

Н. Стадченко: «Реализация государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования проходит успешно»

11 февраля в 12:46 (2015 г.) 6173

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

Добрый день, Наталья Николаевна. Редакция журнала «Обязательное медицинское страхование в Чеченской Республике» выражает Вам благодарность, за то, что нашли время ответить на наши вопросы. Переходя непосредственно к ним, вначале я хотел бы поговорить с Вами об использовании в качестве метода оптимизации расходов на медицинскую помощь способ расчета оплаты по клинко-статистическим группам. Чеченская Республика вошла в число «пилотных» регионов, которые перешли на КСГ, расскажите о перспективах внедрения данного метода.

- Разработка первоначальной версии российской модели КСГ осуществлялась в течение 2012 года. Модель включала 187 клинко-статистических групп заболеваний и соответствующие им коэффициенты относительной затроекости, применяемые в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования при установлении тарифов на оплату специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара, и была направлена в субъекты Российской Федерации информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года

№ 14-6/10/2-5305 в составе рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)».

Информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 года № 66-0/10/2-8405 «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования» направлена обновленная классификация клинко-статистических групп, также утвержденная приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 ноября 2013 года № 229. Данная классификация включает 201 КСГ, в том числе, в отличие от предыдущей версии, отдельные группы по онкологическому профилю, а также детские группы.

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

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

- Разработка российской классификации КСГ, начиная с ее ранней версии, осуществлялась, в том числе, совместно со специалистами Всемирного банка – при этом учитывался передовой опыт других стран в вопросе перехода к оплате медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинико-статистических групп заболеваний. Следует отметить, что во всех странах внедрение КСГ начиналось с небольшого количества групп, не более 200. А затем осуществлялось развитие модели «от простого к сложному». Аналогично происходит и с российской моделью КСГ.

- А что дает переход на КСГ непосредственно медицинским работникам?

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

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

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

распределении объемов медицинской помощи, а также оценки деятельности как соответствующих подразделений медицинских организаций, так организаций в целом.

- Наталья Николаевна, далее я хотел бы поговорить на тему высокотехнологичной медицинской помощи. С 2014 года через системы ОМС начали оплачивать 459 методов ВМП. Предполагается, что уже с 2015 года через ОМС будет оплачиваться вся высокотехнологичная медицинская помощь. В связи с этим такой вопрос. Нормативы стоимости ВМП будут устанавливаться федеральным центром, или же каждый субъект сам будет определять стоимость того или иного вида ВМП?

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

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

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

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

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

территориальных фондов обязательного медицинского страхования (перечень включает 30 групп высокотехнологичной медицинской помощи);

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

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

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

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

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

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

В целях реализации указанного Поручения приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 июля 2014 года № 108 (в редакции приказа ФОМС от 22 августа 2014 года № 126) «О внедрении системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи» создана Рабочая группа по внедрению в медицинских организациях системы информирования застрахованных лиц о стоимости медицинской помощи.

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

- в сентябре до 377 (трехсот семидесяти семи) медицинских организаций;
- с 01 октября 2014 года на 177 (сто семьдесят семь) медицинских организации;
- с 01 ноября 2014 года на 222 (двести двадцать две) медицинские организации;
- с 01 декабря 2014 года на 395 (триста девяносто пять) медицинских организации.

Всего медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте в 2014 году составит 1 171 медицинская организация.

С участием Рабочей группы были разработаны форма «Справки о стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в рамках программ обязательного медицинского страхования» и «Порядок информирования застрахованных лиц о стоимости, оказанной им медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования». Разработанные по информированию документы были доведены до всех субъектов Российской Федерации.

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

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