена уже в 70 субъектах Российской Федерации. Наша задача – в 2016 году доформировать правильную организацию медицинской помощи в каждом регионе страны.

Дорогие коллеги! Именно первый и вто-

рой уровни оказания медицинской помощи преимущественно определяют ее доступность – как в повседневной жизни, так и в экстренных жизнеугрожающих ситуациях.

В 2015 году были введены требования по медицинскому обеспечению населенных пунктов с численностью населения менее 100 человек. По переписи 2010 года, это более 82 тыс. населенных пунктов! В них, согласно нормам приказа, должны быть сформированы домохозяйства с возможностью оказания первой помощи и обеспечением экстренной помощи, а также предусмотрено оказание первичной медико-санитарной помощи путем выездных форм работы – мобильными медицинскими бригадами с использованием портативных медицинских комплексов для плановых медицинских осмотров – не реже 2 раз в год. Установлены требования и к созданию в каждом регионе круглосуточной медицинской службы, связанной со всеми домохозяйствами и экстренными медицинскими службам.

В 2015 году в регионах функционировали уже более 9 тыс. домохозяйств (за год увеличение числа почти на 11%) и работало более 3 тыс. мобильных медицинских бригад (за год рост на 8%), которые обследовали



более 760 тыс. человек. Однако очевидно, что этого недостаточно. В текущем году мы должны охватить плановыми медицинскими наблюдениями жителей всех малонаселенных пунктов.

Особое наше внимание было уделено развитию инфраструктуры сельской медицины.

Из 800 объектов, построенных и введенных в 2015 году, было 557 новых ФАПов и 58 офисов врачей общей практики.

Оптимизировано за год 310 сельских медицинских подразделений.

В результате за год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 39%, а находящихся в приспособленных зданиях и помещениях – на 17%.

За период с 2011 года в стране почти в 2,5 раза увеличилось число отделений врачей общей практики и в 1,6 раза – число сельских амбулаторий.

Общее число отделений врачей общей практики за 2015 год увеличилось на 184, сельских амбулаторий – на 367, сельских здравпунктов – на 214. При этом, несмотря на строительство новых ФАПов, их общее число несколько снизилось (на 0,7%), что отражает ускоренное развитие врачебной помощи на селе.

Важно отметить увеличение доли про-

филиатических амбулаторных пунктов на селе, которая в прошедшем году впервые превысила аналогичный показатель у городских жителей.

Существенно выросло и число межрайонных медицинских организаций второго уровня, оказывающих населению экстренную специализированную помощь – при жизнеугрожающих состояниях – в течение «золотого часа», независимо от места проживания, в том числе в сельской местности.

Так, число сосудистых центров за год увеличилось на 8,3%, а по сравнению с 2012 годом – на 88,6%. Общее число первичных и региональных сосудистых центров составило 543, что и позволило нам внедрить на территории всей страны современные технологии диагностики и лечения ишемической болезни сердца и нарушений мозгового кровообращения.

Число травмоцентров за год повысилось на 20%, а с 2012 года – на 125%. В настоящее время оно превысило 1500.

Важнейшее направление нашей деятельности – обеспечение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Объемы оказанной ВМП с 2013 года были увеличены на 63% (с 505 тыс. до 823,3 тыс. человек), а за 10 лет – в 13,7 раза. При этом технологии ВМП активно внедряются в регионы: в 2015 году ВМП оказывалась уже 800 медицинскими организациями, что на четверть больше, чем в 2014 году.

Так, в 2015 году проведено более 126 тыс. стентирований сосудов (тогда как еще в 2014 году проводилось лишь 97 тыс.). В 20% случаев остро коронарного синдрома стентирование было проведено в экстренном порядке – в течение первых трех часов с момента госпитализации.

Наряду с этим, высокотехнологичная помощь пополнилась самыми современными сложнейшими уникальными технологиями.

Уважаемые коллеги!

Наряду с доступностью медицинской помощи важнейшим направлением нашей совместной работы является создание системы управления ее качеством.

В 2015 году совместно с Росздравнадзором и главными внештатными специалистами Минздрава России был проведен анализ правоприменительной практики порядков оказания медицинской помощи, по результатам которого они были актуализированы и дополнены. Впервые были разработаны и приняты порядки оказания паллиативной и гериатрической помощи, порядки по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Подготовлен проект Федерального закона о введении административной ответственности должностных лиц за нарушение порядков оказания медицинской помощи.

За год аппаратом главных внештатных специалистов Минздрава России и всем экспертным сообществом была завершена работа по созданию базового пула 1200 национальных клинических рекомендаций, или протоколов лечения, по основным классам заболеваний, охватывающих более 90% изолированных форм – основных причин заболеваемости и смертности населения.

Данная работа продолжается в рамках формирования критериев качества оказания медицинской помощи по каждой группе заболеваний, с поэтапным переходом на автоматизированную систему электронного бенчмаркинга.

С учетом критериев качества оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций были пересмотрены и административные регламенты Росздравнадзора по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской помощи.

В рамках этого направления контроля Службой в 2015 году проверено более 6 тыс. медицинских организаций. К сожалению, качество медицинской деятельности выявлены в 48% проверенных организаций.

Коллеги, нам всем предстоит огромный совместный труд по повышению качества оказываемой медицинской помощи и привлечению ее в соответствие с современными международными требованиями.

В этой работе особая роль принадлежит ведущим федеральным центрам, главным профильным специалистам Минздрава России, Федеральных округов и всех субъектов Российской Федерации, а также обновленному в 2015 году в каждом регионе



страны экспертному сообществу.

Постоянный контроль за этим важнейшим направлением со стороны организаторов здравоохранения всех уровней является абсолютно необходимым условием нашего успеха.

Безусловно, качество оказываемой медицинской помощи, прежде всего, зависит от качества подготовки главной движущей силы российского здравоохранения – более чем двухмиллионной армии медицинских специалистов.

В последние 3 года была проведена системная работа по обновлению образовательных программ разных уровней и профилей, определению и внедрению новых стандартизованных подходов к оценке качества подготовки медицинских работников.

Для выравнивания образовательного потенциала медицинских вузов и повышения эффективности корпоративной системы подготовки Минздравом России в 2015 году были созданы 13 научно-образовательных медицинских кластеров, которые приступили к активной работе.

С 2016 года мы внедряем аккредитацию медиков как принципиально новую систему допуска к профессиональной деятельности, основанную на применении профессиональных стандартов, клинических рекомендаций и процедур, разработанных совместно с профессиональным медицинским и образовательным сообществом.

Полное внедрение аккредитации

позволит уже в этом году допустить к профессиональной деятельности по единым на всей территории страны требованиям лиц, получивших высшее образование по специальности «Стоматология» и «Фармация».

С 2017 года мы начнем аккредитацию выпускников по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки», а затем планово перейдем к аккредитации всех медицинских работников.

Приведение уровня подготовки медиков к единым требованиям осуществляется через разработанную систему непрерывного медицинского образования. Созданный в этих целях «Портал непрерывного медицинского образования» обеспечивает уже сегодня доступ врача к реестру дополнительных образовательных программ, где представлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, включающей, в том числе, симуляционные тренинги, стажировки, циклы повышения квалификации. Частью системы непрерывного медицинского образования является и внедряемый с прошлого года образовательный сертификат. Полностью система непрерывного медицинского образования охватит всех медицинских работников к 2021 году.

Медицинские работники решают важнейшую стратегическую задачу по сохранению жизни и здоровья граждан. Их социальный статус и оплата труда должны соответствовать той высокой роли, которую они

играют в обществе.

По данным Росстата, с 2012 года среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 40,5%, 39,7% и 60,7%. В целом, по итогам 2015 года, среднемесячная заработная плата врачей составила 47,9 тыс. рублей, среднего персонала – 27,0 тыс. рублей, младшего – 16,8 тыс. рублей.

Вместе с тем, проведенный в 2014 году анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 году регионам было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55–60%.

На сегодняшний день в 58 из 85 регионов параметры оплаты труда уже приближены к рекомендованным значениям. Если в 2014 году в оплате труда врачей и провизоров размер должностных окладов во многих субъектах РФ не достигал 4 тыс. рублей, то сейчас таких регионов не осталось. Средняя величина должностных окладов увеличилась в 1,5–2 раза.

Предпринятые меры позволили не только увеличить гарантированный уровень оплаты труда в здравоохранении, но и снизить часто абсолютно субъективную и несправедливую дифференциацию в уровнях заработных плат медицинских работников одних и тех же специальностей и квалификации в однотипных учреждениях здравоохранения.

Данную работу все регионы обязаны завершить в течение текущего года.

Эффективность работы отрасли напри-



мую зависит и от уровня подготовки управленческих кадров, в 2015 году Минздравом России совместно с образовательным экспертным сообществом проведена масштабная подготовка «управленцев», курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, работающих в системе ОМС. В первую очередь, это коснулось заместителей главных врачей по финансово-экономической деятельности и директоров медицинских организаций.

Более 3 тыс. специалистов прошли обучение по экологичной программе, разработанной при участии ведущих специалистов в области управления и экономики здравоохранения. Впервые в качестве итоговой аттестационной работы был использован анализ финансовой деятельности конкретной медицинской организации и выработка на основе полученных знаний механизмов повышения ее эффективности.

Большое значение для качественного осуществления деятельности врачей имеет не только достойная зарплата, но и привлекательность условий труда, соответствие рабочего места требованиям современности.

Именно поэтому отдельным направлением работы, которое мы развивали в 2015 году, было сокращение бремени непрофильной работы врача посредством внедрения информационных технологий, сокращения перечня документов, требуемых к заполнению, а также перераспределения некоторых обязанностей между врачом и медицинской сестрой.

К настоящему времени информатизировано около 380 тыс. рабочих мест врачей, что составляет 57 % от необходимого количества. В 2016 г. количество автоматизированных рабочих мест планируется увеличить до 70 %.

Полностью пересмотрен перечень документов, заполняемых врачами. Так, в 2015 году были признаны утратившими свою актуальность более 20 федеральных мониторинговых бланков, остальные – в настоящее время проходят экспертную оценку на предмет возможности их отмены.

Значимым результатом нашей кадровой политики стало увеличение числа врачей за год более чем на тысячу человек и уменьшение кадрового дисбаланса. Увеличилось и число молодых специалистов в возрасте

до 36 лет.

Выросло число врачей, работающих на селе по сравнению с 2012 годом, – на 5,5 тыс. чел. (или на 11,3 %); обеспеченность врачами на селе на 10 тыс. сельского населения также увеличилась на 9%. Только благодаря программе «Земский доктор» с 2012 года было привлечено на село более 19 тыс. врачей.

В 2015 году впервые за последние годы удалось увеличить число врачей по таким всегда дефицитным специальностям, как «онкология» (394 специалиста), «патологическая анатомия» (49 чел.), «психиатрия» (125 чел.), и закрепить положительную динамику по специальностям «анестезиология-реанимация» (898 чел. за год пришло в отрасль) и «рентгенология» (393 чел.).

В результате мы обеспечили снижение коэффициента совместительства у врачей, который с 2006 года не снижался ниже 1,54, а в 2015 году составил 1,43.

Основным механизмом устранения кадрового дисбаланса является целевая подготовка, эффективность которой в 2015 году превысила 86 %.

Однако не во всех регионах этот показатель одинаково высок. Развитие эффективной целевой подготовки остаётся одной из приоритетных задач отрасли на 2016 год.

Дорогие коллеги!

Огромное значение в сохранении жизни и здоровья наших граждан имеет развитие профилактического направления 2015 год был обозначен Президентом Российской Федерации как Национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В рамках разработанного комплексного плана мы продолжили реализацию масштабной программы диспансеризации населения – системы целенаправленных скринингов для выявления наиболее значимых, с точки зрения смертности и заболеваемости, состояний.

Первый этап диспансеризации прошли 22,5 млн. человек, из которых более 6 млн. человек (или 27%) были направлены на второй этап – углубленного обследования. Совместно мы боролись за эффективность диспансеризации против притиски и формализма.

Все, у кого были выявлены заболевания (48% обследованных), получили требуемую медицинскую помощь и поставлены на

диспансерное наблюдение.

У трети «практически здоровых» обследованных были выявлены факторы риска развития заболеваний, борьба с которыми предусмотрена в рамках комплексной программы формирования здорового образа жизни также стало одним из наших главных приоритетов.

Вместе с тем важнейшим условием эффективности всего комплекса профилактических мер является развитие ответственности каждого человека за свое здоровье и здоровье своей семьи.

Нам необходимо внедрять дополнительные меры по мотивированию людей к сохранению своего здоровья, а также работодателей – к сохранению здоровья работающих.

Это сфера межведомственного взаимодействия и взаимодействия с общественными, профсоюзными организациями, ассоциациями производителей, всем гражданским обществом.

Позвольте еще раз произнести слова благодарности О.Ю. Голдец за то, что Ольга Юрьевна возлагала уже в текущем 2016 году рабочую группу Правительственной комиссии по охране здоровья граждан по межведомственному формированию здорового образа жизни и популяризированной профилактике заболеваний.

Особую значимость приобретает и развитие санаторно-курортного лечения, как оздоровительного, так и реабилитационного. Это одна из наших задач на ближайшую перспективу. И подробно мы ее, я так надеюсь, будем рассматривать на следующей итоговой коллегии.

Крайне важно также, чтобы те, кто уже перенес серьезные заболевания и получил стационарное лечение, продолжали принимать предписанные им лекарственные препараты в амбулаторных условиях. В нашей стране приверженность к лекарственной терапии в рамках вторичной профилактики заболеваний очень низка, не превышает 40%, тогда как в большинстве европейских стран она составляет около 70%.

При отсутствии приверженности терапии риск повторного острого сосудистого нарушения в течение первого года после инсульта, инфаркта миокарда или сосудистой операции превышает 50 %, а экономическое бремя лечения и повторных оперативных

вмешательств составляет миллиарды рублей.

С учетом ограниченной семейных бюджетов в текущий период времени, особую значимость приобретает обеспечение возможности амбулаторного приема лекарств, масштабирование накопленного в ряде регионов позитивного опыта по частичному государственному возмещению стоимости амбулаторной лекарственной терапии у населения из групп риска.

Говоря о доступности лекарственных средств, в целом необходимо отметить, что наша работа была сосредоточена на нескольких принципиальных направлениях.

Первейшей задачей было сдерживание роста цен на лекарства и медицинские изделия в условиях валютных колебаний и сложности в экономике. В целях оперативного контроля было принято решение об осуществлении Росздравнадзором наряду с ежемесячным мониторингом еженедельного выборочного анализа цен.

В среднем по Российской Федерации за 2015 год уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента увеличился на 8,8 %, госпитального сегмента – на 8,9%. При этом рост цен на лекарственные препараты, не входящие в ЖНВЛП, составил в среднем 19,5 %, что подтверждает эффективность действующей системы регулирования цен.

Такое регулирование, однако, было бы невозможно без актуализации ограничительных перечней лекарств и медицинских изделий.

В декабре 2015 года Правительством был утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 год, расширенный с 608 до 646 международных непатентованных наименований, или (с учетом конкретных лекарственных форм, дозировок и фасовок) до более чем 23,5 тыс. ассортиментных позиций.

Впервые перечень сформирован по новому порядку, обеспечивающему максимальную открытость и вовлеченность экспертного сообщества в создание этого важного документа.

Пересмотрены и расширены также составные части перечня ЖНВЛП – перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан и минимальный ассортимент лекарственных препара-

тов, необходимых для оказания медицинской помощи.

В целях контроля за ценами на имплантируемые в организм человека медицинские изделия, в 2015 году впервые был сформирован аналогичный перечень, включающий 205 видов медицинских изделий (23% от общего количества имплантируемых). Правительством определен Порядок контроля цен на данную категорию изделий.

В целях сохранения уровня лекарственного обеспечения, в 2015 году дополнительно, в рамках антикризисных мер, в регионы было направлено 16 млрд. рублей, которые позволили сформировать необходимые товарные запасы лекарственных препаратов для обеспечения потребностей до 6 месяцев.

Эффективным механизмом снижения влияния негативных явлений в экономике на лекарственное обеспечение стала централизация закупок, которую уже внедрили более 44% субъектов РФ.

На сегодняшний день доля репетов, принятых на ограниченное обеспечение, на территории страны не превышает 0,02%.

Текущий год требует от нас еще большей концентрации ресурсов и экономики государственных средств!

Централизованная закупка лекарств, ориентированная на воспроизведенные дженериковые формы, строгое соблюдение клинических рекомендаций и перечня ЖНВЛП – это обязательные требования к организации лекарственного обеспечения населения в каждом субъекте Российской Федерации.

Тем более, что нам предстоит существенно расширить охват необходимым лечением определенных групп населения, в том числе инфицированных ВИЧ-инфекцией.

В 2015 году был подготовлен ряд важных нормативных правовых актов, направленных на совершенствование системы государственного контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий, в том числе вводящих уголовную ответственность за оборот незарегистрированных и недоброкачественных лекарственных средств и медицинских изделий.

В связи с этим необходимо особо упомянуть и разработанную совместно с экспертным сообществом и введенную в дей-

ствие с 1 января 2016 года Государственную фармакопоею РФ XIII издания, такого масштабного пересмотра фармакопоеи в нашей стране не было с 1968 года.

Отдельно следует сказать об обеспечении доступности наркотических анальгетиков. За прошедший период была существенно образом пересмотрена вся нормативно-правовая база в этой области.

Упрощены требования по хранению, перевозке, учету наркотических средств и психотропных веществ, упрощены требования к выписке рецептов, увеличены запасы рецептурных бланков, срок их действия, увеличены нормы выписки лекарств, разработаны методические рекомендации и учебные пособия по фармакотерапии хронического болевого синдрома, в том числе у детей.

С 2013 по 2015 годы более чем на треть (на 317) увеличилось количество аптек, осуществляющих отпуск населению наркотических анальгетиков, и на 68% – почти на 1 300 объектов, на которых возложена функция по отпуску наркотических средств и психотропных веществ физическим лицам.

В Росздравнадзоре открыта «горячая линия» для приема обращений о нарушении порядка выписки обезболивающих препаратов. Всего с момента создания «горячей линии» в Росздравнадзор поступило около 2 тыс. обращений, которые были отработаны в течение суток.

Благодаря нововведениям в законодательстве и жесткому контролю за их исполнением со стороны Росздравнадзора, обеспеченность неинвазивными обезболивающими препаратами выросла за 2015 год на 90%.

Однако в ряде регионов эта проблема еще остра.

Необходимо приложить дополнительные усилия и обеспечить всех страдающих быстрым эффективным обезболиванием.

В Российской Федерации более 20 лет назад задан курс на страховую модель финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам.

В рамках исполнения поручения Президента по окончательному переходу на страховую модель обязательного медицинского страхования усилена роль и ответственность страховых медицинских организаций, которые становятся реальными участниками процесса организации медицинской



помощи, способными влиять на состояние здоровья населения.

Активное участие страховых медицинских организаций должно осуществляться через уполномоченных лиц по работе с гражданами – страховых представителей, которые призваны обеспечивать не только защиту прав застрахованных на медицинскую помощь, но и сопровождение организации профилактических мероприятий, формирование здорового образа жизни у застрахованных лиц.

Для реализации указанных задач сформированы функциональные обязанности страховых представителей, утверждены обучающие программы и определены базовые вузы для их подготовки, сформированы списки слушателей на обучение.

В апреле 2016 г. на федеральном уровне проведен первый обучающий цикл страховых представителей, целью которого является подготовка высококвалифицированных специалистов для индивидуальной работы с застрахованными лицами в сфере обязательного медицинского страхования.

Вторым важным направлением оптимизации системы ОМС в 2015 году стало совершенствование тарифной политики, которое было направлено на внедрение эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе в стационарных усло-

виях.

В целях снижения неэффективных расходов в стационарных условиях продолжилось внедрение механизма оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ). На протяжении последних четырех лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп, включения в них новых диагностических исследований и методов лечения. Общее количество групп заболеваний в 2015 году по сравнению с 2013 годом увеличилось почти в 1,5 раза и составило 258, а в 2016 году – составляет уже 426 (308 групп для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и 118 групп – для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров).

В 2016 году значительно увеличилось количество КСГ для оплаты медицинской помощи, оказанной взрослому населению, а также по профилю медицинской реабилитации. Сегодня можно уверенно говорить о том, что система ОМС становится привлекательной для негосударственных медицинских организаций, доля которых в числе медицинских организаций, участвующих в реализации программы госгарантий, составляет уже 25 %.

Продолжается и работа по развитию

инструментария государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения.

В 2015 году правительством Минздрава России утвержден комплекс мер, направленных на развитие инфраструктуры и государственно-частного партнерства в здравоохранении, которым предусмотрены мероприятия по совершенствованию законодательства Российской Федерации, организационные и практические меры по развитию этой сферы.

В конце 2015 года состоялось коммерческое «закрытое» первой федеральной концессии в здравоохранении, реализуемой на основании распоряжения Правительства Российской Федерации.

Реализация данного проекта позволит создать импортозамещающие производства медицинских изделий из уникальных российских материалов, обеспечить создание новых рабочих мест, налоговые поступления в размере 2,6 млрд. рублей в бюджеты разных уровней, а также дополнительный доход в виде концессионной платы, исключая расходы федерального бюджета на содержание неиспользуемой в настоящее время инфраструктуры.

В Правительство Российской Федерации внесен согласованный с Минэкономразвития России проект постановления Правительства по реализации второго пилотного проекта – заключения инвестиционного соглашения на базе Института Периского государственного медицинского университета имени академика Е.А. Вагнера.

На разных этапах подготовки в Минздраве России и подведомственных Министерству учреждений находятся более 20 инвестиционных проектов с использованием различных механизмов государственно-частного партнерства с планируемым объемом инвестиций более 10 млрд. рублей. Хочу подчеркнуть, указанные проекты не предусматривают бюджетного финансирования и государственных гарантий.

Дорогие друзья!

Реализация требования ВОЗ о предоставлении каждому человеку не просто качественной медицинской помощи, а помощи максимально возможного для конкретного человека качества, основанной на достижениях медицинской науки, требует развития биомедицины – области знаний, сочетающей достижения фундаментальных

и прикладных исследований, базирующейся на внедрении современных геномных и постгеномных, регенеративных, когнитивных, компьютерных, роботизированных и других технологий.

Для решения этой задачи, в рамках исполнения майского Указа Президента Российской Федерации, Минздравом России была разработана Стратегия развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года. Для ее реализации создан Научный совет, включающий 14 научных медицинских платформ, представленных ведущими научными коллективами и экспертами, который осуществляет межведомственное взаимодействие, формирование приоритетов, координацию научной и инновационной медицинской деятельности.

Такой межведомственный формат работы приносит свои плоды.

Получены серьезные научные результаты в таких областях, как нейро- и когнитивные технологии, нейрокомпьютерные сопряжения, в том числе для реабилитации пациентов с тяжелыми нарушениями двигательных функций, молекулярно-генетические технологии в онкологии, технологии, базирующиеся на стыке иммунологии, молекулярной биологии и геной инженерии, технологии активного долголетия.

Уже готовы к внедрению в практическое здравоохранение разработанные биомедицинские клеточные продукты для лечения ишемического инсульта, заместительной терапии инсулин-зависимого диабета, технологии выращивания искусственного хряща, реконструкции уретры и др.

Мы надеемся, что принятие Государственной Думой в этой весенней сессии закона «О биомедицинских клеточных продуктах» позволит начать легальное практическое применение этих передовых технологий.

По наиболее перспективным разработкам министерством введен механизм административно-организационного сопровождения, что позволило добиваться прорывных результатов в очень сжатые сроки и таким образом быстро решать важнейшие государственные задачи.

Яркий тому пример – разработка в течение 15 месяцев Федеральным научным исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика

Гамалея двух российских вакцин против лихорадки Эбола.

Аналогичные проекты осуществляются в области создания противовирусных препаратов и тест-систем, производства отечественных сенсорных приборов и биодетекторов, работающих в автономном режиме без участия человека.

Решается задача полной самостоятельности Российской Федерации в области производства иммунобиологических препаратов.

Для внедрения инновационных продуктов в широкую медицинскую практику (через включение их в программу государственных гарантий) проводится анализ их клинико-экономической эффективности путем внедрения механизма клинической апробации, законодательные основы которого также были заложены в 2015 году.

Успехи российского здравоохранения не могли остаться не замеченными на международном уровне.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, Россия вошла в тройку ведущих стран по эффективности мер, направленных на снижение бремени неинфекционных заболеваний.

Сегодня наша страна является одним из признанных лидеров в этом направлении. За последние три года мы оказали поддержку 24 странам в рамках глобальной программы ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний.

В 2015 году завершена пятилетняя программа участия Российской Федерации в Мусковской инициативе по охране здоровья матери и ребенка. Всего, за 5 лет в рамках реализации данной инициативы нами подготовлено более 1200 медицинских специалистов для 18 стран мира.

С 2014 года наша страна единогласно избрана председательствующей в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, а российское антитабачное законодательство приводится в пример в качестве одного из наиболее комплексных и эффективных.

Высоко оцениваются наши успехи в борьбе с туберкулезом. В следующем году в Москве запланировано проведение глобальной министерской конференции ВОЗ по борьбе с этим заболеванием.

Нам есть что предложить нашим зарубежным партнерам и в плане лекарственно-

го обеспечения. В начале 2016 года новая российская трехкомпонентная вакцина против гриппа зарегистрирована ГИЗ и будет доступна на рынке 44 стран Центральной и Латинской Америки в объеме до 90 миллионов доз в год. В Гаине в ближайшее время начинается пострегистрационное применение российской вакцины против лихорадки Эбола.

Дорогие коллеги!

Здравоохранение – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и одновременно – основополагающая стратегическая отрасль для всей страны. Она всегда есть и будет «на острие» истории и судьбы народа.

Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для постоянного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан.

2016 год должен стать еще одной вехой в этом движении вперед.

Позволею поблагодарить всех участников и почетных гостей нашей Итоговой Конференции, Администрацию Президента, Правительство Российской Федерации, нашего куратора – вице-премьера Ольгу Юрьевну Голодец, всех коллег – федеральных министров и руководителей агентств и контрольно-надзорных служб, комитеты Государственной Думы и Совета Федерации, всю армию медицинских работников, ученых, преподавателей и организаторов здравоохранения за огромный самоотверженный труд на благо России и россиян!

Позволею пожелать, чтобы наша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, а по сути являющаяся служением, требующим самоотдачи и посвящения, придала в новом рабочем году каждому врачу, фельдшеру, медицинской сестре жизненных сил и душевной крепости, уверенности в собственной востребованности и значимости!

Спасибо!

Председатель Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко:
«НАГРУЗКИ НА БЮДЖЕТ ВОЗРАСТАЮТ. ОБЪЕМЫ ЗАПЛАНИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСТАНУТСЯ ПРЕЖНИМИ».

Минздравом России подготовлены изменения в порядок финансирования высокотехнологичной медицинской помощи для федеральных медицинских организаций. Если они будут приняты, то вступят в силу с 2017 г.

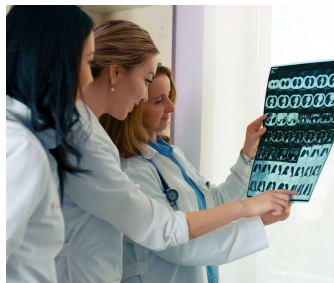


Предложенные поправки в законодательство разрешат федеральному фонду ОМС напрямую финансировать такие клиники как ВМП, которая еще не включена в базовую программу ОМС. Как говорится в комментарии министерства по заявленному новшеству, указанный законопроект не изменяет объемы и характер финансирования, а совершенствует логику финансовых потоков, создавая единый прозрачный канал финансирования. О том, как будет работать система финансирования здравоохранения в этом году, и планах по ее совершенствованию беседа с председателем Федерального фонда ОМС Н.Н. Стадченко.

- Наталья Николаевна, сложная экономическая ситуация

предполагает вынужденный пересмотр отдельных статей расходов и федерального, региональных бюджетов, Фонд ОМС – внебюджетный, и, на первый взгляд, сокращение его не коснется, но нагрузка на бюджет ФОМС тем не менее может возрасти, если часть «бюджетных» видов погрузится в систему ОМС, как, например, психиатрия. Что вы можете сказать по этой ситуации?

- Несмотря на непростую экономическую ситуацию, утвержденный федеральным законом бюджет Федерального фонда на 2016 г. не предусматривает сокращения расходов на оказание медицинской помощи. Регионы Российской Федерации получат субвенцию на финансовое обеспечение МП, включенной в базовую программу ОМС,



в размере 1 458,6 млрд. руб., что на 44,4 млрд. больше, чем в 2015 г. Подушевой норматив также немного, но увеличится с 8 260,7 руб. до 8 439 руб.

Погружения новых видов медицинской помощи в систему ОМС в 2016 г. не предполагается – они и так все в базовой программе. Что касается перечня заболеваний, то расширение его базовой программы на этот год не предусмотрено.

Однако нужно помнить, что статьей 8 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» органам государственной власти субъектов предоставлено право введения в территориальные программы дополнительных объемов страхового обеспечения к страховым случаям, входящим в базовую программу ОМС. Но при условии выделения соответствующих средств в систему ОМС из бюджета субъекта Российской Федерации.

Эта норма касается и расширения видов медицинской помощи, и дополнительных условий ее оказания, и перечня заболеваний, лечение которых осуществляется за счет средств ОМС. Ряду субъектов Российской Федерации удается сохранять такую практику и в нынешних экономических условиях. Например, Московская, Калининградская и Тюменская области погрузили в территориальные программы ОМС лечение таких заболеваний, как туберкулез и психиатрия.

- Сегодня стационарная помощь в большинстве регионов оплачивается с помощью метода клинико-статистических групп (КСГ). Как вы считаете, существующая модель приобрела законченный вид или она еще будет совершенствоваться?

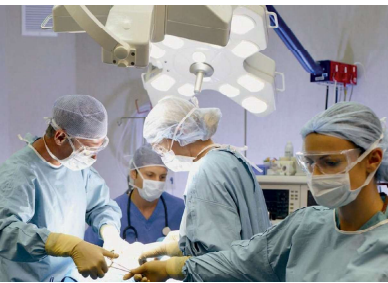
- Разработка собственной модели клинико-статистических групп заболеваний началась в России в 2012 г. Основная цель перехода на оплату медицинской помощи по КСГ – внедрение единой тарифной

политики и снижение неаффертивных расходов медицинских организаций. Кроме того, разработчики ставили задачу ухода от прежнего экстенсивного способа оплаты «поштучно» за услугу к оплате за законченный случай заболевания.

Методика определения стоимости лечения в условиях стационара с использованием КСГ сначала обрабатывалась на базе медицинских учреждений трех субъектов Российской Федерации: Кировской, Липецкой и Тамбовской областей. В разработке первой российской классификации групп заболеваний активное участие принимали представители экспертного сообщества. Помощь специалистов позволила учесть все объективные критерии, влияющие на стоимость медицинской помощи, и способствовала внедрению новых организационных и экономических технологий в российский здравоохранении.

Ежегодно, с 2013 по 2015 г., в модель КСГ вносились изменения, совершенствующие новый механизм финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях. Группировка КСГ в 2013 г. включала 187 групп заболеваний, а с 2016 г. их стало 426. Для медицинской помощи, оказываемой в стационарах, - 308 и еще 118 – для лечения в условиях дневных стационаров. Основные отличия обновленной модели – это добавление КСГ для профиля «медицинская реабилитация», значительное увеличение количества групп для медицинской помощи детскому населению, оптимизация применения поправочных коэффициентов. Вводятся коэффициенты учета трехуровневой системы оказания медицинской помощи и различных условий ее оказания, создающие предпосылки для развития стационарзамещающих технологий и повышения доступности сложных медицинских технологий.

В 2015 г. уже 43 региона внедрили новый способ оплаты. При этом



в каждом федеральном округе было выбрано по одному пилотному региону, на базе которого проводилась детальная апробация российской модели КСГ.

С этого года данный метод применяется уже в 63 субъектах Российской Федерации, что позволяет сделать вывод о перспективе внедрения ее в качестве единой системы оплаты стационарной медицинской помощи.

Вместе с тем любая схема КСГ, и российская в том числе, требует регулярного обновления. Это обусловлено необходимостью постоянного обеспечения сдерживания неэффективных расходов в системе оплаты медицинской помощи, реагирования на изменения государственных приоритетов в сфере охраны здоровья граждан, повышения доступности медицинской помощи.

Амбулаторная медицинская помощь оплачивается согласно подушевому нормативу. С развитием различных направлений профилактической медицины увеличивается и количество медицинских услуг, погружаемых в амбулаторный ПН финансирования (диспансеризация, пренатальный скрининг и т.д.). Как вы оцениваете адекватность подушевого способа оплаты в таких обстоятельствах?

Статья 12 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает приоритет профилактики в этой сфере.

С 2006 по 2012 г. финансирование профилактических мероприятий осуществлялось за счет средств межбюджетных трансфертов, выделяемых из федерального бюджета. Диспансеризации подлежали определенные группы взрослого населения, проводилась диспансеризация детского населения. Охват диспансерными осмотрами в 2012 г. составил 28,8 млн чел.

С 2013 г. профилактические мероприятия финансируются в рамках базовой программы ОМС, при этом расширился список категорий граждан, подлежащих диспансеризации. В том году диспансеризацию прошли 30,3 млн человек, в 2014 г. - 40,3 млн чел. (на 32,8% больше). В 2015 г. ею было охвачено 45,1 млн чел.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены нормативы финансовых затрат на одно посещение в амбулаторных условиях, в том числе и с профилактической целью.

С установкой на развитие профилактических направлений здравоохранения нормативы объемов и финансовых затрат на эти цели постоянно увеличиваются. Норматив объема профилактической медицинской помощи вырос с 2,04 обращений на 1 застрахованного в 2013 г. до 2,35 в 2016 г., финансовые затраты за счет средств ОМС на 1 посещение увеличились соответственно с 266,3 руб. до 358,7 руб. в 2016 г., прирост финансовых средств на обеспечение мер профилактики составил 34,7%.

Но говорить об оплате диспансерных мероприятий по подушевому нормативу не совсем правильно. Подавляющее большинство регионов оплачивают диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры по законному случаю, с учетом проведения всех необходимых этапов, как и рекомендуется Минздравом России в ежегодных информационных письмах, разъясняющих порядок формирования территориальных программ государственных гарантий. Так что по сути способ оплаты профилактических мероприятий мало чем отличается от оплаты медицинской помощи в стационарных условиях. И там, и там используются способы оплаты, ориентированные на результат, на эффективное использование имеющихся в системе средств.

Наталья Николаевна, что можно сказать об объемах высокотехнологической медицинской помощи, оплачиваемой в 2016 г. из средств ОМС?

Впервые она была включена в базовую программу ОМС в 2014 г. 459 наиболее рестиразированных методов ВМП стали оплачиваться за счет субвенций Федерального фонда ОМС. Это стентирование коронарных сосудов, имплантация кардиоведителя ритма, эндопротезирование суставов, применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении системных заболеваний, комплексное хирургическое лечение глаукомы и другие.

С 2016 г. в базовую программу обязательного медицинского страхования включено уже 513 методов ВМП. Добавлены сложнейшие операции и способы лечения поджелудочной железы и печени,



хирургические вмешательства при заболеваниях надпочечников, медицинская помощь по офтальмологии, урологии, лечению эндокринологических заболеваний. Дополнительно введен новый хирургический профиль: детская хирургия в период новорожденности.

Президент России поставил задачу в пилотном режиме увеличить объемы высокотехнологической помощи к 2017 г. Это получение уже перевыполнено, причем дорочно – с 505 тыс. случаев оказания ВМП в 2014 г. до 816, по предварительным данным, на 1 января 2016.

Ежегодно увеличивается и объем средств на оказание ВМП вне базовой программы ОМС. Если в 2015 г. выделялось 82 млрд руб., то в 2016 г. мы запланировали увеличение на 18% – до 96,7 млрд руб. В любом случае риски снижения плановых показателей оказания высокотехнологичной медицинской помощи мы не ожидаем.

В прессе в последнее время звучат предложения ввести обязательный взнос для трудоспособного, но неработающего населения, как это сделано в Беларуси. Как федеральный фонд относится к таким инициативам?

В соответствии с законодательством Российской Федерации страховые взносы на ОМС работающих застрахованных граждан уплачивает работодатель, а за неработающих застрахованных лиц (дети и пенсионеры, зарегистрированные безработные и студенты, другие неработающие граждане) страховые взносы вносят субъекты

Российской Федерации за счет своих бюджетных средств.

Но есть категория лиц трудоспособного возраста, занимающихся трудовой деятельностью без оформления договоров. Они имеют доход, но платят никакие взносы в социальные фонды при этом не являются. По различным экспертным оценкам таких «нелегально» числится порядка 9-12 миллионов. Все эти граждане согласно законодательству считаются неработающими, и уплата страховых взносов за них – обязанность субъекта Российской Федерации, в котором они проживают. Главные территорий, безусловно, озвочены этим вопросом, потому что это создает серьезную дополнительную нагрузку на региональные бюджеты.

В сегодняшней сложной экономической ситуации расходы территориальных бюджетов на страховые взносы за ОМС таких «неработающих» становятся достаточно критичными, и мы считаем вполне логичным обсуждение в Правительстве России вариантов решения данной проблемы. В том числе, рассматривается и опыт Беларуси.



Р. КАДЫРОВ ПРОВЕЛ СОВЕЩАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ И КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧР

Глава Чеченской Республики Рамзан Кадыров провел совещание по вопросам диспансеризации населения и кадрового обеспечения системы здравоохранения региона с участием руководства Минздрава, глав районов и городов, главврачей учреждений.

В обсуждении также приняли участие руководитель Администрации Главы и Правительства ЧР Ислам Кадыров, представивший доклад об итогах мониторинга по диспансеризации населения, и Председатель Парламента ЧР Магомед Даудов.

«Рамзан Ахматович, в ноябре прошлого года вы выразили недовольство итогами диспансеризации. Вы потребовали в корне пересмотреть подход к работе по выявлению и предупреждению заболеваний. Учреждения в большей части учли замечания и устранили выявленные нарушения. Качество проводимых исследований и заполнение документацией значительно повысились. По итогам первого квартала диспансеризацией охвачен 21 % от общего плана,

тогда как за аналогичный прошлый год – охвачено было всего несколько процентов населения. За три месяца выявлено 32 онкологических и 237 инфекционных заболеваний, тогда как за весь прошлый год – только 17 и 84 соответственно», - проинформировал И. Кадыров.

Также он сообщил об итогах работы учреждений по устранению нарушений, выявленных в прошлом году.

Глава ЧР отметил, что одна из важнейших задач здравоохранения – профилактика и выявление заболеваний на ранних стадиях.

«Вопросы, связанные с диспансеризацией, крайне важны, ведь речь идет о здоровье наших граждан. Необходимо сделать акцент на качество и эффективность проводимой работы.



Любые случаи проявления халатности и безответственности неприемлемы. Вы должны понимать, что речь идет не только о судьбе самих больных, для которых любое промедление в лечении может быть чревато ухудшением ситуации. Не стоит забывать и об их окружающих, которые находятся в группе риска», - сказал он.

Глава ЧР призвал проводить разъяснительную работу с населением, чтобы донести до людей значение диспансеризации. Р. Кадыров в ходе совещания также выразил недовольство работой по развитию кадрового потенциала системы здравоохранения.

«Мы создали великолепные условия для медицины: построили современные больницы, закупили новейшее оборудование - но без квалифицированного персонала невозможно оказывать населению медицинскую помощь на высоком уровне. Необходимо выработать меры для исправления ситуации», - сказал он.

Глава региона также отметил, что большую часть нареканий жителей республики вызывает отношение персонала больниц к пациентам. При этом он поблагодарил главного врача Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Рамзана Дудаева. Как отметил Р. Кадыров, пациенты этого учреждения выражают благодарность за квалифицированную помощь, оказываемую больным, и чуткое отношение врачей и медперсонала клиники.

Глава ЧР призвал главврачей ЛПУ более ответственно относиться к исполнению служебных обязанностей. Как пример качественной работы на местах Р. Кадыров привел первого заместителя министра здравоохранения ЧР Эльхана Сулейманова, который ранее занимал должность главврача онкологического диспансера, а также главного врача РКБ им. Ш. Эпендиева Сосланбека Метавева.

«Эльхан - приезжий специалист, который наладил работу Республиканского онкологического диспансера. До его появления мы не могли запустить работу онкодиспансера несколько лет. Сегодня у нас созданы почти все необходимые условия для онкобольных. Пациенты не жалуются на отношение и обслуживание. Благодаря налаженной работе успешно функционирует и клиническая больница имени Эпендиева, которая в день обслуживает от 1500 до 1700 человек. Мы вложили в эту больницу огромные средства, в том числе из внебюджетных источников, чтобы ее запустить. Неоднократно мы выходили на федеральный центр с предложением взять эту больницу на обеспечение, но безрезультатно. Тем не менее в этом учреждении налажена качественная работа», - сказал Р. Кадыров.



ДИРЕКТОР ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ Д. АБДУЛАЗИЗОВ ВЫСТУПИЛ НА ЗАСЕДАНИИ ПАРЛАМЕНТА ЧР С ПРОЕКТОМ ЗАКОНА ЧР «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОН ЧР «О БЮДЖЕТЕ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ НА 2016 ГОД»

Парламент Чеченской Республики принял ряд важных законопроектов и одобрил федеральные законодательные инициативы.



В Парламенте Чеченской Республики состоялась 77-я пленарная сессия под председательством первого заместителя Председателя Парламента ЧР Салмана Закриева, на котором депутаты рассмотрели 10 республиканских законопроектов.

В частности в окончательном чтении был принят Закон Чеченской Республики «О внесении изменений в Закон Чеченской Республики «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год».

В своем докладе директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов отметил, что необходимость внесения изменений в данный Закон обусловлена принятием Федерального закона от 30 декабря 2015 года № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона

Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Кроме того, Денилбек Абдулазизов отметил, что поправки в Закон вносятся в соответствии с изменениями, внесенными в приказ Министерства финансов Российской Федерации 1 июля 2013 года № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации», в соответствии с которым перечень главных администраторов доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики на 2016 год дополнен кодами доходов бюджетной классификации Российской Федерации.

Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики



В ОНКОДИСПАНСЕРЕ ПРОШЛА ВСТРЕЧА КОЛЛЕКТИВА С ДИРЕКТОРОМ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ДЕНИЛБЕКОМ АБДУЛАЗИЗОВЫМ

В рамках поручения Главы Чеченской Республики, Героя России Р.А. Кадырова делегация ТФОМС Чеченской Республики под руководством директора Денилбека Абдулазизова посетила Республиканский онкологический диспансер.

Здесь состоялась рабочая встреча с Советником Главы Чеченской Республики – главным врачом онкодиспансера Эльханом Сулеймановым, в которой также принял участие директор филиала страховой медицинской организации ЗАО «Мас-М» в г. Грозный Ахмед Тагаев. На совещании обсуждались вопросы финансово-ресурсного обеспечения лечебного процесса, а также начало оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам в онкодиспансере, за счет средств обязательного медицинского страхования, что позволит сделать указанный вид медицинской помощи более доступной для жителей Чеченской Республики и избавит их от необходимости выезжать в другие регионы страны.

В ходе беседы руководством медицинского учреждения было отмечено, что диспансер полностью обеспечен всем необходимым, в

том числе и медикаментами для оказания медицинской помощи на высоком уровне.

После окончания совещания гости в сопровождении главного врача ознакомились с работой медицинского персонала, а также пообщались с пациентами, находящимися на лечении.

Завершая свой визит, директор ТФОМС Чеченской Республики Денилбек Абдулазизов поблагодарил Эльхана Сулейманова и весь медицинский персонал за высокую организацию лечебного процесса в учреждении, отметил, что вопросы оказания медицинской помощи пациентам, страдающим онкологическими заболеваниями, имеют особое значение и находятся на личном контроле Главы Чеченской Республики Р.А. Кадырова.

Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

МИНЗДРАВОМ РОССИИ ПОДГОТОВЛЕНЫ ТИПОВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ПОСЕЩЕНИЕ ОДНИМ ПАЦИЕНТОМ КАРДИОЛОГА, ЭНДОКРИНОЛОГА И СТОМАТОЛОГА-ТЕРАПЕВТА

В основу расчета типовых норм времени приема пациента легли результаты фотокхронометражных исследований деятельности врачей-специалистов, которые проводились в соответствии с Методикой разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала, разработанной ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России.



Подобные фотокхронометражные исследования для целей нормирования труда медицинских работников возобновились на плановой основе с 2014 года, впервые после долгого перерыва.

Необходимо отметить, что лечащий врач может принимать конкретного пациента столько, сколько ему необходимо, а данные нормы носят рекомендательный характер и адресованы организаторам здравоохранения для определения потребности во врачебных кадрах в рамках формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на уровне регионов. Также указанные нормы применяются при

расчете конкретных норм труда врачей-специалистов, принимаемых работодателем непосредственно в медицинских организациях с учетом мнения представительного органа работников, что предусмотрено статьей 162 Трудового кодекса Российской Федерации. Поэтому типовые отраслевые нормы времени должны быть адаптированы на уровне медицинской организации.

В настоящее время на официальном сайте regulation.gov, размещено уведомление о начале общественного обсуждения проекта нормативного правового акта.

<http://regulation.gov.ru/p/47833>

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ С 2017 ГОДА БУДЕТ ФИНАНСИРОВАТЬСЯ ИЗ СРЕДСТВ ФФОМС

Поправками к Бюджетному кодексу и закону об ОМС с 2017 года прекратится федеральное участие в расходах на высокотехнологичную медпомощь (ВМП); главным распорядителем всех средств окончательно станет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), пишет газета «Коммерсантъ».



видов медпомощи, было принято решение «погрязать» их в бюджет ФФОМС постепенно — по несколько сотен в год. Предполагалось, что последовательно дорогостоящие технологии будут удешевляться — это и позволит вписать расходы на них в гораздо более скромные рамки бюджета фонда.

С 2013 по 2015 год все виды ВМП действительно были переведены в бюджет ФФОМС — сегодня государство продолжает полностью отдельно финансировать лечение только таких социально значимых заболеваний, как ВИЧ, гепатит, психические расстройства. При этом, по отчетам Минздрава, число россиян, получающих высокотехнологичную помощь каждый год, не перестало расти — с 450 тыс. человек в 2013 году до 712 тыс. человек за 11 месяцев 2015 года (в 2014 году — в пределах 700 тыс. человек).

До последнего момента, несмотря на плановое сокращение доли финансирования, поступающего из федерального бюджета, он по-прежнему (хотя с 2015 года — исключительно формально) оставался частью цепочки передачи средств мединцентрам.

Подготовленные Минздравом поправки полностью исключают федеральный бюджет из процесса финансирования ВМП, сообщили в ведомстве «Коммерсанту», хотя бюджетные учреждения, оказывающие такое лечение, по законодательству должны финансироваться из ФФОМС, правовых основ для передачи средств фондом им напрямую не существовало.

Принятие поправок позволит финансировать медцентры напрямую «путем предоставления субвенций из ФФОМС». При этом, как следует из законопроекта, не меняется порядок определения претендентов на субвенции — их список, как и ранее, будет определять Минздрав России.

Право определять список медучреждений, которые смогут претендовать на оказание дорогостоящего лечения, правительство по-прежнему оставляет за собой. Место ВМП займет «инновационная» медицинская помощь — федеральные деньги будут тратиться, как в ЕС, только на лечение по экспериментальным методикам, сообщает издание.

Согласно представленным Минздравом поправкам к законодательству, с 2017 года должно прекратиться даже формальное участие федерального бюджета в оплате оказания россиянам видов высокотехнологичной медпомощи. Соответствующие изменения содержатся в

подготовленных Минздравом поправках в Бюджетный кодекс, закон «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и другие законодательные акты.

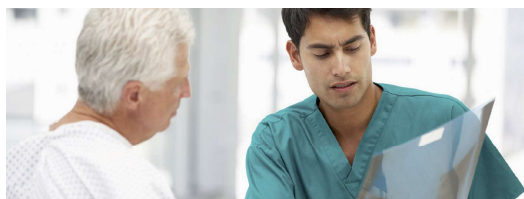
Законопроект опубликован для общественного обсуждения на портале regulation.gov. Фактически речь идет об окончательной законодательной интеграции ВМП в систему ОМС.

Если раньше ВМП финансировалась и из бюджета, и из средств ФФОМС, то в 2010 году было принято решение полностью перейти на окончательное финансирование системы за счет собираемых фондом страховых взносов. Поскольку изначально под понятие «ВМП» подпадало более тысячи

www.medvestnik.ru

МИНЗДРАВОМ РОССИИ УТВЕРЖДЕНЫ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПСИХИАТРИЯ-НАРКОЛОГИЯ» И ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЛИЦАМИ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И (ИЛИ) РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫМИ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

С 4 апреля 2016 года вступает в силу приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ». (Зарегистрирован Минюстом России 22 марта 2016 г., регистрационный № 41495).



Приказ разработан Минздравом России в рамках исполнения «майского» Указа Президента Российской Федерации № 598 – завершить до 1 января 2016 года модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

Порядком определяется маршрутизация пациентов при оказании им медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», требования к структуре, материально-техническому оснащению и штатной численности медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология».

Приказ Минздрава России подготовлен на основании предложений профессионального медицинского сообщества: главных внештатных специалистов Минздрава России,

НП «Национальная медицинская палата», а также с учетом опыта правоприменительной практики организации медицинской помощи по профилю «наркология», в соответствии с действующим в настоящее время приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 929н.

В новом порядке более подробно раскрыты аспекты медицинской профилактики наркотических заболеваний, а также установлены требования к химико-токсикологическим лабораториям наркологических больниц (диспансеров).

Кроме того, приказ Минздрава России от 30 декабря 2015 года № 1034н утверждает Порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

До настоящего времени указанное

наблюдение осуществлялось в соответствии с приказом Минздрава СССР от 12.09.1988 № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями» (в части, не противоречащей законодательству Российской Федерации).

Наиболее важными изменениями в порядке диспансерного наблюдения являются сокращение сроков диспансерного наблюдения за больными наркоманией с 5 до 3 лет. При этом порядком предусмотрено обязательное регулярное проведение лабораторных исследований, подтверждающих воздержание от употребления психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков) лицами, находящимися под диспансерным наблюдением.

МИНЗДРАВОМ РОССИИ ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



Проект приказа Минздрава России «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 февраля 2011 г. № 158н» (в части изменения раздела XV) подготовлен во исполнение поручения Президента Российской Федерации Федеральному Б.В.Путину от 3 декабря 2015 года о конкретизации обязанностей страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования по защите прав граждан при оказании им медицинской помощи.

Целью внесенных изменений является установление порядка взаимодействия участников сферы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Вносимые изменения направлены на расширение функций страховых медицинских организаций по контролю организации оказания медицинской помощи, активному участию в привлечении граждан к прохождению профилактических мероприятий и формированию мотивации к заботе о своем здоровье.

Что изменилось в правилах ОМС?

Теперь для включения в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС, нужно указывать мощность коечного фонда по профилям, количество структурных подразделений МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов, выполненные за предыдущий год объемы медпомощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не работавших по ОМС), численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших МО для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп), предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению.

С проектом приказа можно ознакомиться на сайте: www.rejgation.gov.ru

ОТКРЫЛСЯ ПЕРВЫЙ ЦИКЛ ПОДГОТОВКИ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

На кафедре социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования Первого медицинского университета состоялась открытие первого цикла подготовки страховых представителей страховых медицинских организаций.



Открывали цикл занятий заместитель Министра здравоохранения РФ Наталья Александровна Хорова и Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Николаевна Стадченко.

Подготовка страховых представителей – это еще один этап перехода на страховые принципы российской системы здравоохранения, последовательный шаг к формированию ее пациентоориентированной модели.

Согласно реализуемой концепции страховых представителей, создается трехуровневая система «страховых поверенных». Страховые медицинские компании за счет собственных средств проводят обучение

специалистов различного функционального профиля: от оператора контакт-центра до высококвалифицированного врача-эксперта.

Начало работы страховых представителей в соответствии с дорожной картой запланировано на 1 июля 2016 года, введение третьего уровня – с 1 января 2018 года.

Суть вводной системы – введение действительно эффективного механизма обеспечения прав застрахованных граждан на получение бесплатной, качественной и безопасной медицинской помощи по программе ОМС. В рамках своей деятельности по защите интересов застрахованных граждан страховые представители должны будут сопровождать пациентов на всех этапах ока-

зания медицинской помощи, курровать ход лечения, оказывать им правовую поддержку, инициировать и организовывать экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

По словам академика РАН А.В. Решетникова, директора НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, на площадке которого организованы курсы, в занятиях первого цикла примут участие свыше 90 специалистов страховых медицинских организаций, представители территориальных фондов ОМС всех федеральных округов и более 40 преподавателей медицинских ВУЗов страны.

По итогам обучения курсанты получат удостоверение государственного образца.

www.rosminzdrav.ru

РАБОТНИКИ ТФОМС ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ПРОВЕЛИ ВСТРЕЧУ СО СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА

Представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики провели встречу со студентами Чеченского базового медицинского колледжа.



Мероприятие проводилось в рамках реализации программы по информированию населения о правах граждан застрахованных в системе ОМС.

Гости рассказали присутствующим о становлении системы ОМС в Чеченской Республике, об основах системы обязательного медицинского страхования и ее фундаментальных принципах, а также о том, какие права предоставляет ОМС застрахованным гражданам при обращении в медицинские организации.

Так, в частности, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики Эдгар Алиев отметил, что система ОМС – это финансовый стержень, обеспечивающий ресурсное наполнение здравоохранения, без которого современная медицина с ее сложными технологиями не представляется возможной. Он подробно рассказал о работе медицинских учреждений в рамках системы ОМС, отметил, что на сегодняшний день основной перечень медицинских услуг предоставляется в рамках

базовой программы обязательного медицинского страхования, включая некоторые виды высокотехнологичной медицинской помощи.

В свою очередь, помощник директора ТФОМС Чеченской Республики Сулман Эдиев рассказал студентам о работе, проводимой фондом по информированию застра-

хованных лиц. Он подчеркнул, что базовый медицинский колледж является учреждением, в котором осуществляется подготовка специалистов высокого класса.

«Вы будущие дипломированные специалисты, которые будут трудиться в наших лечебно-профилактических учреждениях. Как представители среднего медицинского персонала, которые в силу своих служебных обязанностей гораздо больше общаются с пациентами, вы должны знать основы обязательного медицинского страхования, так как система ОМС – это квалифицированный защитник интересов пациента при получении медицинской помощи», – отметил представитель фонда.

Студенты колледжа также приняли участие в беседе и показали хорошие знания о деятельности системы обязательного медицинского страхования Чеченской Республики.

В завершение встречи студентам раздали материалы с информацией о правах граждан в системе ОМС.



Пресс-служба ТФОМС Чеченской Республики

РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ БУДУТ ПРОХОДИТЬ АККРЕДИТАЦИЮ ПО НОВОЙ ПРОЦЕДУРЕ

Врачи, имеющие сертификаты, подтверждающие их квалификацию, после окончания срока действия сертификата должны будут проходить аккредитацию по новой международной процедуре, сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

- Поскольку мы не хотели бы, чтобы введение аккредитации вызвало турбулентность в отрасли, мы очень бережно и поэтапно ее внедряем. Те специалисты, которые работают сейчас в отрасли по сертификатам, они до окончания сертификата могут работать. А вот после окончания сертификата уже перейдут на новую процедуру аккредитации, - приводит слова министра ТАСС.

Вероника Скворцова напомнила, что аккредитация - государственная процедура, обязательная для каждого медицинского работника. Новый аккредитационный экзамен состоит из трех этапов. На первом этапе необходимо сдать персонализированный тест на теоретические знания.

Во втором этапе - отработка практических навыков. Третий этап - ситуационные задачи, где оцениваются общение врача с пациентом, диагностические навыки и умение правильно интерпретировать результаты тестов.

- Это новая процедура для нашей страны, но это и общепринятая международная процедура для многих стран мира, в том числе для стран Европейского союза, Австралии, США и других, - уточнила она.

По словам министра, введение единой аккредитационной системы для выпускников вузов и практикующих врачей позволит обеспечить непрерывное образование медицинских специалистов.



www.medvestnik.ru

РЕФОРМА ОМС ОКАЗАЛАСЬ УСПЕШНОЙ - СЧИТАЮТ В НАФИ

Проведение реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширяется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС.

Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи. Действующая страховая модель развития системы обязательного медицинского страхования экономически эффективна и отвечает большинству предъявляемых к ней требований, говорится в Обзоре рынка ОМС в России, подготовленном Национальным агентством финансовых исследований.

Проведение реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширя-

ется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС.

Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи. Существующее количество игроков на рынке ОМС способно обеспечить необходимый уровень конкуренции, при этом дает возможность надзорным органам обеспечить качественный контроль за их деятельностью.

Если речь идет о качестве медицинских услуг, конкуренция на рынке ОМС нам важна для того, чтобы страховые компании могли

действительно грамотно работать с пациентом. Альтернативы страховой медицине нет, но при этом нужно создать прочный фундамент для дальнейшего развития, над чем мы и работаем в последние годы», - отметила на круглом столе заместитель Председателя ФОМС Светлана Карчевская.

www.zdrav.ru

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ВЕСЕННЯЯ НЕДЕЛЯ ДОБРА - 2016

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики принял участие в добровольческой акции «Республиканская весенняя неделя добра - 2016», проводимой в рамках ежегодной всероссийской акции.



Организаторами акции выступили Министерство ЧР по делам молодежи и Республиканский добровольческий центр «Vita». Девиз акции - «Мы вместе создаем наше будущее».

В рамках добровольческой акции сотрудники ФОМС Чеченской Республики оказали адресную помощь ветеранам Великой Отечественной войны, проживающим в столице республики. Участники ВОВ, поблагодарив своими орденами и медалями, встретили сотрудников фонда в своих домах.

Пользуясь случаем, помощник директора ФОМС Чеченской Республики С. Эниев от лица руководителя ведомства Денилбека Абду-

лазимова поздравил ветеранов с наступающим праздником Великой Победы.

Ветераны, участники самой страшной в истории человечества войны, с благодарностью принимали подарки, отмечая при этом особую роль в становлении мира и созидательной жизни в Чеченской Республике первого Президента ЧР, Героя России Ахмад-Хаджи КадYROва и продолжателя его курса Главы республики Р.А. КадYROва, который уделяет особое внимание ветеранам войны, окружив их теплом и заботой.

Пресс-служба ФОМС Чеченской Республики

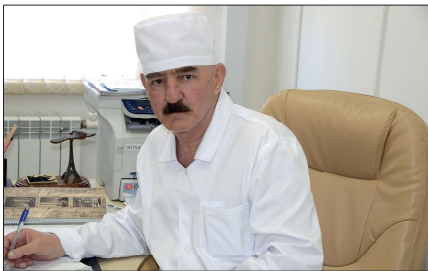
КЮРИ ЖАМАЕВ. ОПЫТ РАБОТЫ ПОМОГАЕТ СТАВИТЬ ТОЧНЫЕ ДИАГНОЗЫ И НАЗНАЧАТЬ ЭФФЕКТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Почти каждый из нас хоть раз сталкивался с расстройством нервной системы: головная боль, острая боль в спине, раздражительность, усталость и прочее. Расстройства нервной системы многообразны, и проявляются они в самых различных причудливых формах, заставляют взрослых пожилых и молодых, при неправильной диагностике и отсутствии лечения ведут к тяжелым, порой необратимым последствиям. Диагностикой и лечением таких болезней занимается невролог. О том, что главное в работе невролога и как предотвратить заболевания нервной системы, рассказал заведующий неврологическим отделением Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн в Грозном Кюри Жамаяев.

Родился Жамаяев Кюри Джамалуевич в селе Ленинское Киргизского района 3 августа 1953 года. В 1957 году он с родителями переехал в Чечню и до 8 класса обучился в Занджской средней общеобразовательной школе. Еще в юности Кюри интересовался вопросами мироздания и смысла жизни и в итоге решил посвятить себя медицине, поэтому после 8 класса юноша поступил в медицинское училище. В 1971 году окончил фельдшерское отделение, а осенью молодого фельдшера призвали в армию, где он три года прослужил на флоте по специальности. После армии Жамаяев, уверенный в своем решении стать врачом, поступил в Кубанский медицинский институт, который успешно окончил в 1982 году. После института некоторое время работал врачом-невропатологом в Ножай-Юртговской ЦРБ. В 2000 году Кюри Жамаяев был назначен главным неврологом республики, комм проработал до 2013 года. С тех пор он является заведующим неврологическим отделением в госпитале ветеранов войн.

Опыт работы Жамаяева, несомненно, помогает ставить точные диагнозы и назначать эффективное лечение. По его словам, чаще всего пациентами военного госпиталя становятся люди молодого возраста.

- На делях войны оказалась упреждающая обстановка событий конца 90-х годов,
- говорит невролог. - Когда ребенок постоянно плачет и чего-то боится, это не проходит бесследно для его организма. К сожалению, много молодых больных с последствиями черепно-мозговых травм, нервическими расстройствами, вегетативными нарушениями с разнообразными болевыми и эмоциональ-



ными феноменами, с синдромом хронической усталости, мигренью и головной болью напряжения, вертеброгенными болями. У людей пожилого возраста наблюдаются прогрессирующие расстройства памяти, внимания, усугубление проявлений сосудисто-мозговой недостаточности, вплоть до сосудистой деменции, при синдроме паркинсонизма, в том числе на фоне разнообразной кардиологической патологии. Обследование и лечение таких больных мы проводим совместно с врачами других специализаций, например, кардиологами.

Госпиталь является центром оказания квалифицированной медицинской помощи ветеранам и инвалидам Великой Отечествен-

ной войны, воинам-интернационалистам, участникам боевых действий, ветеранам труда, труженикам тыла, участникам военных конфликтов на Кавказе, а также членам их семей. Если за помощью в специалистам госпиталя обращается гражданское лицо, то его принимают в порядке очереди или содействуют тому, чтобы этот пациент был направлен в республиканскую больницу.

- В случае, когда достаточно диагностики и назначений нашего отделения, мы занимаемся лечением таких пациентов от обращения до стабилизации состояния, никуда не перенаправляя их. Но если к нам попадает больной, скажем, с болью в сердце, мы направляем его к кардиологу, специализиру-



щемся на лечении этого заболевания. Если требуется больше, чем моя консультация, помогаю людям сориентироваться в нужном направлении и провести всестороннее обследование, чтобы выявить истинную причину недомогания. При необходимости направляю на дополнительную диагностику, помогаю сориентировать пациента в выборе дальнейшего направления лечения. «Гражданских» пациентов, если они нуждаются в экстренной медицинской помощи, мы распределяем в республиканские больницы. - рассказывает Жамаяев.

Заведующий неврологическим отделением тепло отзывается о своем коллективе, отмечает, что некоторых медиков в своей команде «воспитал» он.

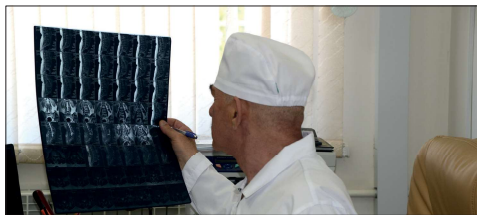
- Коллектив у нас хороший, думаю, что эта заслуга главного врача нашего госпиталя. Медсестры у нас молодые, набираются опыта. Многие наши врачи выпускники при мне. У них стаж по 7-9 лет, но чтобы авторитет работал на врача, нужно 15 лет и более проработать. - улыбается Кюри Жамаяев.

- Кюри Джамалуевич, а что является приоритетным в работе невролога?

- Главное в работе невролога – это доверие больного. Если пациент приходит с надеждой, что врач окажет ему помощь, то врачу стоит только поддержать пациента психологически и грамотно диагностировать его заболевание. Хорошо, когда врач может своей речью расположить к себе пациента, мне это не дано. Я говорить не умею, я умею лечить.

- Подскажите нашим читателям, как предотвратить серьезные заболевания нервной системы?

- Я часто бываю на выездах и замечаю, что мало гуляющих по городу. Для профилактики болезней, особенно по части неврологии, необходимо больше ходить на свежем воздухе, ходить пешком. Наша молодежь же любит посплетать дома или провести вечер в кафе. Человек обязан пройти за сутки не менее 8 км. В других городах очень много и часто гуляют по улицам. Легкий физический труд и ходьба необходимы для поддержания здоровья. Разумеется, расходуя силы разумно и соблюдая принцип «не навреди».



МНЕНИЕ

Лариса Хаджиева,
главный врач ГБУ «Поликлиника №6 г. Грозного»

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ СЛУЖБА – ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В организации медицинской службы на местах существенная роль отведена поликлинической службе. Именно в прикрепленных к больницам поликлиниках ведётся первичный приём населения, его консультация, постановка на учёт и дальнейшая диагностика.



Шестая грозненская поликлиника открыла свои двери для пациентов в 1973 году. Сегодня учреждение обслуживает 10 территориальных участков Старопромысловского района. В коллектив поликлиники входят 40 врачей и свыше 50 медсестер, которые оказывают медицинскую помощь в общей сложности около 20 тысячам человек.

Нужно отметить, что самое пристальное внимание поликлиникой уделяется вопросу проведения диспансеризации населения. По имеющимся данным, в 2015 году необходимое медицинское обследование успешно прошли 98% закрепленного за поликлиникой населения.

В деле организации и проведения диспансеризации, доведения соответствующей информации до населения нам очень помогает Министерство здравоохранения Чеченской Республики, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования ЧР

а также мэрия г. Грозного и префектура Старопромысловского района, – рассказывает главный врач ГБУ «Поликлиника №6 г. Грозного» Лариса Хаджиева.

Хочу особо подчеркнуть, что для проведения диспансеризации в поликлинике имеется абсолютно всё, что требуется. Огромное спасибо Территориальному фонду обязательного медицинского страхования ЧР и лично его директору Денисбеку Абдулзаюеву, постоянное внимание и поддержка которого обуславливают стабильную и полноценную работу поликлиники. Деятельность в системе ОМС стала для нашей поликлиники, как и для других государственных учреждений республики, главным фактором успешной и беспроблемной деятельности.

Все, кто к нам обращается, получают необходимую квалифицированную медицинскую помощь. Также проводится процедура доврачебного осмотра, откуда пациент на-

правляется по соответствующим кабинетам.

Процесс диспансеризации значительно активизировался после известного сообщения, которое провёл Глава Чеченской Республики, Герой России Рамзан Ахматович Кадыров, который создал для развития системы здравоохранения региона самые лучшие условия. Тогда, как мы помним, наш национальный лидер обратился к жителям республики с призывом своевременно проходить диспансеризацию, ведь своевременная диагностика и лечение зачастую становятся вопросом жизни и смерти. Именно в тот период к нам потянулись работники школ, детских садов, различных организаций.

Сегодня в арсенале 6й поликлиники имеется современный маммограф, цифровой флюорограф, аппарат ЭКГ, другое профильное оборудование, а также все необходимые расходные материалы. Функционирует лаборатория, где проводятся практически все виды анализов, в том числе ПЦР и ИФА. Работают все специалисты. А на втором этапе, когда требуется высокоспециализированное обследование, мы направляем пациентов в больницу, которую обслуживает наша поликлиника.

Среди особенностей поликлиники №6 хочется с гордостью отметить, что у нас на сегодняшний день самая большая женская консультация. Около 100 женщин ежемесячно становятся на учёт, а всего у нас зарегистрировано 700-800 пациенток.

В числе очень востребованных и пользующихся большим доверием у пациентов специалистов хочу назвать гинекологов Мадину Девниеву и Малу Дадаеву, уролога Сайхана Исраилова, неврологов Юлию Боровикову и Амину Мудуреву, врача УЗИ Луизу Цагалову и многих других. Кстати, у нас имеется очень востребованный дневной стационар, а персонал поликлиники для большей эффективности работает в две смены.

Важным направлением в деятельности



поликлинической службы остаётся разносторонняя работа среди населения. Мы реализуем проект «Школа здоровья», направленный на выработку грамотного отношения к вопросам охраны здоровья у населения; имеем много агитационных вывесок и плакатов, подготовили видеоролик, посвящённый о важности прохождения диспансеризации. В профилактическом кабинете постоянно поднимаются такие актуальные темы, как важность предупреждения заболевания и др. Соответствующие практические занятия мы проводим и на урених пятиминутках.

Наряду с этим, в поликлинике налажена система вызовов на дом, ведутся электронные записи и карты, работа участковых врачей также соответствует образцам контролируется. Среди положительных моментов хочется отметить и то, что недавно поликлиника №6 г. Грозного была признана самым жаробезопасным объектом здравоохранения в Северо-Кавказском федеральном округе. В целом, необходимо подчеркнуть, что по многим параметрам деятельность больниц и поликлиник Чеченской Республики не отстает от показательных образцовых медицинских

учреждений Москвы и Санкт-Петербурга, где наши врачи часто бывают на различных семинарах и курсах повышения квалификации. Самое главное для нас – довольство пациентов. Думаю, именно в этом кроется секрет успеха нашей поликлиники.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ПРИ УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ключевые слова: экспертиза качества медицинской помощи, качество медицинской помощи, дефекты оказания медицинской помощи.



Алексей Васильевич БЕРЕЗНИКОВ, д.м.н., профессор кафедры терапии Института медико-социальных технологий ФГБОУ ВПО МГУПП, руководитель дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



Сергей Олегович ШКИТИН, аспирант кафедры терапии Института медико-социальных технологий (бывший Медицинский институт усовершенствования врачей) ФГБОУ ВПО МГУПП, специалист дирекции медицинской экспертизы ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Страховые медицинские организации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230) осуществляют медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи [1].

Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программы обязательного медицинского страхования, способам оплаты

медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи [1, 5].

Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программы обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи [1, 5].

Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата [1, 5].

Наиболее интересными для повышения качества медицинской помощи являются

результаты экспертизы качества медицинской помощи. Для проведения экспертизы качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами обязательного медицинского страхования привлекаются эксперты качества медицинской помощи.

В соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач - специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования [5].

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Основным методом экспертизы качества медицинской помощи является сравнение случаев оказания медицинской помощи с «эталоном». Согласно Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, «эталоном» являются порядки, стандарты оказания медицинской помощи, протоколы диагностики, приказы Министерства здравоохранения РФ, сложившаяся клиническая практика; национальные руководства, национальные рекомендации, а также иные литературные источники, рекомендуемые Министерством здравоохранения РФ [1]. Эксперт качества медицинской помощи должен выявить несоответствия конкретного случая «эталоном».

На следующем этапе эксперт определяет влияние выявленных несоответствий «эталоном» на исход случая, а также оценивает риски неблагоприятного исхода: ухудшение состояния, развитие осложнений, нового заболевания, летального исхода.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи оформляются в виде экспертного заключения и акта. Дефекты оказания медицинской помощи оцениваются согласно Приложению N 8 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Важным аспектом деятельности медицинской организации по улучшению качества медицинской помощи должна быть работа по анализу результатов экспертизы качества медицинской помощи.

Основными документами, которые подлежат анализу, являются экспертные заключения, так как они содержат описание дефектов оказания медицинской помощи. В ходе обобщения результатов экспертизы качества медицинской помощи необходимо выделить единичные дефекты, которые встречаются в отдельном взятом случае медицинской помощи, и более не повторяются в аналогич-



ных

случаях, и системные дефекты, которые встречаются в большинстве аналогичных случаев и связаны с невыполнением или ненадлежащим выполнением одного и того же диагностического или лечебного мероприятия.

При анализе причин возникновения системного дефекта необходимо выявить, является ли он следствием человеческого фактора, обусловленного незнанием врачом соответствующих нормативных документов, либо имеет место дефект внутренних документов медицинской организации, регламентирующих процесс оказания медицинской помощи [6].

В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в иных подзаконных актах присутствуют требования к медицинским организациям об оказании медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, при этом ни один из этих документов не содержит требования об исполнении порядков и стандартов лечащим врачом [4].

Таким образом, для того, чтобы обязать лечащего врача действовать в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, на базе федеральных нормативных документов должны быть разработаны внутренние документы медицинской организации, регламентирующие деятельность врачей и иного медицинского персо-

нала, а также взаимодействие сотрудников различных подразделений медицинской организации при оказании медицинской помощи [6].

Необходимо уточнить, не является ли системный дефект оказания медицинской помощи следствием ошибки, содержащейся во внутренних документах медицинской организации, регламентирующих оказание медицинской помощи. Страховая медицинская организация в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию выполняет плановую и целевую экспертизу качества медицинской помощи по конкретным случаям [1].

Плановая экспертиза качества медицинской помощи может проводиться либо по случайной выборке, либо по тематической выборке случаев оказания медицинской помощи [2, 3].

Наиболее удобной для анализа является тематическая плановая экспертиза качества медицинской помощи, потому что изначально на экспертизу отобрана однородная группа случаев оказания медицинской помощи: схожие по возрасту, характеристикам, специальности и нозологической форме. Тематическая экспертиза качества медицинской помощи позволяет наиболее эффективно выявлять системные дефекты в оказании медицинской помощи.

Экспертиза качества медицинской помо-



щи, проведенная по случайной выборке, не настолько эффективно позволяет выявлять системный дефект [2]. В ходе анализа результатов такой экспертизы необходимо провести группировку экспертных заключений в рамках отдельных видов медицинской помощи, специальностей и изоляционных форм. Наиболее информативен анализ в рамках тех изоляций, где проведено максимально большое количество экспертиз качества медицинской помощи, так как представляется возможным выявление наличия системного дефекта.

Одним из классических принципов менеджмента является наличие обратной связи, которая должна быть конкретной, своевременной и информативной [2, 6]. Обратная связь по результатам экспертизы должна осуществляться с заведующими отделений и лечащими врачами, оказывающими медицинскую помощь. Администрация медицинской организации должна проинформировать заведующего отделением и врачей, оказывающих данную медицинскую помощь, о результатах экспертизы качества медицинской помощи. Информация по каждому из дефектов должна быть доведена до того, кто его допустил. В случаях, когда дефекты единичные и не носят системного характера, необходимо вынести у врача, допустившего данный дефект, причину невыполнения требований нормативных документов. Все пояснения должны быть проанализированы

с последующим принятием соответствующих управленческих мер. В случаях, когда речь идет о системном дефекте, сначала необходимо уточнить, не является ли он следствием ошибки, заложенной во внутренних документах медицинской организации, регламентирующей оказание медицинской помощи. В случаях, если причина дефекта содержится во внутренних документах медицинской организации, необходимо произвести коррекцию документов и довести изменения до персонала.

Если системный дефект связан с неисполнением внутренних документов медицинской организации, регламентирующих оказание медицинской помощи, то необходимо выяснить причины возникновения дефекта, получить соответствующее объяснение у персонала, допустившего дефект, и принять меры по его устранению.

Контроль качества медицинской помощи внутри учреждения должен учитывать требования, предусмотренные контролем качества в системе обязательного медицинского страхования [6]. При проведении внутреннего контроля качества целесообразно обращать особое внимание на случаи оказания медицинской помощи, аналогичные тем, в которых были выявлены нарушения при проведении экспертизы качества медицинской помощи.

В случаях, если при анализе результатов экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, возникли сомнения в части обосно-

ванности и правильности выводов экспертов, то необходимо сформулировать разногласия по ее результатам. Экспертиза качества медицинской помощи является предельно конкретной, логичной и проводится в рамках конкретного случая. Поэтому разногласия по результатам экспертизы должны быть оформлены на каждый конкретный случай отдельно.

Причинами разногласий могут быть: 1) использование неправильных «столпов»: не соответствующих специальности порядков и стандартов медицинской помощи, а также документов, утративших силу; 2) неверная трактовка экспертом нормативной документации; 3) использование сомнительной сложившейся клинической практики – устаревших либо не общепринятых методов диагностики и лечения [6]. Кроме того, может быть обоснованная оценка взаимосвязей дефектов оказания медицинской помощи с исходом, а также оценка рисков развития неблагоприятного исхода.

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию предусматривает 15 рабочих дней на ознакомление медицинской организации с результатами экспертизы и их согласование со страховой медицинской организацией. В течение этого срока должен быть проведен анализ результатов экспертизы, определены случаи, с которыми медицинская организация согласна, и случаи, где имеет место разногласие с результатами экспертизы.

За это время медицинская организация может подготовить и направить в страховую медицинскую организацию протоколы разногласий, а также подписанный с пометкой «с разногласиями» акт экспертизы качества медицинской помощи, обсудить с сотрудниками страховой медицинской организации случаи, вызвавшие разногласия [1, 6]. Если в указанные сроки медицинская организация не смогла договориться со страховой медицинской организацией, и по случаям с разногласиями не достигнуто соглашение, то в соответствии с статьей 42 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинская организация вправе подготовить и направить претензию по результатам экспертизы качества медицинской помощи в территориальный фонд обязатель-



ного медицинского страхования.

Протокол разногласий и претензия должны содержать четкие аргументы, опровергающие позицию эксперта качества медицинской помощи в рамках каждого конкретного случая. При этом позиция медицинской организации должна иметь четкое подтверждение нормативно-правовыми актами на уровне РФ

или субъекта РФ. Наиболее частыми ошибками при оформлении протокола разногласий и претензий в территориальный фонд обязательного медицинского страхования являются отсутствие обоснования позиции медицинской организации либо отсутствие ссылки на конкретные нормативные документы или литературные источники, подтверждающие



правоту её позиции. Правильная подготовка аргументов позволяет на уровне согласования результатов экспертизы со страховой медицинской организацией снять более 80% разногласий, а в последующем «профилировать» необоснованное предъявление санкций со стороны страховой медицинской организации к медицинской организации. Таким образом, результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, являются инструментом независимой оценки качества медицинской помощи в медицинской организации, позволяющим администрации медицинской организации выявить системные и единичные дефекты оказания медицинской помощи, а также сформировать комплекс мероприятий по их устранению. Правильное использование данного инструмента позволит эффективно повысить качество медицинской помощи в медицинской организации.

Список литературы

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. N 230 (ред. от 29.12.2015) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» – статьи №№ 40–42.

Ряжков А.Д., Березников А.В., Леонтьева В.Г. [и др.] Управление качеством медицинской помощи на региональном уровне: применение результатов тематических плановых экспертиз качества // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – № 2. – С. 60–64.

Старченко А.А., Мельников В.В., Комарец С.А. [и др.] Правовая терминология в экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС // Медицинское право. – 2008. – № 1.

Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: практическое пособие / А.В. Березников, В.П. Ковал, Ю.О. Суфринчук [и др.] под ред. А.В. Березникова. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 184 с.



ЕСТЬ ТАКАЯ СЛУЖБА...

Внедряемые станцией грозненской скорой помощи передовые технологии дают ощутимый результат

Во все времена система здравоохранения оставалась своеобразным индикатором уровня развития социальной политики в государстве. Как известно, совершенно особое место в этой системе – как её первичное звено – занимает служба скорой медицинской помощи.

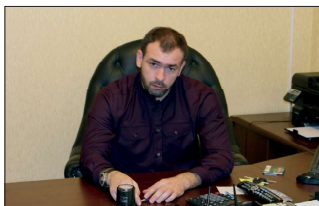
Нужно отметить, что Станция скорой медицинской помощи г. Грозного (и, в целом, данная служба по республике) прошла тернистый путь – от периода, когда она была единственным отделением при 1-й городской больнице чеченской столицы, до сегодняшнего дня, когда в регионе за сутки сотрудниками скорой совершается до 1300 выездов.

Началом нового этапа в истории грозненской службы скорой помощи можно считать 1991 год, когда станция стала отдельным медицинским учреждением.

Сейчас на территории Чеченской Республики функционируют три крупные станции в городах Грозный, Гулермес и Аргунь и 13 отделений скорой помощи при центральных районных больницах. Их обслуживают 179 карет скорой помощи трех классов (А – машина для осуществления неотложного вызова, 107 единиц; В – газели, оборудованные специальной техникой: кардиографом, дефибриллятором, шинами, противожоговыми наборами, жёсткими и мягкими носилками и др., 61 единица; С – полколёсный реанимобиль).

Если говорить отдельно по городу Грозному, то здесь действует 35 машин скорой помощи, ежедневно работает 25 фельдшерских бригад, которых всего на столицу – 52 (в том числе, врачебных, реанимационных, педиатрических и кардиологических). Как сообщил главный врач Станции скорой помощи Алимхан Ихаев, бригаде нужно около 20 минут, чтобы добраться до места назначения в черте столицы, «За 4 минуты с момента поступления вызова карета скорой помощи должна покинуть станцию», – уточнил он.

В среднем за сутки грозненская станция скорой помощи фиксирует до 500 вызовов, остальная республика – до 800 выездов. 216 фельдшеров, 31 врач, около 40 санитаров, 94 санитаров-водителей задействовано во всей службе скорой помощи Чеченской Республики.



На неотложные вызовы приходится 20% из их общего числа, на срочные выезды – 60% и экстренные – 30%.

На базе Станции скорой помощи внедрена и успешно функционирует система «Коль-центр», которая позволяет все звонки принимать через единую компьютерную сеть. Как рассказал главный врач, все разговоры с обратившимся записываются, также фиксируется время: во сколько был звонок, кто принял, кто выехал, за какое время осуществлён выезд и т.д. «Примечательно, что стереть запись о вызове скорой помощи благодаря усовершенствованной компьютерной программе фактически невозможно», – уточнил главврач. Он добавил, что до конца года на всей территории республики (как и во всей стране) планируется ввести единую диспетчерскую систему 112.

В числе положительных нововведений на Станции скорой помощи стоит отметить и тот факт, что заместителем главного врача Сулейманом Лорсановым ежедневно готовится письменный отчет об осуществлённых в течение суток вызовах. Кроме того, взято за практику выборочно обследовать 10-15 пациентов, к которым выезжала скорая, чтобы из первых уст узнать о том, насколько качественно была оказана

на медицинская помощь.

Говоря об уровне подготовки сотрудников Станции скорой медицинской помощи, Алимхан Ихаев сообщил, что в медучреждении каждые три месяца проводится аттестация сотрудников. Если фельдшер не проходит её, то он три месяца не имеет права выходить на линию – до тех пор, пока не усовершенствует свои знания и навыки. «Также нами открыт Ситуационный центр при станции скорой помощи, в котором условия приближены к максимально реальным: имеется специальный манекен». По словам А. Ихаева, фельдшеры и санитары проходят в данном центре подготовку на регулярной основе.

Главный врач Станции скорой медицинской помощи г. Грозного также сообщил, что особое внимание в учреждении уделяется работе с сотрудниками по врачебной этике и деонтологии. «Моральная сторона нашей работы – важная составляющая в деятельности скорой помощи, и этим вопросом мы уделяем самое пристальное внимание. Я всегда напоминаю нашим сотрудникам, что мы защищаем права пациентов, а не врачей», – сказал А. Ихаев. По словам главного врача, о серьёзности и твердости их намерений говорит тот факт, что только в 2015 по причине этического несоответствия было уволено 43 человека. Он добавил, что данный вопрос также стоит на личном контроле у министра здравоохранения Чеченской Республики Шахида Ахмадова.

А. Ихаев рассказал и о том, что при грозненской станции скорой помощи работает оперативный отдел, где распределяются вызовы, а сами выезды осуществляются при помощи внедрённой здесь системы спутниковой навигации ГЛОНАСС. Ещё одним преимуществом в работе скорой помощи является используемая её сотрудниками радиосвязь, которая, в отличие от сотовой, не только более оперативна, но и покрывает всю республику.

По словам главного врача, медикаментами и необходимым оборудованием городская станция скорой медицинской помощи и её отделения в районах обеспечены на все 100%. «Хочу выразить огромную признательность за постоянное внимание к нашим нуждам министру здравоохранения ЧР Ш. Ахмадову и директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования ЧР Де-



нилебу Абдулазизову», – сказал А. Ихаев. По его словам, понимая значимость работы скорой помощи, любые возникающие у станции вопросы Фондом ОМС Чеченской Республики решаются в мобильном порядке. Он подчеркнул, что работа службы скорой медицинской помощи в системе ОМС отлично налажена и демонстрирует отличные показатели. В целом, главный врач Станции скорой медицинской службы г. Грозного Алимхан

Ихаев констатирует, что работа в медучреждении осуществляется стабильно, без перебоев. «Главное, у нас есть порядок, работает охрана, на территории станции посторонние люди доступ не имеют», – сказал он. Он сообщил, что у скорой помощи есть собственная ремонтная автостанция, мойка и спортзал для сотрудников – то есть все условия для полноценного функционирования.



ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Разъяснения экспертов.

МОЖНО ЛИ НЕ ОКАЗЫВАТЬ МЕДПОМОЩЬ ПО ОМС ПАЦИЕНТУ, ЕСЛИ ОН НЕ ПРЕДЯВИЛ ПОЛИС ОМС?

Сотрудники медицинской организации обязаны принять и осмотреть застрахованное лицо, в том числе для выявления состояний нуждаемости в оказании экстренной медицинской помощи. Только после установления возможности отсроченной медицинской помощи возможен отказ до момента предъявления полиса.



Предъявление полиса ОМС при обращении за медицинской помощью является обязанностью застрахованного лица, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи (п. 1 ч. 2 ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

В случае необходимости оказать медицинскую помощь пациенту в экстренной форме медицинская организация и медицинский работник обязаны оказать такую помощь, бесплатно и бесплатно вне зависимости от наличия либо отсутствия у пациента полиса ОМС. При этом медицинской помощью в экстренной форме признается помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных

признаков угрозы жизни пациента (п. 1 ч. 4 ст. 32 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

При оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис, в случаях, предусмотренных законом, медорганизация направляет ходатайство в территориальный фонд для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по ОМС (ст. 126 Правил ОМС утв. приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 159).

Оказание медицинской помощи в плановой форме может быть отложено до предъявления пациентом полиса ОМС в рамках сроков оказания медицинской помощи, обязательных к установлению в территориальной программе госгарантий (раздел VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Таким образом, сотрудники медицинской организации обязаны принять и осмотреть застрахованное лицо, в том числе для выявления состояний нуждаемости в оказании экстренной медицинской помощи. Только после установления возможности отсроченной медицинской помощи возможен отказ до момента предъявления полиса.

При этом, если такой отказ повлечет вред здоровью или жизни застрахованного, у последнего (или в случае смерти — его родственников) сохраняется право требовать судебного возмещения вреда.

КАКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ОПУБЛИКОВАНА НА ИНТЕРНЕТ-САЙТЕ МЕДОРГАНИЗАЦИИ, ВЕДУЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС?

Согласно подп. 7 п. 1 ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ любая медицинская организация должна размещать в сети Интернет информацию об осуществляемой медицинской деятельности, о медицинских работниках медорганизации, об уровне их образования и об их квалификации, а также иную информацию, определенную Минздравом России.

Перечень иной информации определен приказом Минздрава России от 30.12.2014 № 956н и включает в себя следующую информацию:

о медорганизации: полное наименование, место нахождения, включая обособленные структурные подразделения (при их наличии), почтовый адрес, схема проезда; дата государственной регистрации, сведения об учредителе (учредителях), структура и органы управления; режим и график работы; правила внутреннего распорядка для потребителей услуг; контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты; график приема граждан руководителем медорганизации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты;

об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

о медицинских работниках медорганизации, включая фамилии (при их наличии), фамилию, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность; сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация); сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия); график работы и часы приема медицинского работника;

о вакантных должностях;

о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

о перечне лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в т. ч. лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медорганизаций;

о перечне лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

об отзывах потребителей услуг;

иная информация, которая размещается, публикуется по решению учредителя и (или) руководителя медорганизации, и (или) размещение, опубликование которой является обязательным в соответствии с законодательством РФ;

Медорганизации обязаны размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи (п. 2 ст. 15 Закона № 326-ФЗ).

КАКАЯ ОТЧЕТНОСТЬ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРИНОСЯЩЕЙ ДОХОДЫ, ДОЛЖНА ПРЕДСТАВЛЯТЬСЯ УЧРЕДИТЕЛЮ?

Сведения об осуществлении приносящей доход деятельности представляются медицинскими организациями в составе отчета о результатах деятельности государственного (муниципального) учреждения об использовании закрепленного за ним государственного (муниципального) имущества.

Учреждение предоставляет информацию о своей деятельности (в т. ч. о деятельности, приносящей доход) учредителям в соответствии с законодательством РФ и учредительными документами некоммерческой организации (ст. 32 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ).

Общие требования к порядку составления и утверждения отчета о результатах деятельности учреждения утверждены приказом Министерства финансов РФ от 30.09.2010 № 114н. В отчете указывается:

суммы доходов, полученных учреждением от оказания платных услуг;



о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;

о медицинской деятельности медорганизации: наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образца документов); о видах медицинской помощи; о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год; о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения в медорганизации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и имеющей прикрепленное население; о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование; о правилах подготовки к диагностическим исследованиям; о правилах и сроках госпитализации; о правилах предоставления платных медицинских услуг; о перечне оказываемых платных медицинских услуг; о ценах (тарифах) на медицинские услуги (с приложением электронного образца документов);



цены (тарифы) на платные услуги, оказываемые потребителям (в динамике в течение отчетного периода);
общее количество потребителей, воспользовавшихся услугами учреждения (в т. ч. платными для потребителей);

общая балансовая (остаточная) стоимость недвижимого имущества, приобретенного учреждением в отчетном году за счет доходов, полученных от платных услуг и иной приносящей доход деятельности.

Более детализированные требования к такому отчету должны содержаться в ведомственном акте соответствующего органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя. Например, для федеральных государственных учреждений здравоохранения такой порядок утвержден Министерством здравоохранения РФ (Приказ Минздрава России от 27.12.2010 № 1193н).

КАКАЯ СУММА ПРЕДУСМОТРЕНА НА ОПЛАТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ОДНОГО РАБОТАЮЩЕГО ГРАЖДАНИНА?

Финансовое обеспечение расходов, связанных с проведением дополнительной диспансеризации работающих граждан, осуществляется в форме субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС.

В соответствии с Правилами предоставления из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, утвержденными постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1228, предоставление субсидий осуществляется в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на очередной финансовый год и плановый период.

Финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации работающих граждан осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС (раздел IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. (утв. постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273)). Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи (ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ) включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты в соответствии с г. 158,4 Правил ОМС, затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда определяются исходя из потребности в количестве персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медпомощи (медуслуг), в соответствии с действующей системой оплаты труда, включая денежные выплаты стимулирующего характера работникам.

Распределение средств на мероприятия по дополнительной диспансеризации работающих граждан осуществляется руководством медорганизаций в соответствии с действующим законодательством. Способы распределения затрат по отдельным видам медпомощи (медуслугам) установлены г. 158,16 Правил ОМС.

Порядок проведения диспансеризации утвержден приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36ан. Диспансеризация проводится в 2 этапа, объем обследований в рамках первого этапа отражен в части I Приложения 1 к Приказу № 36ан и включает в себя анкетирование, ряд лабораторно-инструментальных исследований и осмотр врача-терапевта.

По результатам первого этапа диспансеризации определяется необходимость проведения осмотров врачами-специалистами, дополнительных исследований и иных медицинских мероприятий, перечень которых установлен в части 2 Приложения 1 к Приказу № 36ан.



Консультации врачей-специалистов (среди перечня, установленного в Приложении № 1 к приказу Минздрава России от 03.02.2013 № 36ан), дополнительное обследование и лечение в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с целью установления диагноза и (или) проведения соответствующего лечения не входят в объем дополнительной диспансеризации и оплачиваются отдельно за счет средств ОМС или средств соответствующего бюджета в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

КАКУЮ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ДОЛЖЕН ОБСЛУЖИВАТЬ ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОЛУЧАТЬ ДЕНЕЖНЫЕ ВЫПЛАТЫ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА?

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. (постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273), включает расходы на финансовое обеспечение осуществления денежных выплат в т. ч. врачам общей практики (семейным врачам) за оказанную помощь в амбулаторных условиях (п. 1 раздела «Формирование территориальной программы ОМС» письма Минздрава России от 12.12.2014 № 11-8/102-8388).

Финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера в части расходов на заработную плату включается в тарифы на оплату медицинской помощи, установленные тарифным соглашением в субъекте РФ.

В субъекте РФ тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера.

Согласно п. 18 приказа Минздрава России от 15.05.2012 № 54н рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

на участке врача общей практики — 1200 человек взрослого населения, в возрасте 18 лет и старше;

на участке семейного врача — 1500 человек взрослого и детского населения.

Вместе с тем, приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н определено единое наименование должности — «врач общей практики (семейный врач)».

Таким образом, если нормативными правовыми актами субъектов РФ не установлено иное, при определении численности населения на врачебном участке следует исходить из того, обслуживает ли конкретный врач общей практики (семейный врач) только взрослых пациентов либо и взрослых, и детей.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Разъяснения экспертов.

КАКИМ ОБРАЗОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ КОЭФФИЦИЕНТ ДЛЯ КОНКРЕТНОЙ КСГ ИЛИ КПГ?

Управленческий коэффициент устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, для конкретной КСГ или КПГ (Методика, установленная в письме Минздрава России от № 11–9/10/2–7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015).

Управленческий коэффициент устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, для конкретной КСГ или КПГ с целью мотивации медицинских организаций к регулированию уровня госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу, или стимулирования медицинской организации к внедрению конкретных современных методов лечения (Методика, установленная в Письме Минздрава России от № 11–9/10/2–7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015).

Управленческий коэффициент устанавливается для конкретной КСГ или КПГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Кроме того, управленческий коэффициент может быть применен в целях стимулирования медицинских организаций, а также медицинских работников (через осуществление выплат стимулирующего характера) к внедрению ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий, в том числе развитию дневных стационаров в больничных учреждениях.

Размер управленческого коэффициента не может превышать уровень 1,4.

Управленческие коэффициенты необходимо устанавливать таким образом, чтобы средневзвешенный коэффициент относительной затратности (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1 (применение повышающего коэффициента к одному КСГ должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ с целью соблюдения принципов «бюджетной нейтральности»).

КАКИМ ОБРАЗОМ ПРОИЗВОДИТСЯ РАСЧЕТ ОБЪЕМА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО КСГ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ СТАЦИОНАРНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ?

Размер финансового обеспечения медицинской организации по системе КСГ или КПГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре.

Согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты

медицинской помощи за счет средств ОМС, утв. в письме Минздрава России № 11–9/10/2–7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015, объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь, осуществляется по системе КСГ (КПГ) заболеваний на основе следующих экономических параметров:

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка);

Коэффициент относительной затратности, Коэффициент дифференциации, при наличии;

Поправочные коэффициенты:

а) управленческий коэффициент;

б) коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи;

в) коэффициент сложности лечения пациента.

Размер финансового обеспечения медицинской организации (ФО_{КСГ}) по системе КСГ или КПГ рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре:

$FO_{КСГ} = \sum CC_{КСГ,КПГ}$ (где ФО_{КСГ} — размер финансового обеспечения медицинской организации, рублей; CC_{КСГ,КПГ} — стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях, рублей).

Стоит отметить, что применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по системе КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте РФ расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний.

В случае, если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действовавшего метода финансирования более чем на 10%, необходимо проведение анализа структуры госпитализации и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение на территории субъекта РФ управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Оплата специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, на основе групп, объединяющих заболевания, в том числе КСГ, осуществляется за счет средств

обязательного медицинского страхования в большинстве страховых случаев.

Все КСГ заболеваний распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, хирургических операций и других



медицинских технологий являются универсальными для применения их в нескольких профилях. При оплате медицинской помощи в подобных случаях отнесение КСГ к конкретной КПГ не учитывается. Например, при оказании медицинской помощи на терапевтических койках ЦРБ пациенту с диагнозом «бронхиальная астма», который относится к КСГ № 153 «Астма», оплата производится по соответствующей КСГ, вне зависимости от того, что данная КСГ входит в КПГ № 23 «Пульмонология».

Формирование КПГ осуществляется на основе профиля медицинской деятельности в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н.

Расчет стоимости законченного случая лечения в рамках системы КСГ или КПГ — заболеваний осуществляется на основе следующих экономических параметров:

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка (БС)).

Коэффициент относительной затратности (КС_{КСГ,КПГ}).

Коэффициент дифференциации (КД), при наличии.

Поправочные коэффициенты:

а) управленческий коэффициент (КУ_{КСГ,КПГ});

б) коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУ_{КСГ});

в) коэффициент сложности лечения пациента (КСПЛ).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), определяется, исходя

из следующих параметров:

объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ или КПГ (ОС);

общего планового количества случаев госпитализации, подлежащих оплате в рамках системы КСГ или КПГ заболеваний (Ч_{КСГ});

среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ.

Применение способа оплаты стационарной медицинской помощи по системе КСГ или КПГ возможно только после осуществления в субъекте Российской Федерации расчетов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. В случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличается от размера их финансового обеспечения при применении ранее действующего метода финансирования более чем на 10%, необходимо проведение анализа структуры госпитализации и принятие управленческих решений по оптимизации уровня и структуры госпитализаций, в том числе утверждение на территории субъекта Российской Федерации управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи и выделение подгрупп в структуре КСГ.

КАКИМ ОБРАЗОМ МОЖНО РАССЧИТАТЬ БАЗОВУЮ СТАВКУ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи рассчитывается согласно методике, установленной в письме Минздрава России от № 11–9/10/2–7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015.

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ (базовая ставка), определяется, исходя из следующих параметров:

объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) и оплачиваемой по КСГ или КПГ (ОС);

общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ или КПГ (Ч_{КСГ});

среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ или КПГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, и рассчитывается по формуле:

$$БС = \frac{ОС}{Ч_{КСГ} \times СПК}$$

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum(K3 \times PK_i \times KD_i)}{KC}$$

где КС — общее количество законченных случаев лечения за год.

В случае, если отсутствует возможность рассчитать средний поправочный коэффициент из-за недостаточного количества статистической информации, СПК рекомендуется установить на уровне 1,1–1,2 с целью учета прогнозируемого роста средней сложности пролеченных пациентов, как признак улучшения обобщенности госпитализаций (данная рекомендация сформирована по итогам пилотной апробации модели КСГ).

Число случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ или КПГ, определяется согласно статистическим данным в рамках персонализированного учета в сфере ОМС, осуществляемого в соответствии с гл. 10 Федерального закона РФ № 326-ФЗ.

ВОЗМОЖНО ЛИ ОПЛАТИТЬ ИЗ СРЕДСТВ ОМС МОНТАЖ ПОЖАРНО-ОХРАННОЙ СИГНАЛИЗАЦИИ?

Монтаж пожарно-охранной сигнализации возможно оплатить за счет средств ОМС.

В соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н:

расходы, связанные с поддержанием технико-экономических и эксплуатационных показателей объектов нефинансовых активов (сроки полезного использования, мощность, качество применения, количество и площадь объектов, пропускная способность и т. п.) на изначально предусмотренном уровне, а также устранением неисправностей (восстановление работоспособности) отдельных объектов нефинансовых активов, а также объектов и систем (охранная, пожарная сигнализация, система вентиляции и т.п.), входящих в состав отдельных объектов нефинансовых активов, относятся на подстатью 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» КОСГУ.

расходы по оплате услуг по охране — на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» КОСГУ.

В соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ указанные статьи расходов включены в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС.

В свою очередь, согласно п. 158 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н (далее — Правила № 158н) в расчет тарифа ОМС включаются затраты медицинской организации, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

При этом на основании п. 158.3 Правил № 158н в составе затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, выделяются в ч. затраты на общехозяйственные нужды, к которым относятся затраты на монтаж пожарно-охранной сигнализации.



Учреждением здравоохранения может быть произведен монтаж пожарно-охранной сигнализации за счет средств ОМС, так как данные расходы относятся к общехозяйственным расходам и включены в тариф ОМС.

Следует отметить, что данные расходы не могут рассматриваться как целевое использование средств.

Данная позиция подтверждается разъяснениями ФФОМС в письме от 06.06.2013 № 4509/21-ч.

МОЖНО ЛИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ОПЛАТУ ТРУДА ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН?

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. (утв. постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273), включает в себя финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, дистанционному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации (приложение к приказу Минздрава России от 06.12.2012 № 1011н, приложение к приказу Минздрава России от 03.02.2015 № 36н).

Порядок предоставления из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение



дополнительной диспансеризации работающих граждан утверждено постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1228.

Согласно п. 10 данного порядка средства, полученные медорганизациями на проведение мероприятий по дополнительной диспансеризации работающих граждан, расходуются руководством в соответствии с действующим законодательством, а именно — на оплату труда медработников, участвующих в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан (за исключением врачей-терапевтов, врачей-диетологов, семейных врачей, медсестер, работающих с указанными врачами), на приобретение необходимых для диспансеризации расходных материалов, оплату труда медработников, привлекаемых для проведения диспансеризации, и на приобретение расходных материалов в соответствии с договорами, заключенными медорганизациями, осуществляющими диспансеризацию, с медорганизациями, имеющими лицензию на осуществление недостающих видов работ (услуг).

Финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации работающих граждан осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (абз. 3 ч. 2 раздела IV Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. (утв. постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273).

В соответствии со ст. 35 Федерального закона № 326-ФЗ, структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие

выплаты.

Способы распределения затрат на оплату труда и стимулирующие денежные выплаты для персонала, принимающего непосредственное участие в проведении диспансеризации, установлены п. 158.4 Правил обязательного медицинского страхования, утв. приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н.

МОЖНО ЛИ ПРИОБРЕТАТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС УСЛУГИ ПОДРЯДЧИКОВ ПО ХРАНЕНИЮ ВАКЦИН?

Медицинская организация вправе заключить договор на хранение вакцины за счет средств ОМС при условии отсутствия возможности собственными силами обеспечить хранение вакцин должным образом либо в случае, если стоимость закупаемых услуг сравнительно ниже расходов, которые организации пришлось бы понести для самостоятельного обеспечения процесса хранения вакцин.

Расходы медицинских организаций, связанные с оплатой услуг, предоставляемых в рамках договоров гражданско-правового характера, вынесенные на аутсорсинг и непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи, в том числе профилактической помощи, относятся на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» Классификации операций сектора государственного управления (приказ Минфина России от 01.07.2013 № 65н).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя также расходы медицинских организаций, связанные с оплатой прочих услуг (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Между тем в случае, если будет установлено, что медицинская



организация, несмотря на наличие возможности своими силами обеспечить хранение вакцин, заключила договор на оказание таких услуг со стороны организации, такие расходы могут быть квалифицированы как неэффективное расходование средств.

Так, расходная операция может быть признана неэффективной только в случае, если уполномоченный орган докажет, что поставленные перед участником бюджетного процесса задачи могли быть выполнены с использованием меньшего объема средств или что, используя определенный бюджетом объем средств, участник бюджетного процесса мог бы достигнуть лучшего результата (п. 23 постановления Пленума ВАС РФ от 22.06.2006 № 23 «О некоторых вопросах применения арбитражными судами норм Бюджетного кодекса Российской Федерации»).

МОЖНО ЛИ ПРИОБРЕТАТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, НЕ ВХОДЯЩИЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП И СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Медицинская организация вправе приобретать лекарственные средства, не входящие в перечень ЖНВЛП и стандарты медицинской помощи, за счет средств ОМС при соблюдении установленного действующим законодательством порядка их закупки.

Территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать помимо прочего порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, включенными в утверждаемый Правительством РФ перечень медицинских, имплантируемых в организм человека, в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи (п. VIII Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Указанные лекарственные средства применяются для реализации приоритетных потребностей здравоохранения в целях профилактики и лечения заболеваний, в основном, преобладающих в структуре заболеваемости в РФ.

При этом, учитывая, что стандарты медицинской помощи имеют усредненный характер и включают наименования лекарственных препаратов по МНН, медорганизация при организации помощи планирует применение как лекарственных средств (по торговым наименованиям), входящих в перечень ЖНВЛП, так и иных лекарственных средств, необходимых для профилактики, диагностики и лечения пациентов и зарегистрированных на территории РФ, с учетом потребностей граждан в бесплатной медицинской помощи.

При осуществлении закупок лекарственных средств медицинской организацией следует соблюдать порядок и требования, установленные действующим законодательством о контрактной системе (п. 6 ч. 1 ст. 33 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ).

УЧИТЫВАЮТСЯ ЛИ В НОРМАТИВАХ ОБЪЕМА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫЕЗДЫ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С ОКАЗАНИЕМ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Выезды, не связанные с оказанием экстренной медицинской помощи, включены в нормативы объема скорой медицинской помощи.

Средние нормативы объема медицинской помощи для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию в рамках базовой программы ОМС составляют 0,3 вызова на 1 застрахованное лицо (п. VI Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утв. постановлением Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи и структурными подразделениями медорганизаций, которые участвуют в реализации

территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением скорой специализированной (санитарно-эвакуационной) скорой медицинской помощи), по базовой программе ОМС определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного программой (0,3 вызова на 1 застрахованное лицо) и численности застрахованных лиц (письмо Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/102-9388).

Скорая (в т.ч. специализированная) медпомощь застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях в отделениях СМП поликлиник, больниц, больниц СМП, работающих в системе ОМС, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу ОМС, оплачивается за счет средств ОМС. Этот вид помощи включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе ОМС.

Таким образом, выезды бригады скорой медицинской помощи, не связанные с оказанием экстренной медицинской помощи, учитываются в нормативах объемов скорой медицинской помощи.

КАКИМ ОБРАЗОМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КОЭФФИЦИЕНТ СЛОЖНОСТИ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ?

Коэффициент сложности курации пациентов может устанавливаться тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ (методика, установленная в письме Минздрава России от 15.12.2014 № 11-9/102-9454).

Коэффициент сложности курации пациентов (в отдельных случаях) устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта РФ, и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

Коэффициент сложности курации пациентов устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится

в тарифном соглашении, при этом указанные критерии должны быть включены в реестр счетов.

Целевым образом устанавливается коэффициент сложности курации пациента в следующих случаях:

• сложность лечения пациента, связанная с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет);

• наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии (в том числе, сахарного диабета I типа и др.);

• наличие осложненных заболеваний / сопутствующих заболеваний (в том числе, органной/полиорганной недостаточности);

• необходимость разрывания индивидуального поста по медицинским показаниям;

• предоставление спального места и питания при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста — при наличии медицинских показаний;

• проведение сочетанных хирургических вмешательств (в рамках отдельных КСГ, перечень которых представлен в инструкции), а также одноклассных операций на парных органах;

• проведение в рамках одной госпитализации в полном объеме нескольких видов лечения, относящихся к различным КСГ (в рамках отдельных КСГ, перечень которых представлен в инструкции);

• сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями; при этом критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 30 дней, кроме групп, которые являются исключениями, и перечень которых представлен в инструкции;

• Размер коэффициента сложности курации пациента не может превышать уровень 1,8.

ПЛАН ФХД, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ

Разъяснения экспертов.



МОЖНО ЛИ ОПЛАТИТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ПРИОБРЕТЕНИЕ АВТОМОБИЛЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Приобретение автомобиля скорой медицинской помощи за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС неправомерно. Расходы на приобретение автомобилей относятся на статью 310 «Увеличение стоимости основных средств» КОСГУ и согласно Классификации основных средств указанные расходы относятся к классу «Автомобили» раздела «Средства транспортные» и в состав тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования не включаются (письмо ФФОМС от 06.06.2013 № 4509/21-и).

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ЦЕЛЕВЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОМС РАСХОДЫ НА ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЗДАНИЙ?

Расходы медицинских организаций, направляемые на техническое обслуживание зданий, могут осуществляться за счет средств ОМС. Расходы медицинских организаций,

связанные с техническим обслуживанием зданий, относятся на подстатью 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» Классификации операций сектора государственного управления (приказ Минфина России от 01.07.2013 № 65н).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя, помимо прочего, и расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Таким образом, источником финансирования расходов на техническое обслуживание зданий могут выступать средства ОМС.

МОГУТ ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ СРЕДСТВА ОМС ДЛЯ ВОЗМЕЩЕНИЯ ВРЕДА, ПРИЧИНЕННОГО ПАЦИЕНТУ ПО ВИНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ?

Положения возмещения медорганизацией расходов страховой медицинской организации на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу, связанных с причинением вреда его здоровью, установлены ст. 31 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ и Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230). Они предусматривают неоплату или неполную оплату СМО медицинской помощи, уплату медорганизацией штрафов за неисполнение, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также возмещение расходов СМО на проведение дополнительной экспертизы по установлению факта причинения вреда здоровью застрахованного лица, оформление необходимой документации и судебных издержек.

В соответствии с ч. 6 ст. 31 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ лица, виновные в причинении вреда здоровью застрахованного лица, могут возмещать расходы на оплату оказанной медицинской помощи в досудебном порядке.

При этом указанные санкции не освобождают медицинскую организацию от возмещения застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, в порядке гражданского судопроизводства.

В соответствии с ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС финансируются расходы, относимые на статью 290 «Прочие расходы» Классификации операций сектора государственного

управления (раздел V Указаний о порядке применения бюджетной классификации РФ, утвержденных приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н), в части возмещения расходов страховой медицинской организации вследствие причинения вреда здоровью застрахованного лица.

Расходы по возмещению медорганизацией застрахованному лицу вреда, причиненного по вине медицинской организации, также могут быть включены в состав тарифа на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС.

КАКОВ ПОРЯДОК УЧЕТА РАСХОДОВ БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ (В РАМКАХ ЦЕЛЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ И ИНОЙ ПРИНОСЯЩЕЙ ДОХОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ) ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НАЛОГОВОЙ БАЗЫ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ?

Согласно п. 1 ст. 247 НК РФ объектом обложения налогом на прибыль признается прибыль, полученная налогоплательщиком. Пунктом 1 ст. 248 НК РФ установлено, что к доходам в целях гл. 25 НК РФ относятся доходы от реализации товаров (работ, услуг) и имущественных прав, а также внереализационные доходы.

Доходы в виде субсидий, предоставленные бюджетным учреждениям, в целях гл. 25 НК РФ признаются средствами целевого финансирования и не учитываются при формировании налоговой базы (подп. 14 п. 1 ст. 251 НК РФ). При этом положения указанного подпункта обязывают налогоплательщиков, получивших средства целевого финансирования, вести раздельный учет доходов (расходов), полученных (произведенных) в рамках целевого финансирования. В противном случае указанные средства рассматриваются как подлежащие налогообложению с даты их получения. Доходы от выполнения платных работ (оказания платных услуг) подлежат налогообложению в общеустановленном порядке.



Также в письме Минфина России от 28.12.2012 № 03-03-06/4/124 по этому поводу говорится: «...полагаем возможным произвести уменьшение доходов от оказания платных услуг на сумму превышения фактически произведенных расходов над суммой полученной субсидии с обоснованием данных действий расчетом расходов, не профинансированных из бюджета».

МОЖНО ЛИ ЗАКУПАТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОЦЕДУР ГЕМОДИАЛИЗА?

Медицинская организация вправе закупить необходимые расходные материалы за счет средств ОМС.

Расходы, связанные с оказанием специализированной медицинской помощи при болезнях мочеполовой системы, финансируются за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС (раздел III Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, утвержденного Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382).

Специализированная медицинская помощь оказывается врачам-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию (ч. 1 ст. 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нефрология» предусмотрено оказание помощи, страдающим хронической почечной недостаточностью, специализированной медицинской помощи методами заместительной почечной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ) (приказ Минздрава России от 18.01.2012 № 17н).

За счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС финансируются расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи, в т. ч. с приобретением расходных материалов (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Таким образом, проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа относится к специализированной медицинской помощи и оплачивается по тарифам, утвержденным в установленном порядке за счет средств ОМС, в т. ч. в части приобретения расходных материалов (п. 16 письма Минздрава России от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796).

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ЦЕЛЕВЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОМС РАСХОДЫ НА ОХРАНУ И НА ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ СРЕДСТВ ПОЖАРНОЙ И ОХРАННОЙ СИГНАЛИЗАЦИИ?

Расходы медицинской организации на охрану, а также техническое обслуживание средств пожарной и охранной сигнализации за счет средств ОМС отвечают принципам целевого использования такого источника финансирования.

Расходы медицинских организаций, связанные с поддержанием технико-экономических и эксплуатационных показателей объектов нефинансовых активов (срок полезного



При отражении в бухгалтерском учете указанные расходы относятся на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» статьи 220 «Оплата работ, услуг» Классификации операций сектора государственного управления (приказ Минфина России от 01.07.2013 № 65н).

ЯВЛЯЮТСЯ ЛИ ЦЕЛЕВЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОМС РАСХОДЫ НА УТИЛИЗАЦИЮ ОТХОДОВ?

Расходы медицинской организации на оплату услуг и работ по утилизации, захоронению отходов относятся на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» Классификации операций сектора государственного управления (приказ Минфина России от 01.07.2013 № 65н).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя также расходы медицинских организаций, связанные с оплатой прочих услуг (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Таким образом, источником финансирования расходов на утилизацию отходов могут выступать средства ОМС.

НА КАКУЮ ПОДСТАТЬЮ КОСГУ ОТНЕСТИ РАСХОДЫ ПО ОПЛАТЕ УСЛУГИ ПО УСТАНОВЛЕНИИ БАЗОВОЙ НОРМЫ РАСХОДА ТОПЛИВА НА АВТОМОБИЛЬ?

В соответствии с п. 6 раздела II Методических рекомендаций «Нормы расхода топлива и смазочных материалов на автомобильном транспорте», утвержденных распоряжением Минтранса России от 14.03.2008 № АМ-23-р для моделей, марок и модификаций автомобильной техники, на которую Минтрансом России не утверждены нормы расхода топлива (отсутствующие в данном документе), руководители предприятий вправе своим приказом вводить в действие базовые нормы, разработанные по индивидуальным заявкам в установленном порядке научными организациями, осуществляющими разработку таких норм по специальной программе-методике.

В соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации РФ, утвержденными приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н (далее — Указания № 65н), отнесение расходов на тот или иной код бюджетной классификации содержания определенной хозяйственной операции.

Разработка норм производится в соответствии с установленной методикой, услуга по разработке базовой нормы расхода топлива на автомобиль исполняется научными организациями и соответственно носит прикладной научный характер.

Расходы по договору, предметом которого является оказание услуги по установлению базовой нормы расхода топлива на автомобиль, не связаны с содержанием автотранспорта в надлежащем состоянии и приведении его в соответствие к нормам, установленным санитарными правилами.

В соответствии с Указаниями № 65н на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» КОСГУ относятся, в т.ч. научно-исследовательские,

использования, мощность, качество применения, количество и площадь объектов, пропускная способность и т.п.) на изначально предусмотренном уровне, а также устранением неисправностей (восстановление работоспособности) отдельных объектов нефинансовых активов, а также объектов и систем (охранная, пожарная сигнализация, система вентиляции и т.п.), входящих в состав отдельных объектов нефинансовых активов, относятся на подстатью 225 «Работы, услуги по содержанию имущества», а расходы по оплате услуг по охране, приобретаемых на основании договоров гражданско-правового характера с физическими и юридическими лицами (ведомственная, вневедомственная, пожарная и другая охрана), — на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» Классификации операций сектора государственного управления (приказ Минфина России от 01.07.2013 № 65н).

Указанные статьи расходов включены в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

МОЖНО ЛИ ОПЛАЧИВАТЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС УСЛУГИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ?

Источником финансирования расходов медицинской организации за оказанные услуги по организации питания больных могут выступать средства ОМС.

В соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС, помимо прочего, также финансируются расходы медицинских организаций, связанные с организацией питания при отсутствии организованного питания в медицинской организации.

опытно-конструкторские, опытно-технологические работы и другие аналогичные расходы.

Таким образом, расходы по оплате услуги по разработке базовой нормы расхода топлива на автомобиль следует отнести на подстатью 226 «Прочие работы, услуги» КОСГУ.

НА КАКУЮ СТАТЬЮ РАСХОДОВ КОСГУ ОТНОСЯТСЯ РАСХОДЫ ПО ДОЗИМЕТРИЧЕСКОМУ (РАДИАЦИОННОМУ) КОНТРОЛЮ РЕНТГЕН-АППАРАТА, КОНТРОЛЬ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ РЕНТГЕН-АППАРАТА?

В соответствии с положениями Указаний о порядке применения бюджетной классификации РФ, утвержденных приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н (далее — Указания № 65н), отнесение расходов на соответствующую статью (подстатью) КОСГУ должно осуществляться исходя из экономического содержания хозяйственной операции.

Указаниями № 65н предусмотрено, что расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (работы и услуги, осуществляемые с целью поддержания и (или) восстановления функциональных, пользовательских характеристик объекта), обслуживанием нефинансовых активов, отражаются по подстатье 225 «Работы, услуги по содержанию имущества».

Пункт 3.31 СанПин 2.6.1.1192-03 «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации рентгеновских кабинетов, аппаратов и проведению рентгенологических исследований» и пункт

7.4.1 СанПин 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» регламентируют наличие в лечебно-профилактическом учреждении, эксплуатирующем рентгеновские аппараты, технических паспортов на рентгеновский кабинет, для составления которых проводятся следующие измерения: кратность воздухообмена, сопротивление заземления, освещенность, мощность дозы рентгеновского излучения, эксплуатационные параметры рентгеновского аппарата и др.

Таким образом, расходы на услуги по радиационному контролю рентгенологического кабинета и оборудования отражаются по подстатье 225 «Работы, услуги по содержанию имущества» КОСГУ, т.к. проведение радиационного контроля рентгенологического кабинета направлены на исследование помещения и оборудования.

Подготовлено по материалам электронного сервиса «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах» №3,4 2016 год, zdrav@mef.ru

Электронная система «Экономика ЛПУ»

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

ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА
ЭКОНОМИКА ЛПУ

Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru



ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА

РФ ОТ 23.01.2016 № 33

«О ПОРЯДКЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, СВЯЗАННОЙ С ДОНОРСТВОМ ОРГАНОВ ЧЕЛОВЕКА В ЦЕЛЯХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ (ПЕРЕСАДКИ), ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА»

Суть документа.

Утверждены: Правила предоставления медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти, субсидий на финансовое обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки), за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и Правила предоставления иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской деятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки).

Федеральные медицинские организации до 1 июня года, предшествующего очередному финансовому году, направляют соответствующим федеральным органам исполнительной власти на бумажном носителе в произвольной форме заявки о предоставлении субсидии на очередной финансовый год.

Иные межбюджетные трансферты предоставляются для обеспечения оказания высокотехнологичной медицинской помощи методом трансплантации (пересадки) донорских органов в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи субъектами Российской Федерации в установленном порядке осуществления соответствующих полномочий органам местного самоуправления и в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, в т. ч. в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти. Постановление распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2016 г.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА

РФ ОТ 16.01.2016 № 8

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА УНИЧТОЖЕНИЯ НЕДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ФАЛЬСИФИЦИРОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И КОНТРАФКТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ»

Суть документа.

Недоброкачественные и фальсифицированные лекарственные средства для ветеринарного применения подлежат изъятию

и уничтожению по решению Россельхознадзора.

Установлено, что Россельхознадзор при обнаружении фактов ввоза в Россию или обращения в РФ недоброкачественных или фальсифицированных ветеринарных лекарственных средств принимает решение, обязывающее их владельца осуществить их изъятие, уничтожение и вывоз в полном объеме с территории РФ. Указанное решение должно содержать: сведения о лекарственных средствах; основания их изъятия и уничтожения; срок изъятия и уничтожения; сведения об их владельце и производителе.

Владельцы таких лекарственных средств в срок, не превышающий 30 дней со дня вынесения Россельхознадзором решения, обязан исполнить его или сообщить о сроке несогласия с ним. В случае несогласия владельца с решением, а также если он не выполнит это решение и не сообщит о принятых мерах, Россельхознадзор обращается в суд.

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА

РФ ОТ 26.12.2015 № 2724-Р

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА 2016 ГОД, А ТАКЖЕ ПЕРЕЧНЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И МИНИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»

Суть документа.

С 1 марта 2016 г. вводится в действие перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2016 г.

Кроме того, утверждены: перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в т. ч. лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Установлено, что до 1 марта 2016 г. применяется перечень жизненно

необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 г., утвержденный распоряжением Правительства РФ от 30.12.2014 № 2762-р.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ

ОТ 31.12.2015 № 1043Н

«О МЕРАХ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ДЕКАБРЯ 2015 Г. № 1478 „ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2016 ГОДУ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗА СЧЕТ ИНЫХ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ»

Суть документа.

Утверждены: доля заработной платы в структуре среднего норматива финансово-затрат на единицу объема медицинской помощи по видам (методам) «по профилю высокотехнологичной медицинской помощи» в соответствии с [разделом 1](#) приложения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, [указ. постановлением Правительства РФ от 18.12.2015 № 1382](#); форма представления главными распорядителями средств федерального бюджета информации о показателях государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) (приложения № 1, 2).

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ

ОТ 28.12.2015 № 1014Н

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, ИСТОЧНИКОМ КОТОРЫХ В ТОМ ЧИСЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОМУ БЮДЖЕТУ»

Суть документа.

Утвержден новый ежегодный Перечень, включающий 138 федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в т. ч. являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федерального бюджета. Признаны утратившими силу [приказы Минздрава России от 31.12.2014 № 967-н](#) и [от 11.08.2015 № 559н](#).

ПРИКАЗ ФОМС

ОТ 29.12.2015 № 277

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2010 Г. № 230»

Суть документа.

Внесен ряд изменений и дополнений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, [указ. приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230](#). В частности, реэкспертиза проводится также и в случаях поступления жалобы застрахованного лица или его представителя на качество медицинской помощи.

В проведении плановой тематической экспертизы качества медицинской помощи принимают участие эксперты качества медицинской помощи, являющиеся главными внештатными специалистами органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. В планы деятельности страховых медицинских организаций в части организации и проведения контроля, в т. ч. в планы проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в течение года по согласованию с территориальным фондом обязательного медицинского страхования могут вноситься изменения и дополнения и др.

ПРИКАЗ ФОМС

ОТ 24.12.2015 № 271

«О СОЗДАНИИ КОНТАКТ-ЦЕНТРОВ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Суть документа.

В целях формирования системы персонализированного учета и контроля за рассмотрением обращений застрахованных лиц и результатов их рассмотрения, а также повышения эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования утвержден Регламент работы Контакт-центра в сфере обязательного медицинского страхования.

Определены задачи Контакт-центра; основные функции; порядок работы с обращениями граждан, поступающими по телефону горячей линии, в письменной или устной форме на личном приеме, по почте, телефону, факсимильной связи, информационным системам общего пользования; порядок ведения единого электронного журнала обращений граждан, а также порядок аналитической обработки обращений граждан и контроля.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА**РФ ОТ 24.02.2016 № 131**

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОЖЕНИЕ О МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Суть документа.

Расширены полномочия Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Минздрав России уполномочен утверждать перечень заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому.

Кроме того, Минздрав России уполномочен утверждать требования к комплектации лекарственных препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания паллиативной медицинской помощи.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ**ОТ 22.01.2016 № 36Н**

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К КОМПЛЕКТАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ УПАКОВОК И НАБОРОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ». ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНОУСТЕ РОССИИ 24.02.2016 № 41191»

Суть документа.

Утверждены новые требования к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи (упаковки: общепрофильной и специализированной (реанимационной); наборов: акушерского, реанимационного, реанимационного неонатального и реанимационного педиатрического).

Принята утратившим силу приказ Минздрава России от 07.09.2013 № 559н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями упаковок и наборов для оказания скорой медицинской помощи». Приказ вступает в силу с 1 июля 2016 г.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ**ОТ 14.01.2016 № 21Н**

«О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМ СИЛУ ПУНКТА 2 ПРИКАЗА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 10 ИЮЛЯ 2015 Г. № 433Н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ (В ТОМ ЧИСЛЕ, ПОРЯДКА НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ТАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ), ТИПОВОЙ ФОРМЫ ПРОТОКОЛА КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ». ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНОУСТЕ РОССИИ 15.02.2016 № 41092

Суть документа.

Принят утратившим силу п. 2 приказа, устанавливающий, что письменные заявления о рассмотрении протоколов клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для проведения клинической апробации в 2015–2016 гг. направляются в Министерство здравоохранения РФ в срок до 15 августа 2015 г.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ**ОТ 12.01.2016 № 5Н**

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)». УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 1 НОЯБРЯ 2012 Г. № 572Н». ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНОУСТЕ РОССИИ 10.02.2016 № 41053

Суть документа.

Согласно внесенным изменениям, основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности также является предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение. В целях сохранения беременности показаний и ее сохранение. В целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщине демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения).

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ**ОТ 31.12.2015 № 1035Н**

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК СОСТАВЛЕНИЯ И УТВЕРЖДЕНИЯ ПЛАНА ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 18 ЯНВАРЯ 2013 Г. № 15Н». ЗАРЕГИСТРИРОВАН В МИНОУСТЕ РОССИИ 05.02.2016 № 40966

Суть документа.

Дополнительно установлено, что План федерального государственного бюджетного учреждения утверждается Министерством здравоохранения РФ. Один экземпляр утвержденного Министерством Плана направляется в учреждение для размещения на официальном сайте в сети Интернет; другой экземпляр — остается в Финансово-экономическом департаменте Министерства.

Подготовлено по материалам электронного сервиса «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах» №3,4 2016 год.

zdnav@mcfr.ru

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Редакционный совет:

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

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

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

Члены редакционного совета:

П.В. Бреев, советник Председателя Федерального фонда ОМС

П.В. Исакова, заместитель министра здравоохранения Чеченской Республики

Э.Х. Дадаев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

Э.А. Алиев, заместитель директора ТФОМС Чеченской Республики

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

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

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

С.А. Метавев, главный врач ГБУ «Республиканская клиническая больница» им. Ш.Ш.Эндиева

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

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

*Издатель: Общество с ограниченной ответственностью «Иситур»-Москва.
Журнал подается ООО «Иситур»-Москва «5500».

Номер подан в печать 20.02.2016 г. Тираж 5000 экз.

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

© «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике», 2016.

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

Регистрационный номер: ПИ № ТУ 20-00095.



ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издаётся при поддержке ТФОМС Чеченской Республики