



Медицина в Кузбассе



Научно-практический журнал
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
А.Я. ЕВТУШЕНКО

Издатель:

НП «Издательский Дом
Медицина и Просвещение»

Адрес:

г.Кемерово, 650056,
ул. Ворошилова, 21
Тел./факс: 73-52-43

Шеф-редактор:

А.А. Коваленко

Научный редактор:

Н.С. Черных

Директор:

С.Г. Петров

Макетирование:

А.А. Черных
И.А. Коваленко

Издание зарегистрировано в
Сибирском окружном межрегиональном
территориальном управлении
Министерства РФ по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций.

Свидетельство о регистрации
□ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

Отпечатано:

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,
ул. Сарыгина, 29

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С. -
зам. главного редактора, Луцик А.А. - зам. главного редактора, Ми-
хайлуц А.П., Разумов А.С. - ответственный секретарь, Ши-
пачев К.В., Чурляев Ю.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Швец Т.И. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чиченин Г.И. (Новокузнецк).

Спецвыпуск № 4 – 2003

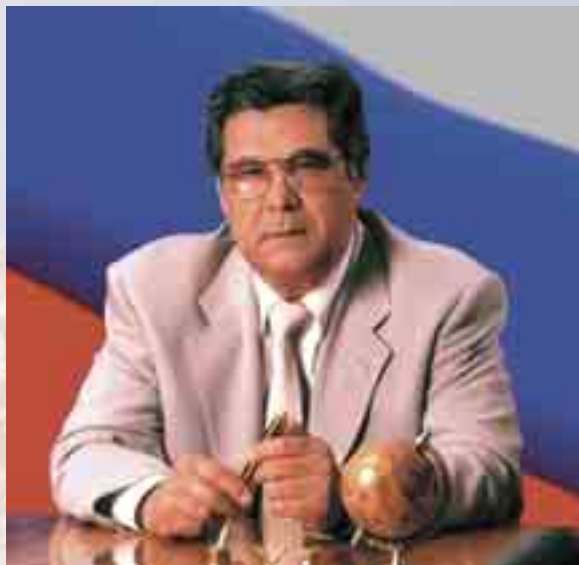
ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.

Материалы научно-практической конференции “Проблемы и пути развития обязательного медицинского страхования. Экономические механизмы повышения эффективности деятельности системы ОМС”, посвященной 10-летию Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области. — Кемерово, 2003. — 88 с.

Спецвыпуск содержит материалы по актуальным проблемам развития обязательного медицинского страхования в Кемеровской области.

Редакционная коллегия выпуска:

Хайновская И.Я. — председатель,
Ходакова Н.И., Батиевская, В.Б.,
Пехота Т.А., Хакимова О.Г., Дементьева Н.В.



Юбилей ТФ ОМС

В этом году вместе с юбилеем области свое 60-летие отменило здравоохранение Кузбасса. Десятилетний юбилей будет отмечать система обязательного медицинского страхования.

Пройдя сложный путь становления, система обязательного медицинского страхования и Территориальный фонд ОМС Кемеровской области доказали свою жизнеспособность и полезность. За короткие сроки в области созданы мощные организационно-методическая и научная базы обязательного медицинского страхования. Активными темпами развивается структура лекарственного обеспечения,

разрабатываются новые информационные технологии, созданы и уже используются в работе единая интегрированная база данных застрахованных по ОМС жителей Кемеровской области, общеобластная база случаев оказания медицинской помощи. Введение обязательного медицинского страхования позволило создать основу для защиты прав пациента, сделав кузбассовцев полноправными субъектами системы ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области оказывает здравоохранению Кузбасса существенную финансовую поддержку и методическую помощь. Благодаря слаженной совместной работе Администрации области и специалистов фонда, удалось преодолеть значительное отставание в сроках выплаты заработной платы медицинским работникам области. Целью этой работы является ликвидация и недопущение всех долгов по зарплате работникам здравоохранения.

В феврале 2003 года Правительством РФ одобрена концепция модернизации ОМС, определены направления ее дальнейшего развития. Глубоко убежден в том, что кузбасский опыт по отработке механизмов ОМС, по созданию региональной нормативно-законодательной базы будет способствовать более эффективному развитию федерального законодательства, и послужит основой для следующего этапа совершенствования обязательного медицинского страхования в России.

Сегодня мне хочется искренне поблагодарить тех, кто своими стараниями способствовал реализации основных направлений системы ОМС в Кузбассе. От всей души поздравляю коллектив Территориального фонда ОМС Кемеровской области и всех, кто имеет непосредственное отношение к становлению и совершенствованию обязательного медицинского страхования, с десятилетним Юбилеем!

Желаю Вам, дорогие друзья, новых свершений и творческих находок, неиссякаемого оптимизма, твердости духа, стабильности и успехов в работе на благо кузбассовцев!

Губернатор Кемеровской области

А.Г. Тулеев



Дорогие друзья!

Реформы, которые в последнем десятилетии затронули все сферы общественной жизни, не стали исключением и для здравоохранения. В начале 90-х годов, для обеспе-

чения гарантий населению в охране здоровья и получении бесплатной медицинской помощи, было введено медицинское страхование.

Обязательное медицинское страхование должно было стать одним из механизмов, способствующих переходу здравоохранения на рыночные рельсы; дополнительно привлечь стабильный источник финансирования медицинских услуг в виде целевого фиксированного взноса; усовершенствовать систему оказания медицинской помощи с целью повышения ее качества и эффективности; обеспечить эффективный контроль за рациональным использованием средств ОМС; обеспечить целевое расходование средств только на медицинские нужды.

Прошедшие 10 лет подтвердили правильность выбранной тогда стратегии – система ОМС стала одним из действенных факторов, заставляющих российскую медицину быстрее осваивать азы рыночной экономики. Медицинские работники осознали необходимость повышения эффективности собственной работы и более ответственно относиться к своему делу. Возникла система контроля качества оказания медицинской помощи, появилась вневедомственная экспертиза. Рядовой пациент получил в лице страховой медицины реального защитника своих прав и интересов. У нас в Кузбассе удалось стабилизировать ситуацию с финансированием здравоохранения, снизить социальную напряженность среди медицинских работников, сохранить для населения бесплатным основной объем медицинской помощи. Не побоюсь сказать, что в последние 10 лет медицина Кузбасса выжила благодаря системе ОМС.

Поздравляя Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области с 10-летним юбилеем, хотел бы выразить благодарность и признательность не только первопроходцам, которые стояли у истоков создания системы ОМС в России и в Кузбассе, но всем специалистам и политикам, которые способствовали становлению, развитию и защите медицинского страхования за эти 10 лет!

Дорогие земляки! От всей души желаю всем, кто связал свою жизнь со страховой медициной, крепкого здоровья, благополучия, творческого долголетия, успешной работы на благо нашего Кузбасса!

Председатель Совета
народных депутатов
Кемеровской области

Г.Т. Дюдяев

Уважаемые коллеги, друзья !

В эти юбилейные дни, подводя итоги, мы можем с уверенностью сказать, что, несмотря на все трудности, обязательное

медицинское страхование состоялось. Сегодня уже очевидно, что обеспечение доступной, бесплатной медицинской помощи и равных возможностей поддержания уровня здоровья через внедрение системы медицинского страхования признается всеми и является важнейшей составной частью государственной социальной политики.

Главным итогом деятельности считаю, что благодаря средствам ОМС бесплатная медицинская помощь по-прежнему доступна для всего населения Кузбасса.

Обязательное медицинское страхование стало одной из форм социальной защиты граждан. Появился независимый субъект, который осуществляет вневедомственный контроль объемов и качества медицинской помощи, оказываемой населению. Каждый застрахованный гражданин приобрел независимого защитника, который не только тщательно контролирует соблюдение стандартов лечения, но и при необходимости отстаивает права пациента на качественную медицинскую помощь.

Хотелось бы, чтобы при дальнейшем развитии ОМС сохранились такие приоритеты, как создание системы обеспечения качества медицинской помощи, внедрение новейших медицинских технологий и развитие новых альтернативных форм оказания медицинской помощи.

Мы всегда должны помнить, что здоровье нации – основа процветающего государства!

Успехов вам в вашем благородном деле.



Главный
федеральный инспектор
в Кемеровской области,
Действительный
государственный советник
Российской Федерации
3 класса

В.Н. Казаков

И.Я. ХАЙНОВСКАЯ
Исполнительный директор ТФ ОМС Кемеровской области

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



ХАЙНОВСКАЯ Ирина Яковлевна – исполнительный директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Окончила КузПИ (ныне – КузГТУ) по специальности инженер-экономист горной промышленности со специализацией "математическое обеспечение АСУ и ЭВМ". Проработала более 12 лет в институте "Промавтоматика", занималась постановками экономических задач для программирования. С 1986 г. работала на предприятиях угольной промышленности начальником планового отдела, главным бухгалтером.

С декабря 1997 г. работает исполнительным директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

В 2000 г. окончила Кемеровский государственный университет по специальности "менеджмент".

В 2000 г. награждена благодарственными письмами Губернатора Кемеровской области, в мае 2003 г. – нагрудным знаком "Отличнику здравоохранения" Министерства здравоохранения РФ.

В 2003 году исполняется 10 лет системе обязательного медицинского страхования России. Введение ОМС стало одним из важнейших аспектов реформы здравоохранения, проводимой в 90-е годы. Его главной целью является обеспечение конституционных прав граждан на получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет стабильного источника финансирования здравоохранения при сохранении доступности медицинской помощи для всего населения России.

К сожалению, период введения ОМС в начале 90-х годов совпал с периодом экономического спада в стране. Но, тем не менее, десятилетие существования системы ОМС показало, что эта идея оправдала себя. Обязательное медицинское страхование — это мощный, динамично развивающийся и реально действующий во всех регионах страны, социально направленный страховой институт.

Законодательной основой введения системы ОМС послужил Закон РФ от 28.06.91 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ», определивший правовые, экономические и организационные основы ОМС и обеспечив-

ший право граждан на медицинскую помощь, гарантированную Конституцией РФ.

На территории Кемеровской области становление системы ОМС началось в 1992 году. Решением Малого Совета Кемеровского областного Совета Народных депутатов от 22.06.93 г. № 163 был создан Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее ТФ ОМС, Фонд), который действует на основании «Положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Кемеровской области». ТФ ОМС был создан как самостоятельное некоммерческое государственное финансово-кредитное учреждение и предназначен для аккумулирования финансовых средств на ОМС, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Основные задачи, на выполнение которых направлена деятельность ТФ ОМС:

- Сбор страховых взносов на ОМС от предприятий и организаций, контроль за своевременным и полным их перечислением. С 1.01.2001 г., в связи с введением в действие

II-й части Налогового кодекса РФ, эта функция была передана Управлению Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кемеровской области.

- Сбор страховых взносов на ОМС неработающего населения от администраций территорий, контроль за своевременным и полным их перечислением.
- Финансирование территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения Кемеровской области бесплатной медицинской помощью.
- Защита прав застрахованных по обязательно-му медицинскому страхованию.
- Контроль за целевым и рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование. Совершенствование организации деятельности системы ОМС.

Руководство деятельностью ТФ ОМС осуществляется Правлением и его постоянно действующим органом — исполнительной дирекцией. В состав Правления входят представители законодательной и исполнительной власти, страхователей, страховых медицинских организаций, медицинских учреждений, профсоюзов.

Действующий в настоящее время состав Правления утвержден постановлением Совета народных депутатов от 18.06.03 г. № 72. Председателем Правления является Курилов Константин Семенович — заместитель Губернатора Кемеровской области. Исполнительным директором ТФ ОМС с 1997 года является Хайновская Ирина Яковлевна.

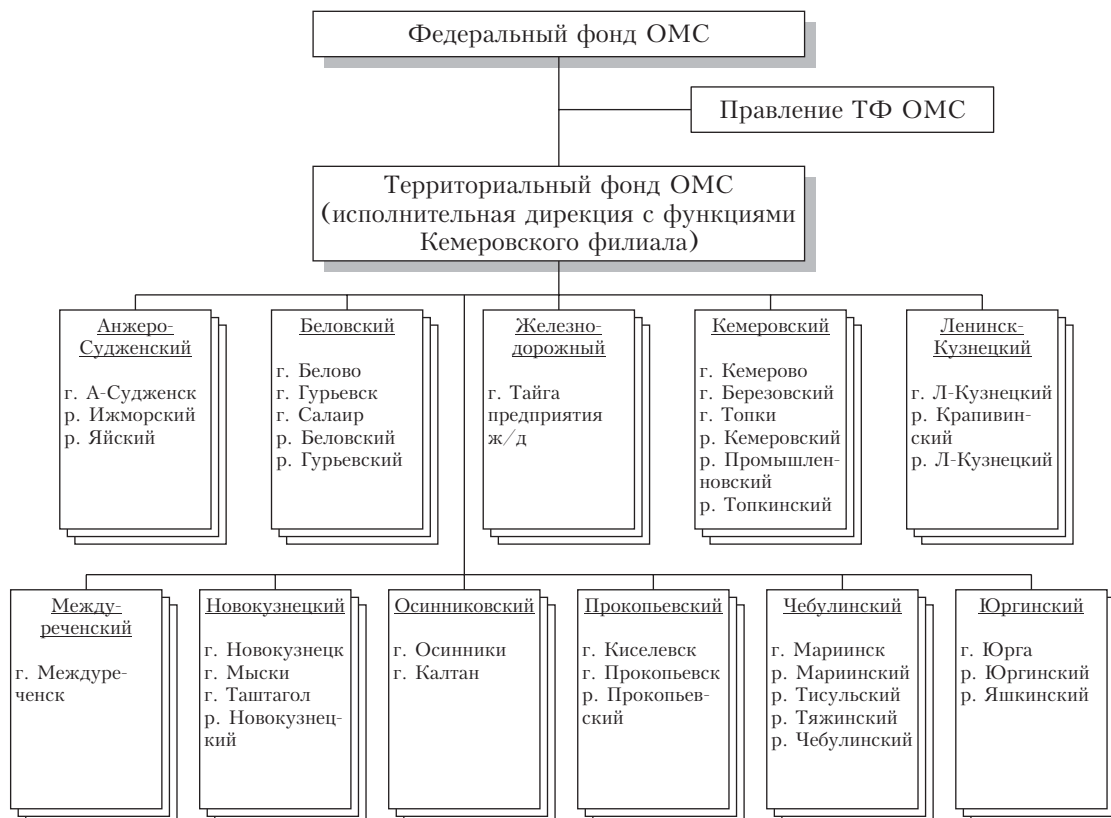
В настоящее время в ТФ ОМС работает 221 сотрудник, из них, 79 — в исполнительной дирекции в г. Кемерово и 142 — в филиалах на территории области.

Структура ТФ ОМС включает 9 филиалов, организованных по территориальному принципу, и Железнодорожный филиал, объединяющий предприятия железной дороги. Для снижения административных расходов функцию Кемеровского филиала выполняет исполнительная дирекция ТФ ОМС. На схеме 1 приведена структура ТФ ОМС.

Организационная структура исполнительной дирекции ТФ ОМС представлена на схеме 2.

В Кемеровском ТФ ОМС достаточно высок образовательный уровень сотрудников — 64 % работающих имеют высшее образование, 29 % — среднее специальное, 7 % — среднее (работники,

Схема 1
Структура ТФ ОМС Кемеровской области



Структура исполнительной дирекции ТФ ОМС Кемеровской области



обеспечивающие транспортное и хозяйственное обслуживание деятельности).

На территории Кемеровской области обязательное медицинское страхование осуществляется по законодательной модели, т.е. в договорных отношениях принимают участие следующие стороны:

- страхователи (предприятия и администрации территорий);
- территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- страховые медицинские организации (СМО);
- лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ);
- застрахованные граждане.

Медицинская помощь застрахованным оказывается в соответствии с Территориальной программой ОМС, которая является частью Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, и ежегодно утверждается Законом Кемеровской области. Территориальная программа ОМС включает в себя перечень видов и объемов медицинской помощи, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, условия ее предоставления и финансирования.

Взаимоотношения участников системы ОМС в Кемеровской области регулируются Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными распоряжением Администрации Кемеровской области 17.11.98 г. № 1202-р. Правила устанавливают права, обязанности, порядок взаимодействия между участниками системы

ОМС. В соответствии с данным документом ТФ ОМС осуществляет финансирование страховых медицинских организаций, имеющих лицензии на проведение ОМС.

Территориальным фондом ОМС проводится работа по созданию эффективной структуры управления и совершенствованию схемы финансирования здравоохранения. С 1996 года численность страховых медицинских организаций сократилась с 12 до 6. Это обусловлено тем, что не все СМО смогли соответствовать требованиям, необходимым для работы по обязательному медицинскому страхованию.

В настоящее время на территории Кемеровской области работают 6 страховых медицинских организаций и Юргинский филиал ТФ ОМС, выполняющий функцию страховщика на трех территориях (диаграмма 1).

Численность застрахованных граждан на территории Кемеровской области на 30.06.03 г. составила 2 700 332 чел. Это 92,5 % от статистической численности населения Кемеровской области, которая, по данным Кемеровского областного комитета государственной статистики, по состоянию на 01.01.03 г. составляет 2 918 900 человек.

Пока еще не каждый житель Кемеровской области обеспечен страховым полисом ОМС. Это вызвано рядом причин как объективного, так и субъективного характера — не каждый руководитель, к сожалению, радует за своих работников и беспокоится об их здоровье; страховая культура самих граждан еще недостаточно высока. В связи с этим одним из важных моментов работы

Диаграмма 1
Распределение страхового поля между СМО
в системе ОМС на территории Кемеровской области



является организация и контроль за освещением вопросов обязательного медицинского страхования в средствах массовой информации, контроль за обеспечением застрахованных страховыми медицинскими полисами, контроль за соблюдением при этом всех правовых норм действующего законодательства. Одна из основных задач, стоящих перед ТФ ОМС – обеспечение полного охвата обязательным медицинским страхованием населения Кемеровской области.

В 2000 году совместными усилиями ТФ ОМС, страховых медицинских организаций и Кемеровского областного медицинского информационно-аналитического центра была создана единая интегрированная база данных застрахованных по ОМС жителей Кемеровской области. Необходимость ее создания, как одного из основных направлений совершенствования системы учета застрахованных граждан, была продиктована теми задачами, которые были поставлены перед территориальными фондами ОМС в соответствии с «Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на 2000-2005 годы».

Единая интегрированная база данных застрахованных по ОМС жителей Кузбасса – это уникальный информационный ресурс, благодаря которому можно получать самую разнообразную информацию о застрахованных гражданах. ТФ ОМС сегодня может иметь полное представление о численности застрахованных граждан в разрезе различных категорий (статусов), их половозрастной структуры. Получить эту информацию можно как по каждому конкретному договору ОМС, отдельной территории или СМО, так и по области в целом, что необходимо в условиях работы по всеобщности обязательного медицинского страхования.

Состав застрахованного населения Кемеровской области приведен на диаграмме 2.

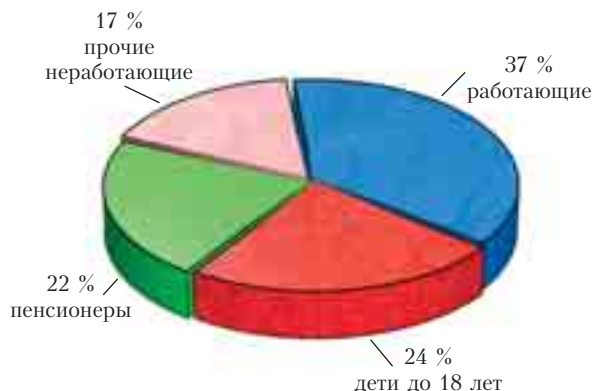
Наличие в ТФ ОМС собственной персонифицированной информации по каждому застрахованному раскрывает перед нами новые перспективы и расширяет возможности работы в таких направлениях, как комплексный анализ и прогнозирование расходов на медицинское страхование, защита прав застрахованных, организация персонифицированного учета лекарственных средств.

Единая интегрированная база данных застрахованных по ОМС обеспечивает широкие возможности для оперативной работы с медицинскими учреждениями Кемеровской области,

позволяет контролировать страховые медицинские организации по многим разделам их работы (обеспечение застрахованных граждан страховыми полисами ОМС, своевременность их выдачи, соответствие сроков действия полисов ОМС срокам действия договоров страхования и т.д.).

Налажено взаимодействие с Фондами ОМС на территории Российской Федерации. В медицинские учреждения Кемеровской области ежемесячно направляется информация об организации обязательного медицинского страхования в других регионах страны. По запросам, направленным во все территориальные фонды РФ (о СМО, работающих на территориях этих регионов, о сроках действия страховых полисов ОМС, о сериях и номерах страховых полисов ОМС), в исполнительной дирекции ТФ ОМС составлен банк данных для ЛПУ Кемеровской области. Обновление банка данных проводится по мере поступления информации из Фондов РФ.

Диаграмма 2
Структура страхового поля ОМС на территории Кемеровской области по состоянию на 30.06.03.



Аналогичная информация о СМО, работающих в системе ОМС на территории Кемеровской области, направляется во все региональные Фонды и обновляется по мере поступления каких-либо изменений.

Финансирование страховых медицинских организаций проводится по дифференцированным подушевым нормативам на основании договоров о финансировании. Оплата медицинской помощи проводится страховыми медицинскими организациями на основании договоров с медицинскими учреждениями.

Порядок и способы оплаты медицинской помощи определяются Положением об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области, являющимся приложением к Тарифному соглашению в системе ОМС Кемеровской области. Тарифное соглашение ежегодно утверждается Согласительной комиссией по утверждению тарифов на медицинские услуги в системе ОМС и порядка оказания медицинской помощи населению, которая создана в Кемеровской области в целях совершенствования законодательно-нормативного обеспечения системы ОМС и координации деятельности ее субъектов.

В основу системы оплаты медицинской помощи положены подушевая оплата амбулаторно-поликлинической помощи с элементами фондодержания и оплата стационарной помощи на основе согласованных объемов.

Тарифным соглашением утверждаются нормативы финансовых затрат, межтерриториаль-

Таблица 1
Формирование доходной части бюджета ТФ ОМС за период с 1993 по 2002 гг. (в млн. руб.)

	Всего поступило в ТФ ОМС	в том числе:			
		поступления работодателей	страховые взносы на ОМС неработающего населения	субвенции ФФ ОМС	прочие поступления
1993 год	59,5	28,5	25,0	0,6	5,2
1994 год	270,8	125,9	118,3	2,0	14,0
1995 год	487,9	246,2	179,6	11,5	26,4
1996 год	679,7	360,6	183,2	18,0	62,2
1997 год	851,4	389,7	335,9	26,0	53,2
1998 год	726,0	390,2	244,9	39,0	27,4
1999 год	1 091,6	681,3	339,5	37,0	33,8
2000 год	1 401,7	983,7	360,3	41,0	11,5
2001 год	1 585,0	1 171,7	354,5	40,0	18,9
2002 год	2 476,4	1 500,4	804,7	78,5	92,7

ные тарифы, структура областного подушевого норматива.

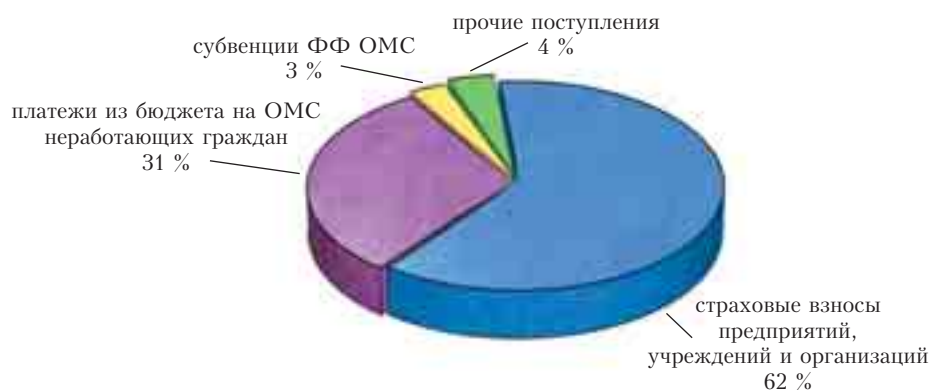
Формирование доходной части бюджета Территориального фонда осуществлялось за счет средств, поступающих из двух основных источников — страховых взносов работодателей и средств, перечисляемых администрациями территорий на ОМС неработающего населения. Дополнительным источником поступлений были субвенции Федерального фонда.

Информация о формировании доходной части бюджета ТФ ОМС за период с 1993 по 2002 гг. приведена в таблице 1.

Структура доходной части бюджета Фонда приведена на диаграмме 3.

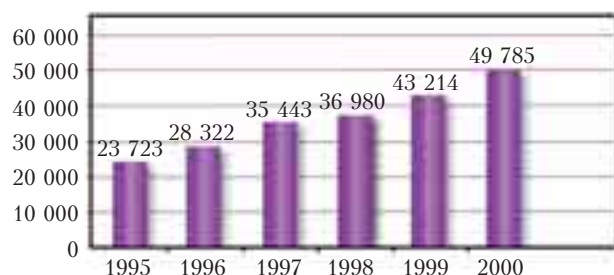
Приоритетной задачей созданных Территориальных фондов ОМС на первых порах стало обеспечение максимального уровня сбора взносов на обязательное медицинское страхование, как с предприятий-плательщиков, так и с администраций, осуществляющих обязательное меди-

Диаграмма 3
Структура поступлений в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области за период с 1993 по 2002 год



цинское страхование неработающих граждан. Начиная с 1993 года, этим очень важным направлением в работе ТФ ОМС занимались специалисты службы доходов. Все эти годы специалисты отдела доходов решали множество вопросов, связанных с начислением и уплатой страховых взносов на ОМС, осуществляли регистрацию плательщиков, проводили проверки правильности начисления и перечисления предприятиями и организациями страховых взносов на ОМС. С каждым годом увеличивалось количество зарегистрированных в ТФ ОМС плательщиков страховых взносов. На диаграмме 4 приведены данные за период с 1995 по 2000 гг.

Диаграмма 4
Количество зарегистрированных плательщиков



Главный же результат состоял в том, что уровень поступлений страховых взносов на ОМС от работодателей год от года увеличивался (таблица 2).

Таблица 2
Уровень поступлений страховых взносов на ОМС от работодателей (в млн. руб.)

Период	План	Факт	Уровень сбора
1995 год	355	246	69%
1996 год	493	361	73%
1997 год	577	390	68%
1998 год	562	390	69%
1999 год	594	681	115%
2000 год	680	984	145%
2001 год	940	1171	125%
2002 год	1342	1500	112%

Начиная с 1999 года уровень поступления средств стабильно высок. Превышение 100 %-отметки отражает успешную работу ТФ ОМС по выяснению недоимки прошлых лет.

С января 2001 года, в связи с изменениями в законодательстве Российской Федерации, функция учета и контроля за поступлением страховых взносов на ОМС от работодателей и предпринимателей была передана налоговым органам. Однако ТФ ОМС продолжает работу с предприятиями-неплательщиками, поскольку напрямую заинтересован в наибольшем уровне

сбора страховых взносов на ОМС и в настоящее время занимает достаточно жесткую позицию по отношению к неплательщикам страховых взносов.

У ряда предприятий нашей области сложилась большая задолженность по уплате страховых взносов, что отрицательно сказывается на стабильности системы ОМС. Данный вопрос находится под постоянным контролем Администрации Кемеровской области. В 2001 году создана Комиссия по мобилизации поступлений в доходную часть областного бюджета. С 2002 года на ее заседаниях рассматриваются вопросы о выполнении предприятиями области своих обязательств по уплате единого социального налога. В течение этого периода на заседаниях Комиссии была рассмотрена ситуация по 136 предприятиям, имеющим задолженность по уплате единого социального налога, в результате чего ими была погашена задолженность в ТФ ОМС в сумме 28,2 млн. рублей.

Территориальный фонд ОМС систематически направляет в пресс-службу Администрации Кемеровской области списки злостных неплательщиков для публикации в средствах массовой информации. Специально для них была учреждена новая «награда» — «Орден Маленькой Совести», которая присуждается руководителям предприятий, уклоняющимся от выполнения своих обязанностей по уплате страховых взносов на ОМС, и создающим проблему своевременной выплаты заработной платы медицинским работникам системы ОМС.

В Территориальном фонде ОМС разработана и уже в течение нескольких лет успешно применяется «Карточка страхователя», которая является для предприятий обязательным документом при заключении или продлении договоров ОМС со страховыми медицинскими организациями.

Актуальность этого документа особенно стала видна теперь, когда функция сбора страховых взносов перешла к налоговым органам. «Карточка страхователя» остается на сегодняшний день единственным связующим звеном между налогоплательщиками и Территориальным фондом ОМС.

Работа с «Карточкой страхователя» позволяет Территориальному фонду осуществлять контроль за соответствием численности работающих на предприятии, от фонда оплаты труда которых уплачивается единый социальный налог, и численности лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию в СМО. Необходимость получения этого документа заставляет предприятия погашать задолженность по взносам за предыдущие годы и регулярно уплачивать текущие платежи по единому социальному налогу в части страховых взносов на ОМС.

При обращении в ТФ ОМС за «Карточкой страхователя», представители предприятий получают максимальную информацию об обязательном медицинском страховании: выдержки из нормативных документов РФ по ОМС, перечень всех страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС на территории Кемеровской области, перечень прав и обязанностей застрахованных граждан. Это делает налогоплательщиков наиболее дисциплинированными, повышает их ответственность по уплате страховых взносов на ОМС.

Одной из основных проблем ТФ ОМС на протяжении всех лет работы является низкий уровень перечисления администрациями территорий страховых взносов на ОМС неработающего населения (таблица 3).

Таблица 3
Уровень перечисления администрациями территорий страховых взносов на ОМС неработающего населения (в млн. руб.)

Период	План	Факт	Уровень сбора
1995 год	212	180	85%
1996 год	255	183	72%
1997 год	296	336	114%
1998 год	723	245	34%
1999 год	787	340	43%
2000 год	671	360	54%
2001 год	825	354	43%
2002 год	1 279	805	63%

Высокий уровень исполнения плана в 1997 году (114 %) связан с тем, что в конце года из федерального бюджета в Кемеровскую область были перечислены средства целевых дотаций для погашения задолженности по заработной плате работникам бюджетной сферы. Соотношение уровня поступления средств на ОМС из двух основных источников — средств работодателей и взносов администраций на ОМС неработающего населения — показано на диаграмме 5.

С целью повышения уровня поступления средств постоянно проводилась активная работа с главами администраций территорий Кемеровской области по вопросу уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Во исполнение постановления Правительства РФ № 624 «О проведении реструктуризации задолженнос-

ти плательщиков страховых взносов на ОМС неработающего населения, имеющейся по состоянию на 1.01.01 г.», Территориальный фонд начал работу по реструктуризации задолженности. Но так как, в силу разных причин, ни одна из территорий области не пошла на реструктуризацию, Территориальным фондом ОМС были предъявлены в Арбитражный суд иски о ее взыскании в судебном порядке.

К концу сентября 2003 года подписаны и утверждены в судебном порядке соглашения и графики рассрочки по взысканию задолженности с 26 администрациями муниципальных образований из 34. Все средства задолженности, перечисляемые администрациями в ТФ ОМС, будут направляться на выплату заработной платы медицинским работникам.

На диаграмме 6 показано, какая доля в общей сумме средств, поступающих в ТФ ОМС, приходится на филиалы.

Максимальная часть средств приходится на филиалы, на территориях которых расположены крупные города — г. Новокузнецк и г. Кемерово. Минимальные доли у «сельских» филиалов — Анжеро-Судженский, Чебулинский, Юргинский.

Средства, поступившие в Территориальный фонд, направлялись на финансирование Территориальной программы ОМС, выполнение Фондом управленческих функций и финансирование мероприятий по здравоохранению.

В таблице 4 приведена информация о расходовании средств ТФ ОМС за период с 1993 по 2002 гг.

Структура расходов показана на диаграмме 7.

Ежемесячно, исходя из объема собранных средств и численности застрахованного населения, рассчитывался среднеобластной подушевой норматив для финансирования страховых меди-

Диаграмма 5
Динамика поступления средств, 1995–2002 г.г.

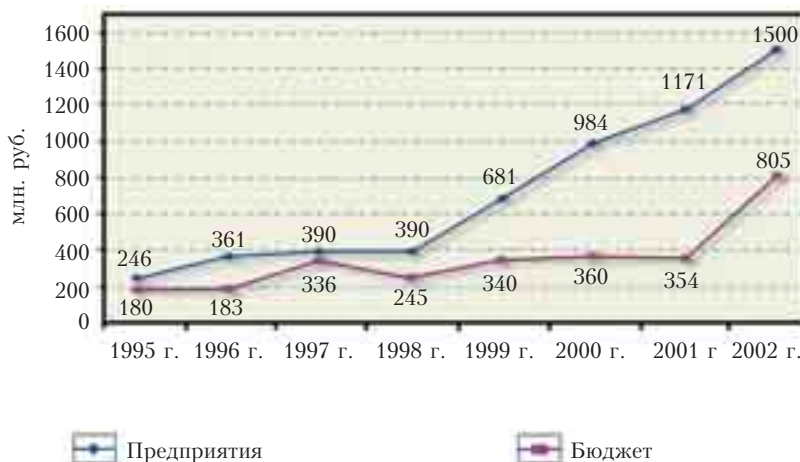


Диаграмма 6
Распределение поступлений в ТФ ОМС между филиалами



Таблица 4
Расходование средств ТФ ОМС за период с 1993 по 2002 гг. (в млн. руб.)

	Всего	в том числе:			
		на финансирование ТП ОМС	выполнение управленческих функций	финансирование мероприятий по здравоохранению	прочие расходы
1993 год	54,4	53,7	0,1	-	0,5
1994 год	258,6	245,1	6,6	3,9	1,6
1995 год	461,6	446,3	11,1	3,1	0,9
1996 год	624,4	595,2	16,1	2,3	9,1
1997 год	800,4	767,5	16,1	2,6	9,9
1998 год	705,3	679,2	15,7	0,0	4,5
1999 год	1 074,4	1 044,0	20,2	0,3	9,9
2000 год	1 382,5	1 329,2	28,1	9,6	15,6
2001 год	1 555,2	1 508,3	33,2	4,6	9,1
2002 год	2 476,6	2 428,0	46,8	1,3	0,5

цинских организаций по ОМС. В 1994 году этот норматив составлял 3,3 руб. (в современном масштабе цен), к сентябрю 2003 года он увеличился до 71 руб.

На диаграмме 8 приведена динамика среднеобластного подушевого норматива.

Долгое время в Кемеровской области на первое место ставилась задача привлечения средств в здравоохранение — повышение уровня сбора взносов

на обязательное медицинское страхование, введение платных услуг и т.д. Задача повышения эффективности использования ресурсов объективно оказывалась на втором плане.

Расчеты же показывают, что, даже при обеспечении 100 % сбора налогов, средств будет недостаточно для покрытия расходов имеющихся мощностей здравоохранения области. Поэтому важнейшим направлением организации здравоохранения в последние годы стала единая система планирования.

В 1999 году были окончательно определены приоритеты развития здравоохранения Кемеровской области. Сделан акцент на сбалансированность финансовых ресурсов и

Диаграмма 7
Структура расходов территориального фонда ОМС Кемеровской области за период с 1993 по 2002 год

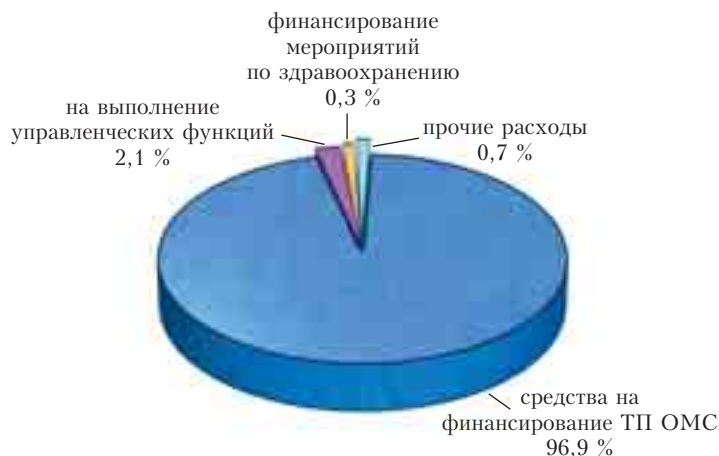
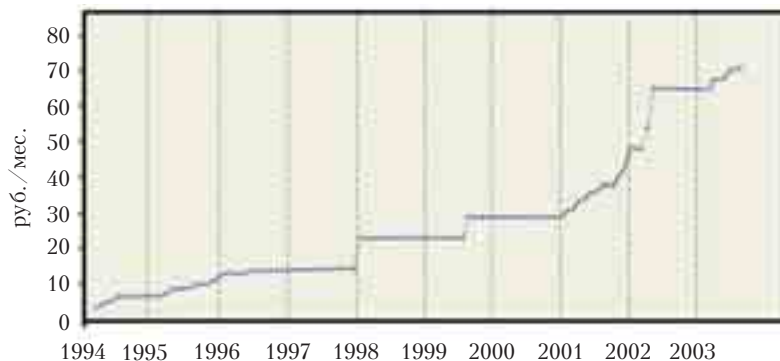




Диаграмма 8
Динамика подушевого норматива



объемов предоставляемой медицинской помощи в рамках государственных гарантий, на обеспечение доступности помощи различным слоям населения, на достижение высокой эффективности использования финансовых ресурсов за счет оптимизации структуры, объемов и технологий медицинской помощи.

Для создания единого механизма реализации конституционных прав граждан по получению бесплатной медицинской помощи, и в соответствии с Законом «Об охране здоровья населения Кемеровской области», на территории нашего региона осуществляется разработка и реализация программы государственных гарантий оказания населению медицинской и лекарственной помощи, позволяющей установить соответствие между объемами финансирования и объемами государственных гарантий бесплатной помощи.

Для реализации Территориальной программы ОМС на всех территориях области проводится работа по формированию и согласованию муниципальных заказов. Основной идеей муниципальных заказов-заданий является сбалансированность финансовых ресурсов и объемов предоставляемой медицинской помощи, исходя из потребности населения в медицинской помощи, с учетом ее доступности различным слоям населения и эффективного использования финансовых средств за счет оптимизации структуры, объемов и технологий медицинской помощи.

С целью своевременного контроля над выполнением муниципальных заказов-заданий территорий и медицинских учреждений, выявления причин отклонения фактических показателей от плановых, ежеквартально проводится мониторинг их исполнения. По результатам мониторинга финансовые ресурсы перераспределяются между медицинскими учреждениями муниципального образования и территориями области.

Информационной основой, помогающей проводить рациональное планирование объемов ме-

дицинской помощи, оценивать деятельность медицинских учреждений, осуществлять непрерывный мониторинг исполнения плановых показателей, стала интегрированная база случаев оказания медицинской помощи застрахованному по ОМС населению Кемеровской области. Интегрированная база пролеченных — это электронная база данных, сформированная на основе реестров, предоставляемых медицинскими учреждениями области по пролеченным в стационарах больным. В ТФ ОМС сформирована база данных за 2001-2002 гг.

База данных случаев оказания медицинской помощи является одним из важнейших информационных ресурсов системы ОМС, обеспечивающих формирование Территориальной программы ОМС, муниципальных заказов-заданий, выполнения различного рода аналитических исследований информации об оказании медицинской помощи.

Информация базы данных более достоверна, чем медицинская статистика, поскольку содержит не агрегированные показатели, а первичные документы, представленные ЛПУ для оплаты в СМО. Обработка базы дает возможность получения информации, не отраженной медицинской статистикой.

Концепция развития здравоохранения в Кемеровской области одним из главных путей совершенствования организации оказания медицинской помощи определяет обеспечение ее качества и безопасности посредством проведения работ по стандартизации. Медицинские услуги являются одним из важных и сложных объектов стандартизации, так как лежат в основе технологий оценки качества медицинской помощи, системы действенных экономических расчетов.

На территории Кемеровской области внедрена многоуровневая система лечения больных, разработанная Кемеровским институтом социально-экономических проблем здравоохранения. Многоуровневая система оказания медицинской помощи — это предоставление адекватных состоянию здоровья услуг на соответствующем уровне (этапе) медицинского обслуживания с учетом норматива финансирования.

Принципиальным отличием этой системы оказания медицинской помощи является различная стоимость медицинской услуги на каждом из этапов. При этом приобретает особое значение четкое разделение функций на этапах оказания медицинской помощи.

Специалистами фонда проводится анализ отчетности лечебных учреждений системы ОМС в условиях многоуровневой системы оказания медицинской помощи.

В системе обязательного медицинского страхования области функционируют муниципальные, областные и ведомственные медицинские учреждения, деятельность которых осуществляется в соответствии с законодательными актами и нормативно-методическими документами, действующими в системе ОМС.

В системе ОМС работают 169 медицинских учреждений, из них 17 — ведомственных и 2 учреждения — федерального подчинения (Новокузнецкий центр реабилитации инвалидов и Новокузнецкий НИИ комплексных проблем гигиены и профзаболеваний).

Среди этих учреждений 102 являются учреждениями больничного типа, 40 — самостоятельными амбулаторно-поликлиническими учреждениями, 26 — самостоятельными стоматологическими поликлиниками.

В течение ряда лет проводилось смещение объемов медицинской помощи в сторону развития амбулаторно-поликлинического звена, как менее затратного. За период с 1995 по 2002 гг. коечный фонд стационарных учреждений приведен в соответствие с фактической потребностью населения в стационарной медицинской помощи. При эффективной работе стационарной койки, активно развивались стационаро-замещающие технологии. Обеспеченность жителей Кемеровской области медицинской помощью за период с 1995 по 2002 гг. представлена в таблице 5.

За годы работы здравоохранения области в системе обязательного медицинского страхования улучшились показатели деятельности стационаров. Увеличилось число дней работы стационарной койки, уменьшилась средняя продолжительность пребывания больного на койке. Динамика указанных показателей представлена на диаграммах 9 и 10.

Акцент в дальнейшем развитии системы здравоохранения Кемеровской области делается на улучшение качества медицинского обслуживания посредством внедрения современных технологий, стационаро-замещающих услуг, более эффективного использования коечного фонда, внедрения общих врачебных практик.

Таблица 5
Обеспеченность жителей Кемеровской области медицинской помощью за период с 1995 по 2002 год

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Число койко-дней на 1000 жителей	3 167	2 914	2 569	2 363	2 080	1 922	2 150	2 148
Количество посещений на 1000 жителей	10 706	9 990	9 038	9 020	8 927	8 908	8 672	8 835
Число дней лечения в дн.стационарах на 1000 жителей	0	1	144	167	205	415	522	552

Диаграмма 9
Динамика среднего числа работы койки (дни)

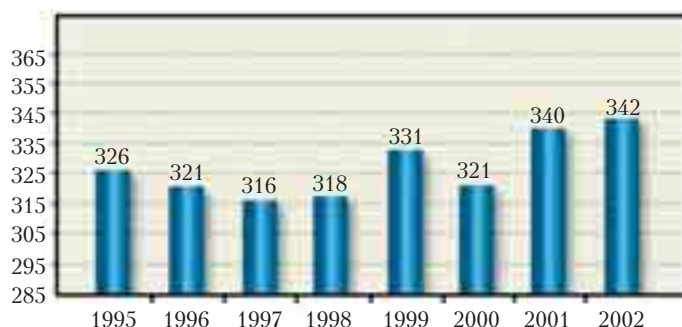
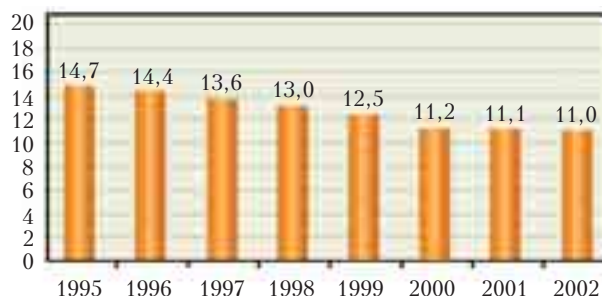


Диаграмма 10
Среднее значение длительности пребывания больного в стационаре (дни)



Одним из важных показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи, является обеспеченность лечебного процесса медикаментами и перевязочными средствами.

Основными задачами лекарственного обеспечения медицинских учреждений в рамках Территориальной программы государственных гарантий обязательного медицинского страхования являются:

- эффективное использование финансовых ресурсов ТФ ОМС, предназначенных для оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения (ЛС и ИМН);
- устранение дефицита ЛС и ИМН в медицинских учреждениях;



- обеспечение прав застрахованных в системе ОМС на получение ЛС и ИМН, гарантирующих качественную медицинскую помощь.

Работа по вопросам лекарственного обеспечения в рамках Территориальной программы государственных гарантий проводится в соответствии с федеральными нормативными документами. Областной Согласительной комиссией разработаны и утверждены следующие нормативные документы, регламентирующие деятельность по лекарственному обеспечению в Кемеровской области:

- «Формуляр лекарственных средств и изделий медицинского назначения»;
- «Формуляр лекарственных средств и изделий медицинского назначения для оказания стоматологических услуг»;
- «Территориальный перечень медикаментов», как приложение к «Территориальной программе государственных гарантий»;
- «Положение о создании формуляров лекарственных средств для медицинских учреждений».

Для профессионального решения вопросов, связанных с лекарственным обеспечением, с 1998 года в штаты ТФ ОМС и СМО были введены соответствующие должности. В 2002 году в ТФ ОМС был выделен целый отдел, занимающийся организацией лекарственного обеспечения в системе ОМС, который выполняет следующие функции:

1. Организационно-методическая работа по подготовке документов, регламентирующих вопросы лекарственного обеспечения.
2. Консультационная работа для специалистов системы ОМС по формированию формуляра ЛС и ИМН. Формуляр регламентирует применение тех или иных форм препаратов в зависимости от этапов оказания медицинской помощи. Экономический аспект внедрения Формуляра заключается в оптимизации ассортимента применяемых лекарственных средств и ориентированности на препараты отечественного производства. Эта ограничительная мера, по сути, увеличивает гарантии государства по обеспечению лекарственными средствами при стационарном лечении.
3. Осуществление контроля над целевым расходованием средств ОМС на статью «Медикаменты» и порядком закупок медикаментов в медицинских учреждениях. В ходе проверок анализируется выполнение лицензионных требований в учреждениях, правила закупок, хранения и расходования лекарственных средств в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий. По результатам проверок оформляются предписания по восстановлению денежных средств

ОМС, израсходованных не по целевому назначению.

4. Мониторинг уровня цен на медикаменты. Фактически сложившиеся цены на ЛС, закупленные в 2002 году, были проверены совместно с Департаментом охраны здоровья населения (ДОЗН) Кемеровской области. Анализ проводился с использованием средней стоимости на ЛС, сложившейся в учреждении, на территории и в области. Мониторингом были охвачены 38 % всех медицинских учреждений Кемеровской области, функционирующих в системе ОМС. Результаты мониторинга таковы — в 46 проверенных медицинских учреждениях из 50 было допущено превышение закупочной стоимости от среднеобластной цены более чем по 30 % наименованиям ЛС. Итоги мониторинга цен на медикаменты подтвердили необходимость концентрации денежных средств и направление их на централизованную оплату. В практику были внедрены закупки медикаментов для нужд медицинских учреждений на конкурсной основе. Конкурс на поставку медикаментов проводится конкурсной комиссией ДОЗН, по результатам конкурсов заключаются государственные контракты с поставщиками.
5. Формирование территориального заказа на медикаменты. Для определения областного заказа на лекарственные средства (объема и перечня ЛС, подлежащих централизованной оплате) медицинские учреждения предоставляют заявки на медикаменты. Все заявки группируются и обрабатываются по стоимости государственного реестра цен. В результате этой работы ТФ ОМС имеет возможность оценивать стоимость заявленных лекарственных средств и сопоставлять ее с объемами финансирования.
6. Аналитическая работа по определению фактической обеспеченности застрахованных по ОМС лекарственными средствами.

В условиях финансового дефицита проблему доступности лекарственной помощи нельзя решить только изменением схемы закупок или увеличением объема денежных средств. Необходимо вводить четкую систему учета потребления. В связи с этим в 2000 году была разработана программа «Персонифицированный учет потребления лекарственных средств в медицинских учреждениях», целью которой является создание условий для целевого, рационального и адресного использования средств ОМС, предназначенных для оплаты лекарств при стационарном лечении.

Программа была представлена на областной конкурс «Инновации и изобретения 2001 года»,

проводимый Администрацией Кемеровской области и Кузбасской Торгово-промышленной палатой, в номинации «Медицина. Здравоохранение». По результатам конкурса программа заняла первое место и удостоена Почетной грамоты Администрации Кемеровской области.

Подсистема обеспечивает возможность автоматизированного учета движения лекарственных средств и изданий медицинского назначения от момента поступления их в медицинское учреждение до использования в процессе лечения больного. Кроме того, она обеспечивает возможность формирования заявок на приобретение лекарственных средств и проведение различного рода аналитической обработки накопленной информации.

Программа уже успешно внедрена в трех медицинских учреждениях г. Кемерово, в настоящее время продолжается ее внедрение еще в 6 крупных учреждениях области. Подсистема может работать как в сетевом варианте, так и на локальных рабочих местах.

Вид рабочей зоны подсистемы «Персонализированный учет лекарственных средств» показан на рисунке 1.

Принятие Закона о медицинском страховании было обусловлено необходимостью обеспечения и реализации конституционного права граждан РФ на медицинскую помощь в новых экономических условиях. С введением Закона впервые на государственном уровне гражданину было предоставлено право, в качестве равноправного субъекта, участвовать в возникающих

при получении медицинской помощи правовых и экономических взаимоотношениях. Также впервые законодательно были определены структуры, на которые возложена обязанность защиты интересов застрахованных граждан — страховые медицинские организации.

Обеспечение предусмотренных законодательством прав граждан в системе обязательного медицинского страхования соответствующим Положением отнесено и к перечню основных задач Территориального фонда ОМС.

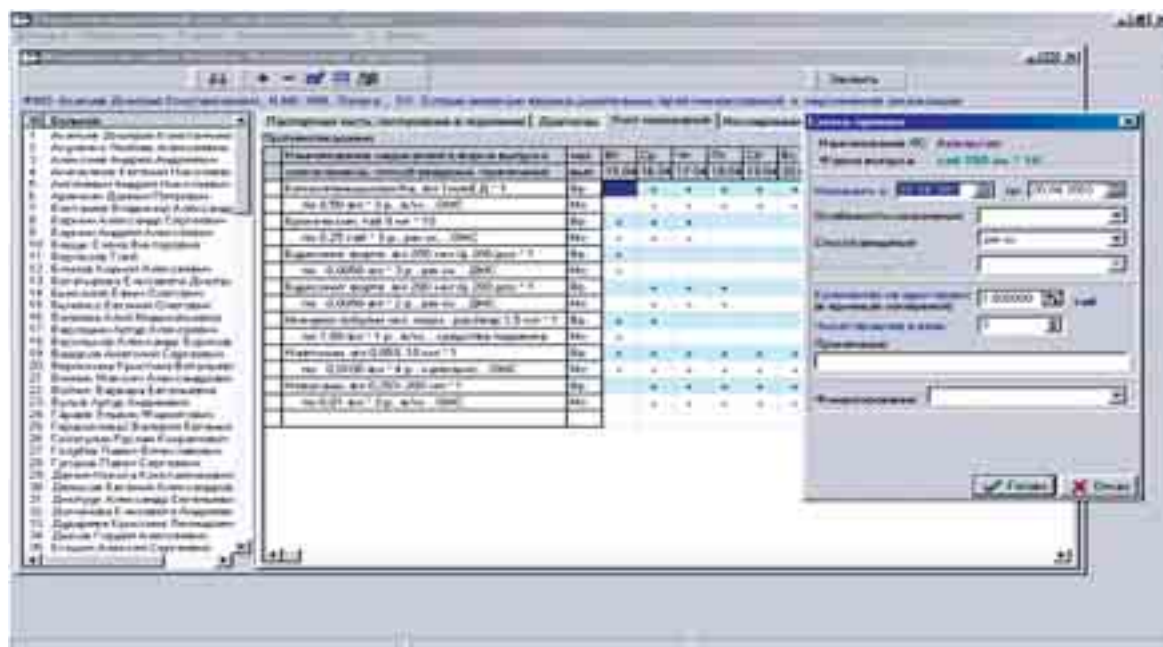
Защита прав граждан при получении медицинской и лекарственной помощи по ОМС направлена на следующие цели:

- обеспечение гарантированного объема, качества и условий оказания медицинской помощи;
- обеспечение доступности медицинской помощи;
- несудебное разрешение споров между застрахованными и другими субъектами обязательного медицинского страхования (страхователями, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями);
- правовая и социальная защита граждан.

Для решения организационно-правовых проблем обеспечения интересов граждан и защиты их прав на территории Кемеровской области создана, функционирует и развивается система защиты прав граждан в лице одноименных служб страховых медицинских организаций и Территориального фонда ОМС.

В настоящее время в деятельности по защите прав граждан задействованы 67 штатных спе-

Рисунок 1



циалистов и 223 внештатных медицинских эксперта, из них 85 % имеют квалификационные категории, 36 % — ученые степени.

Основными задачами системы защиты прав граждан являются:

- выявление случаев нарушения прав граждан при получении медицинской помощи;
- регистрация и разбор жалоб и заявлений от граждан;
- принятие организационно-правовых мер в случае обоснованности поступившей жалобы и установления факта нарушения прав граждан;
- представление интересов застрахованных и защита их прав при рассмотрении спорных вопросов в досудебном и судебном порядке;
- проведение вневедомственного контроля качества оказываемой медицинской помощи.

На диаграмме 11 приведена динамика количества обращений граждан, зарегистрированных службами защиты прав граждан системы ОМС за период с 1998 по 2002 г. В среднем, около 60 % обращений были признаны обоснованными.

Основными причинами обращений граждан в ТФ ОМС и СМО являются:

- недостатки в лекарственном обеспечении — 30 %;
- обеспечение полисами ОМС — 10 %;
- взимание средств за медицинскую помощь по ОМС — 9 %;
- консультации — 25 %.

Структура обоснованных жалоб приведена на диаграмме 12.

Пик обращений по вопросам обеспечения полисами ОМС пришелся на 2000 год, тогда их доля составила 24 % от всех обращений. Системой ОМС области проведена большая работа, направленная на своевременное обеспечение населения полисами ОМС, результатом которой стало снижение удельного веса обращений, связанных с обеспечением по-

Диаграмма 11
Динамика количества обращений граждан, зарегистрированных службами защиты прав, за период с 1998 по 2002 год

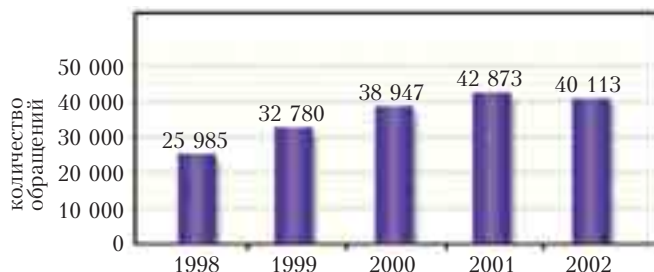
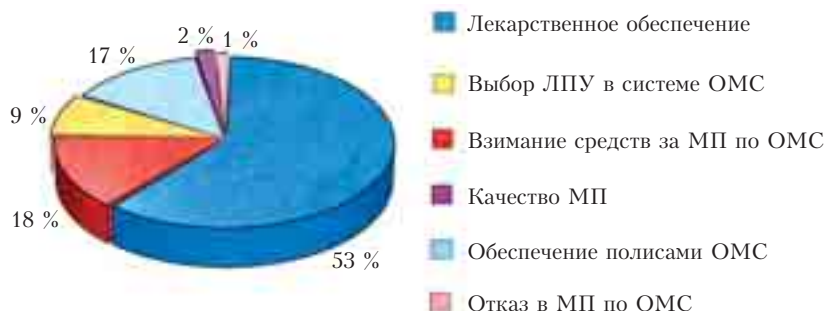


Диаграмма 12
Основные причины обоснованных обращений граждан в службы защиты прав за период с 1998 по 2002 год



лисами ОМС, в 2002 году с подобные жалобы составили только 5 %.

Средний удельный вес обращений по причине неудовлетворительного качества оказания медицинской помощи за последние 5 лет составил лишь 2 % от всех обращений. Доля обоснованных обращений по поводу качества медицинской помощи составила 67 % от всех обращений, поступивших по данной причине. Структура обоснованных обращений показана на диаграмме 13.

В среднем, ежегодно на досудебном этапе защиты прав граждан рассматривается до 22000 об-

Диаграмма 13
Основные причины обращений граждан в службы защиты прав за период с 1998 по 2002 год



ращений, из которых 26 % удовлетворены с материальным возмещением застрахованным. Среднегодовая сумма материального возмещения, в среднем, за период с 1998 по 2002 гг. составила 4,5 млн. руб. или 780 рублей на один случай.

При сравнении показателей судебной практики за период с 1998 по 2002 г. видно, что наметилась тенденция к снижению активности страховых медицинских организаций по представлению интересов застрахованных в качестве истцов при осуществлении судебной защиты. В 2000-2001 гг. СМО вообще не выступали в этом качестве.

В Кемеровской области применяются регрессные иски по возмещению затрат системы ОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. Среднегодовая сумма возмещения по регрессным искам за последние 5 лет составила 177 тыс. руб. или 435 руб. на один иск.

Контроль качества медицинской помощи является одним из важнейших механизмов в деятельности по защите прав граждан на территории Кемеровской области. Действующая на территории нормативная база достаточна для решения задач, связанных с экспертизой качества медицинской помощи. В области отмечается рост объемов экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП). Динамика показана на диаграмме 14.

Диаграмма 14
Динамика ЭКМП в системе ОМС Кемеровской области за период с 1998 по 2002 год

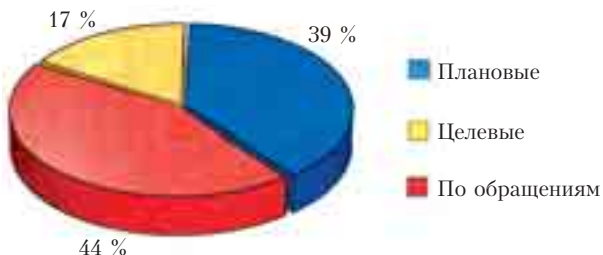


Доля ЭКМП с привлечением внештатных медицинских экспертов составила 39 %. Средний показатель количества экспертиз на 1000 застрахованных составил 12. Средний уровень выявляемых при ЭКМП нарушений составил 47 % от всех проведенных экспертиз.

Наметилась тенденция к снижению объемов плановых экспертиз и росту объемов экспертиз по обращениям граждан, что связано с недоста-

точным лекарственным обеспечением медицинской помощи в стационарах (диаграмма 15).

Диаграмма 15
Структура экспертиз в системе ОМС Кемеровской области за период с 1998 по 2002 год



Кроме экспертиз качества медицинской помощи специалистами службы защиты прав граждан ТФ ОМС проводятся медико-экономические экспертизы реестров. Среднегодовое количество медико-экономических экспертиз составляет около 42000. Нарушения при формировании счетов-реестров выявляются в 46 % проэкспертированных случаев.

Анализируя деятельность службы защиты прав граждан можно сказать, что она себя оправдала, действует эффективно и стабильно. В то же время, по-прежнему актуальными остаются вопросы, связанные с недостатками в лекарственном обеспечении при стационарном лечении граждан и необоснованным предоставлением медицинских услуг на платной основе, как в лечебных учреждениях, работающих в системе ОМС, так и в ЛПУ, не входящих в систему ОМС.

Территориальным фондом ОМС проводятся расчеты с другими субъектами Российской Федерации за жителей нашей области, пролеченных в других регионах, и жителей других областей, получивших медицинскую помощь в Кемеровской области.

Причины того, что жители Кемеровской области едут лечиться в другие города, состоят в том, что при необходимости получения сложной и дорогостоящей медицинской помощи предпочтение отдается близлежащим крупным городам, т.к. в них сосредоточены научно-исследовательские институты (гг. Новосибирск, Томск, Красноярск). Кроме того, пациенты испытывают большее доверие к врачам и клиникам столицы. Немаловажно и то, что Кемеровская область отстает (относительно центра) в оснащении медицинской аппаратурой и в применении новых технологий.

Причиной иного плана, также дающей стабильный поток наших пациентов в другие горо-



да, является получение медицинской помощи во время летних отпусков в Краснодарском крае.

Ряд медицинских учреждений, таких как Томский кардиоцентр и Новосибирский филиал НИИ офтальмологии им. С. Федорова, имеют практику активного подбора пациентов Кемеровской области на госпитализацию в свои учреждения.

Взаиморасчеты между фондами осуществляются с проведением медико-экономической экспертизы, позволяющей исключить необоснованные объемы медицинских услуг и использование завышенных тарифов при оплате.

Одним из основных направлений ТФ ОМС по финансовой стабилизации в здравоохранении области является работа по оптимизации расходов средств в ОМС, контроль за целевым и рациональным их использованием участниками системы ОМС и восстановлением средств ОМС, использованных не по целевому назначению.

Контрольно-ревизионная деятельность ТФ ОМС Кемеровской области заключалась в следующем:

1. Проверка целевого и рационального использования средств ОМС в лечебно-профилактических учреждениях, страховых медицинских организациях, филиалах ТФ ОМС.
2. Проверка исполнения трудового законодательства в филиалах ТФ ОМС и СМО.
3. Проверка достоверности отчетных данных в филиалах ТФ ОМС и СМО.

Показатели, характеризующие контрольно-ревизионную деятельность ТФ ОМС в медицинских учреждениях, приведены в таблице 6.

Таблица 6

Показатели, характеризующие контрольно-ревизионную деятельность ТФ ОМС в медицинских учреждениях (в млн. руб.)

	1998 год	1999 год	2000 год	2001 год	2002 год	6 мес. 2003 г.	Итого:
Выявлено	1,9	13,4	14,8	8,2	30,9	14,6	83,8
Восстановлено	-	12,0	5,2	6,5	17,4	15,1	56,2
Уровень восстановления, %	-	90 %	35 %	79 %	56 %	104 %	67 %

Основные направления нецелевого и нерационального расходования средств ОМС в ЛПУ:

- расходование средств сверх муниципального заказа;
- финансирование бюджетных структурных подразделений;
- завышение фонда оплаты труда;
- оплата статей, не включенных в структуру тарифов в системе ОМС (хозяйственные расхо-

ды, текущий и капитальный ремонт, приобретение оборудования);

- приобретение медикаментов, не соответствующих формулярному списку;
- оплата собственных обязательств (штрафы, пени), расходование средств ОМС без подтверждающих документов.

Показатели, характеризующие контрольно-ревизионную деятельность ТФ ОМС в страховых медицинских организациях, приведены в таблице 7.

Таблица 7

Показатели, характеризующие контрольно-ревизионную деятельность ТФ ОМС в страховых медицинских организациях (в млн. руб.)

	1998 год	1999 год	2000 год	2001 год	2002 год	6 мес. 2003 г.	Итого:
Выявлено	0,2	16,9	1,9	3,5	4,2	1,6	28,3
Восстановлено	-	13,9	4,1	2,9	4,4	2,3	27,8
Уровень восстановления, %	-	83 %	213 %	85 %	106 %	148 %	98 %

Основные направления нецелевого и нерационального расходования средств ОМС в СМО:

- финансирование подразделений ЛПУ, не работающих в системе ОМС;
- расходование средств ОМС без подтверждающих документов;
- оплата страховыми организациями собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС (штрафы, налоги);
- расходование средств резерва предупредительных мероприятий на несоответствующие цели.

Кроме того, нарушением является необоснованное получение средств ОМС за счет завышения численности застрахованного населения.

По результатам ревизий и проверок составляются предписания об устранении нарушений в использовании средств ОМС, согласно которым они должны быть восстановлены на счет соответствующих бюджетов или путем учета в текущем финансировании.

Построение и развитие системы обработки информации системы обязательного медицинского стра-

хования Кемеровской области осуществляется в соответствии с «Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области», утвержденной Правлением ТФ ОМС, и конкретизирующей основные положения «Концепции информатизации системы ОМС в Российской Федерации на 2000-2005 гг.» применительно к условиям Кемеровской области.

С точки зрения информатизации система ОМС представляет собой распределенную многоуровневую систему, образованную субъектами и участниками ОМС — Федеральным фондом ОМС, Территориальным фондом ОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими учреждениями, страхователями (работодатели, местные администрации). Существенной особенностью системы является наличие интенсивного информационного обмена между субъектами, что показано на схеме 3.

Для обеспечения информационной поддержки Территориальным фондом разработана и введена в эксплуатацию отраслевая информационная система с публичным доступом через Internet по адресу kemoms.ru.

Информационная система обеспечивает возможность публикации на Web-сайте ТФОМС документов и информационных материалов, регламентирующих и освещающих деятельность системы ОМС Кемеровской области, нормативно-спра-

вочной информации, документов областной Согласительной комиссии.

Информационная система состоит из двух разделов — открытого и закрытого. Открытый раздел доступен всем пользователям, закрытый — только специалистам филиалов ТФОМС и страховых медицинских организаций. Вид главной страницы сайта Кемеровского ТФОМС приведен на рисунке 2.

Рисунок 2

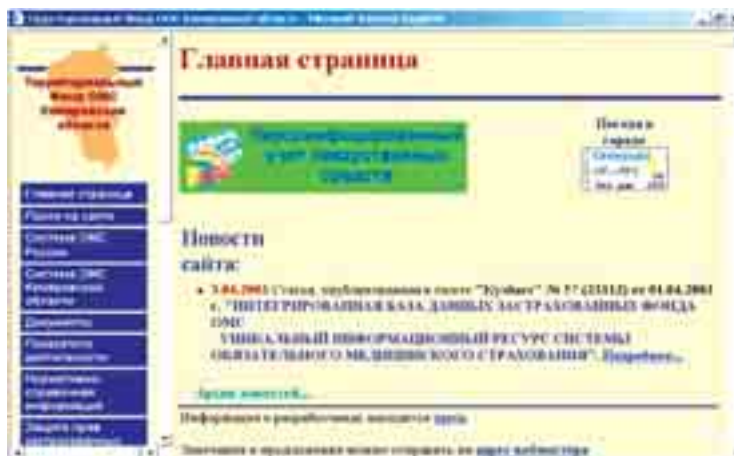
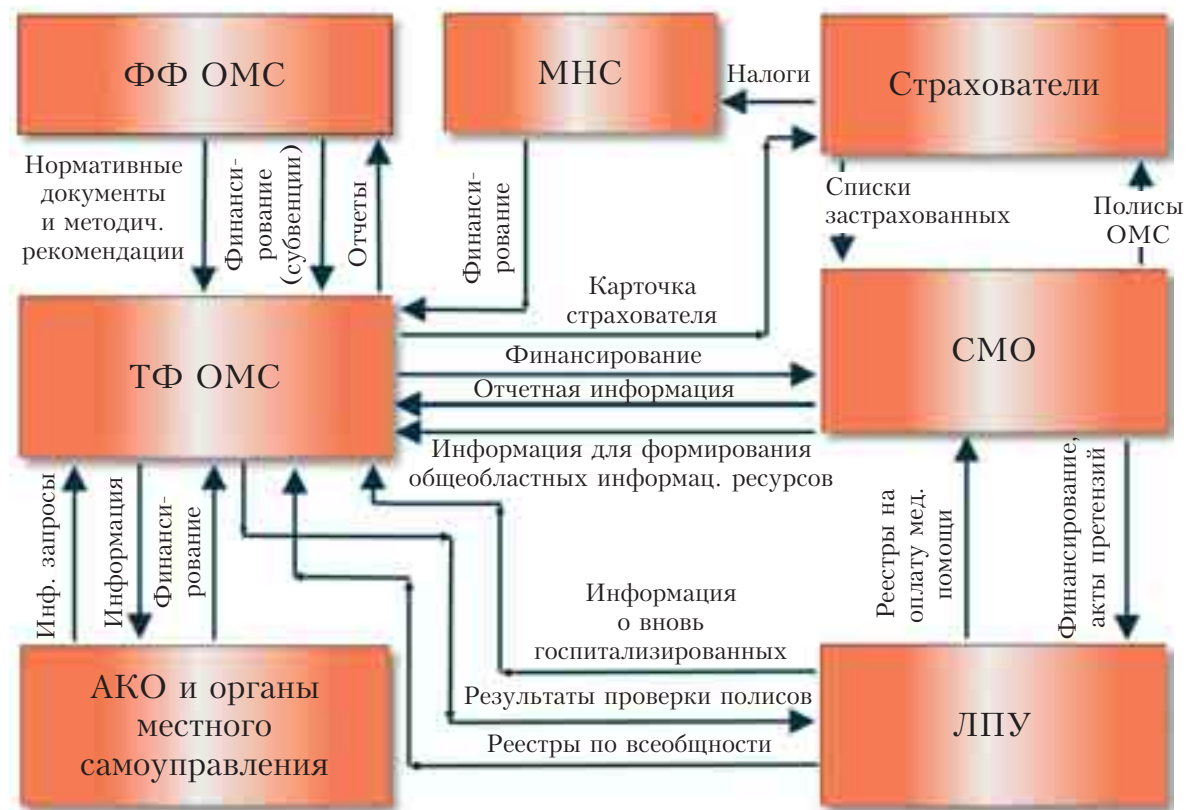


Схема 3





К.В. ШИПАЧЕВ

Губернский центр страхования, г. Кемерово

МЕСТО И РОЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Кузбасс — один из первых регионов, в котором зарождалась, а затем отработывалась система обязательного медицинского страхования (ОМС).

Кемеровская область стала площадкой, на которой вырабатывались механизмы финансирования медицинской помощи, предоставляемой населению, объем этой помощи, взаимодействие всех сторон системы здравоохранения. Лицензия за № 1 на проведение обязательного медицинского страхования была выдана Департаментом страхового надзора Кемеровской страховой медицинской организации «Коместра», № 2 — страховой организации «Областная больничная касса «Кузбасс».

В 1992 году был принят Закон «О медицинском страховании граждан РФ». На первом этапе в Кузбассе работали 13 страховых компаний, занимающихся ОМС, а доля страховой премии, собираемой страховщиками Кузбасса для системы ОМС, составляла более 80 % от суммы страховой премии по всем видам страхования.

Одновременно с внедрением обязательного медицинского страхования, в Кузбассе активно развивалось добровольное медицинское страхование и по этим видам медицинского страхования Кузбасс и сегодня является одним из лидирующих регионов Российской Федерации.

К 2003 году на рынке страхования Кузбасса осталось 6 страховых компаний, занимающихся ОМС, большинство из которых уже отметили свое десятилетие. Доля страховой премии, собираемой по обязательному медицинскому страхованию, в 2002 году составила 67,2 % от суммы страховой премии, собираемой в целом по Кузбассу, а доля выплат в системе ОМС к суммарным выплатам по всем видам страхования — 79,3 % (2 млрд. 225,5 млн. рублей).

По итогам 2002 г. собрано 2 млрд. 300 тыс. рублей страховых взносов, за первое полугодие 2003 г. в систему ОМС поступило 1150040 тыс. рублей, что составляет 64,2 % от общей суммы страховой премии, а выплаты медицинских страховщиков составили 1123707 тыс. рублей (78,1%).

В объеме финансирования здравоохранения Кемеровской области доля финансирования через ОМС составляет 53 %. Практически все расходы на обеспечение медикаментами и изде-

лиями медицинского назначения осуществляются из обязательного медицинского страхования.

Наиболее крупной страховой медицинской организацией является страховая компания «Областная больничная касса «Кузбасс». Она обеспечивает медицинской помощью большую часть неработающего населения Кузбасса, 64,6 % застрахованных являются клиентами ОБК. В городе Кемерово основная нагрузка по обеспечению медицинской помощью населения в системе ОМС лежит на Городской больничной кассе «Кемерово». На юге Кузбасса активно работает страховая медицинская компания «Сибпром».

Отличительной чертой «Кузбасской модели ОМС» является строгое исполнение Закона «О медицинском страховании граждан в РФ», немаловажную роль в этом играет Кемеровский территориальный фонд ОМС. Все значимые для деятельности системы обязательного медицинского страхования решения принимаются на согласительной комиссии, в состав которой входят Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Кемеровское региональное отделение Российской медицинской Ассоциации работников здравоохранения, Ассоциация страховых организаций Кузбасса, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области и профсоюзная организация работников здравоохранения. Основными функциями согласительной комиссии является согласование и утверждение нормативно-правовых актов, касающихся деятельности субъектов ОМС, в том числе тарифного соглашения, положения об оплате медицинских услуг, документов, касающихся организации и совершенствования деятельности системы ОМС, применения штрафных и иных санкций и другие вопросы функционирования системы.

Благодаря совместным слаженным усилиям сотрудников Территориального фонда ОМС, медицинских страховых организаций, на территории Кемеровской области полисы ОМС имеют 92,5 % жителей. Это один из лучших показателей в России. Сотрудники территориального фонда ОМС Кемеровской области, во главе с директором фонда И.Я. Хайновской, прилагают все усилия к тому, чтобы в Кузбассе Территориальная программа обязательного медицинского страхования обеспечивала бесплатную медицин-

скую помощь для населения области, а перечень услуг, входящих в программу, с каждым годом расширялся. Интересной находкой в вопросах борьбы с неплательщиками страховых взносов в систему ОМС стала акция «Орден маленькой совести», которая позволила уменьшить количество предприятий — недобросовестных плательщиков.

Хотелось бы отметить, что на территории Кузбасса специалисты Фонда и страховых медицинских организаций сотрудничают достаточно тесно, при этом все тонкости их взаимоотношений определены условиями Договоров о финансировании ОМС, заключаемых ежегодно. Принимаются последовательные шаги к созданию единого информационного пространства системы ОМС на территории Кузбасса путем формирования информационных ресурсов территории. К настоящему времени уже созданы и функционируют базы данных:

- «Интегрированный регистр застрахованных по ОМС жителей Кемеровской области»;
- «База случаев оказания медицинской помощи» (или «База пролеченных»).

Разработана и внедряется подсистема «Персонифицированный учет лекарственных средств», обеспечивающая возможность учета поступления лекарственных средств в медицинское учреждение в резерве источников финансирования и персонифицированный учет их расходования.

Это позволяет Фонду и страховым медицинским организациям проводить единую политику в системе обязательного медицинского страхования на всей территории Кемеровской области, минимизирует расходы на цели иные, чем оплата полученных медицинских услуг.

В целом можно сказать, что Обязательное медицинское страхование занимает в системе страховой защиты в Кузбассе лидирующее место, оно наиболее проработано в законодательном и методическом плане, взаимоувязке всех субъектов страхования и, несмотря на то, что ежегодно снижается доля взносов по ОМС относительно суммарной страховой премии по всем видам страхования, ее доля составляет более половины от всех средств, собираемых в страховании.





Г.Г. ЛУКАШЕВИЧ

МУ Клиническая больница № 2, г. Новокузнецк

ЭФФЕКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СТРАХОВЩИКОВ

Система обязательного медицинского страхования была введена в России 10 лет назад. Уже можно подвести некоторые итоги работы этой системы в отечественной медицине.

Безусловно, заслугой введения системы ОМС является то, что в условиях социального расслоения общества и резкого снижения бюджетного финансирования здравоохранения, развития теневых рынка медицинских услуг сохранилась доступность бесплатной медицинской помощи населению на приемлемом уровне.

Введение ОМС позволило сформировать стабильный источник финансирования лечебных учреждений, начать переход от простого содержания медицинских учреждений к оплате их деятельности в зависимости от объема и качества работы, снизить напряженность с оплатой труда медицинских работников, и, в конечном итоге, сохранить здравоохранение как отрасль. Положительная динамика очевидна. Если в 1997 году Программа государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению области была профинансирована на 56,4 %, то в 2001 году — на 79,1 %.

Изменились подходы к финансированию медицинских учреждений путем возмещения расходов за реально оказанную медицинскую услугу, введена система тарифов, основанных на медико-экономических стандартах.

Хотелось бы отметить, что проблемы отечественного здравоохранения не так просты, как могут показаться на первый взгляд, и, тем более, крайне ответственны практические решения, направленные на реформирование этой сферы государственного устройства, ибо касаются самого ценного, что есть у человека — его жизни и здоровья.

К сожалению, все 10 лет система ОМС, за очень редкими исключениями, работала с хроническим дефицитом средств. При такой бедности хороших результатов вряд ли можно ожидать.

Для решения самых острых финансовых проблем Территориальным Фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области за последние годы было разработано несколько целевых программ по охране здоровья населения, в частности:

- «Укрепление здоровья граждан старшего поколения»,
- «Обеспечение лекарственными средствами стационарного лечения ветеранов Великой Отечественной войны из средств ОМС»,

- «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения социально значимых заболеваний и категорий населения»,
- «Дополнительное лекарственное обеспечение антидотной терапии, расходным материалом и другими ЛС токсикологических центров области».

Клинической больнице № 2» были выделены финансовые средства по программе «Укрепление здоровья граждан старшего поколения» в сумме 46374 рублей в 2001 году и 23700 рублей в 2002 году; по программе «Обеспечение лекарственными средствами стационарного лечения ветеранов Великой Отечественной войны из средств ОМС» — 40000 рублей в 2002 году; по программе «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения социально значимых заболеваний и категорий населения» — 40000 рублей в 2001 году и 100000 рублей в 2002 году по программе «Дополнительное лекарственное обеспечение антидотной терапии».

Также ТФ ОМС, совместно с ДОЗН, разработал Перечень граждан, включенных в категорию «Контингенты особого внимания». Это — участники и инвалиды ВОВ, участники боевых действий и миротворческих миссий на территориях других государств, участники и инвалиды участников боевых действий в Чеченской республике и прилегающих территориях, лица, подвергшиеся воздействию радиации и так далее.

Основной контингент обслуживаемого нашей больницей населения — граждане преклонного возраста. Около 55000 человек прикрепленного населения — незащищенные слои: неработающие пенсионеры, студенты, учащиеся техникумов и профессиональных училищ; 75 % пролеченных в стационаре — пенсионеры и инвалиды, которые вынуждены тратить на медицину большую долю своих семейных бюджетов и часто отказываться от лечения и приобретения нужных лекарств. Все они застрахованы в Новокузнецком филиале ОБК «Кузбасс», с которым Клиническая больница № 2 очень тесно сотрудничает в области различных целевых программ, в частности, по программе «Укрепление здоровья граждан старшего поколения».

НФ ОБК «Кузбасс» дополнительно, из средств профмероприятий, приобретает для нужд больницы медикаменты, расходные материалы, оборудование. Так, например, ко Дню пожилого человека были приобретены аптечки с минимальным, наиболее необходимым набором



медикаментов для граждан из незащищенных слоев населения, приобретена рентгеновская пленка для проведения флюорографического обследования той же категории граждан. Это позволяет выявлять заболевания легочной системы на ранней стадии. Дополнительно выделены средства на медикаменты в дневных стационарах поликлиник.

Но финансирование, выделяемое по вышеуказанным программам, недостаточно, если не сказать мизерно. Большое количество людей остается без необходимой им специализированной помощи. Некоторая часть населения в силу разных причин не имеют возможности быть госпитализированы в стационар больниц, желая, тем не менее, пройти курс обследования и лечения в дневных стационарах поликлиник или на дому. Поликлинические же отделения не оснащены необходимым для этих целей оборудованием (переносной рентгеновский аппарат, электрокардиограф, экспресс-диагностика клинично-биохимической лаборатории).

Предлагаю увеличить количество средств, направленных на реализацию вышеуказанных программ и объявить 2004-й год «Годом пожилого человека».

Больница тесно сотрудничает с больничными кассами также и в сфере информационного обеспечения, так как эффективное управление, в том числе и финансовыми ресурсами, невозможно без наличия надлежащего информационного обеспечения. Своевременно передается информация о количестве и составе прикрепленного населения, проводится предварительная проверка реестров об оказанных медицинских услугах и пролеченных больных. К сожалению, обеспеченность больницы информационно-вычислительной техникой настолько мала, что не позволяет при-
менять современные технологии обработки боль-

шого количества медицинских и экономических данных, осуществлять оперативный обмен между различными субъектами ОМС, за счет чего уменьшалось бы время между фактическим оказанием медицинской помощи и оплатой этой помощи страховщиками, обеспечивался бы оперативный персонифицированный контроль за объемом и качеством работы.

В настоящее время защищенными статьями ОМС в г. Новокузнецке являются заработная плата, начисления на заработную плату, медикаменты, питание и мягкий инвентарь. Жесткие рамки формирования и исполнения бюджета лечебно-профилактического учреждения, устаревшая единая тарифная сетка оплаты труда медицинских работников вяжет по рукам и ногам свободу действий и инициативу главных врачей. При таком положении вещей у руководителя лечебного учреждения отсутствуют истинные побуждающие моменты к экономии и перераспределению средств, экономические рычаги управления выдаются за желаемое.

Предлагаю разрешить руководителям ЛПУ, при отсутствии кредиторской задолженности по защищенным статьям ОМС и наличии финансовых средств, заработанных медицинским учреждением, по согласованию с ТФ ОМС и больничными кассами, самостоятельно решать вопросы приобретения необходимого оборудования, электронно-вычислительной техники, по оплате повышения квалификации медицинского персонала, по направлению средств на капитальный и текущий ремонт, так как средств, выделяемых бюджетом на эти статьи расходов, катастрофически не хватает.

Поэтому сегодня для коренного изменения ситуации в системе здравоохранения требуется решительность и осторожность, политическая мудрость и ответственность.





А.З. ВИНОГРАДОВ, Е.А. ВИНОГРАДОВА

Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – СУБЪЕКТ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛИКТАХ

Медицинскому страхованию посвящено значительное число работ в медицинской литературе, в отличие от неразработанности этого вопроса в юридической литературе. В связи с этим, правовых исследований, посвященных деликтным обязательствам в условиях медицинского страхования явно недостаточно.

Основным правовым источником регламентации страховой деятельности является гл. 48 ГК РФ и ФЗ «Об организации страхового дела в РФ» (в дальнейшем – ФЗ «О страховании») от 27.06.1992 г. в редакции ФЗ от 04.01.1998 г. (СЗ РФ, 1998, № 1, ст. 4). При этом ГК РФ не содержит специальных норм-определений основных страховых понятий. Эти нормы содержатся в ФЗ «Об организации страхового дела в РФ». В случае расхождения между нормами ГК РФ и правилами, содержащимися в законе «О страховании», следует руководствоваться нормами ГК РФ. Наряду с этим, ст. 970 ГК РФ перечисляет пять видов страхования, которые регулируются специальными законами. В этих случаях специальный закон имеет приоритет перед общим.

Одним из видов страхования, выделенных ст. 970 ГК РФ является медицинское страхование.

Медицинское страхование регулируется законом РФ № 1499-1 «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» в редакции Закона № 4741 от 02.04.93 г. (ВВС РСФСР, 1991, № 27. Ст. 920 и Ведомости РФ, 1993, № 17 ст. 602 – в дальнейшем закон «ОМС»).

Медицинское страхование может быть добровольным и обязательным. Согласно закона, обязательное медицинское страхование является частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования.

Мы не рассматриваем правовые аспекты добровольного медицинского страхования, т.к. оно достаточно урегулировано нормами гражданского права и не имеет существенных особенностей, отличающих его от других видов личного страхования. Обязательное же медицинское страхование имеет свои правовые особенности.

Под обязательным страхованием понимается такая форма страхования, при которой на страхователя законом возлагается обязанность стра-

ховать здоровье, жизнь или имущество других лиц, либо свою гражданскую ответственность перед другими лицами за свой счет или за счет заинтересованных лиц (п. 2 ст. 927 ГК РФ).

Цель обязательного медицинского страхования (ОМС) определена названным законом, и заключается в гарантии гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи (п. 2 ст. 1 Закона о медицинском страховании граждан РФ). По смыслу закона, страховым случаем является обращение граждан в лечебно-профилактическое учреждение, работающее в системе ОМС, за медицинской помощью. В связи с этим, вышеупомянутый закон определяет особый состав субъектов медицинского страхования, в качестве которых выступают: граждане (застрахованные), страхователь, страховая медицинская организация (СМО) – страховщик и медицинское учреждение.

Отдельным субъектом правоотношений в области ОМС является Фонд обязательного медицинского образования (ФОМС) – финансово-кредитная организация, имеющая специфические функции сбора, и аккумуляции финансовых средств для последующего финансирования СМО, а также контроля за использованием этих средств как в СМО, так и в лечебных учреждениях. По существу, ФОМС является субъектом медицинских правоотношений в сфере ОМС, но его функции являются специфическими, в отличие от других субъектов ОМС.

Страхователь, как субъект ОМС, страхует как работающее, так и не работающее население. В первом случае страхователем выступает организация любой формы собственности, в т.ч. граждане-предприниматели. Во втором случае (если граждане не работают) – бюджеты различных уровней. Страхование осуществляется в пользу гражданина (выгодоприобретателя), который, при наступлении страхового случая, должен получить медицинскую помощь.

У страхователя при осуществлении ОМС нет какого-либо имущественного интереса, он выполняет предписание закона. Застрахованное лицо имеет страховой интерес в виде конституционных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью (ст. 41 Конституции РФ).

СМО является юридическое лицо, имеющее специальное разрешение (лицензию) на право занятия медицинским страхованием. ОМС осуществляется как некоммерческий вид деятель-

ности. В связи со спецификой страхования, на СМО возложены дополнительные обязательства. Так, СМО должна не только оплатить соответствующие расходы медицинских учреждений, но и организовать медицинскую помощь застрахованным. Более того, СМО возмещает расходы граждан в случае, если они были произведены для оплаты медицинских услуг, которые предусмотрены программой ОМС.

Застрахованный гражданин является важнейшим субъектом правоотношений в ОМС. Ради его блага и обеспечения его конституционных гарантий и создавалось ОМС. Он является потребителем медицинских услуг при наступлении страхового случая. Его оценка определяет эффективность деятельности остальных субъектов ОМС.

Медицинское учреждение, как субъект ОМС, обеспечивает оказание медицинской помощи, т.е. реализует по договору со СМО те гарантии, которые предусмотрены законом для страховщика. Как субъект ОМС, медицинское учреждение при страховании несет ответственность перед страховщиком, с которым он связан договорными отношениями. В условиях ОМС, каких-либо гарантий и обязательств медицинского учреждения перед застрахованным законом не предусмотрено, т.к. этот субъект выполняет свои обязательства по договору со страховой медицинской организацией.

Этот правовой вывод подтверждает система договоров, обеспечивающая ОМС и предусмотренная законом «О медицинском страховании граждан РФ».

Согласно п. 1 ст. 4 Закона, основанием медицинского страхования является договор, заключенный между субъектами медицинского страхования. При этом тем же законом предусмотрено заключение нескольких договоров:

- а) договор между страхователем и страховщиком (п. 2 ст. 4);
- б) договор между СМО и лечебным учреждением (ст. 15, ст. 20, ст. 23);
- в) договор между страховщиком и застрахованным.

Законом регламентирована письменная форма договора и определено его содержание. Так, в п. 2 ст. 4 дается определение договора между страхователем и СМО как соглашения, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества.

Договорные отношения между гражданином (застрахованным) и страховщиком при ОМС регламентируются правилами и программой ОМС, и нормативно закрепляются выдачей полиса на ОМС в утвержденной Правительством форме

(ст. 5). Статья 6 закона «ОМС» устанавливает права граждан РФ в системе медицинского страхования. В их числе важнейшими являются:

- а) получение медицинских услуг, соответствующих объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- б) предъявление иска страхователю, медицинскому учреждению, страховой медицинской организации, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования.

Согласно ст. 15 анализируемого закона «Права и обязанности страховой медицинской организации», СМО обязана:

- защищать интересы застрахованных;
- контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора.

Кроме этого, СМО имеет право предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение или (и) морального ущерба, причиненному застрахованному по их вине. Согласно договору, медицинские учреждения обязаны предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества, в конкретные сроки, в рамках программ медицинского страхования (ст. 23). Эта же статья регламентирует необходимые и прямо предусмотренные Законом «ОМС» условия договора, в содержании которого, в т.ч. и обязанность СМО контроль качества медицинской помощи и использования страховых средств.

Согласно Закона «ОМС» и действующих подзаконных актов, лечебно-профилактическое учреждение должно быть лицензировано в установленном порядке.

Правовые отношения между субъектами медицинского страхования регламентируются Законом о медицинском страховании, законодательством РФ, другими нормативными актами, а также условиями договоров между субъектами (ст. 26).

П. 2 ст. 26 устанавливает, что споры по медицинскому страхованию разрешаются судами в соответствии с их компетенцией и в порядке, установленном законодательством РФ. Однако ст. 6 говорит о том, что защите интересов граждан осуществляют Правительство, органы государственного управления, органы местного самоуправления, общественные или иные организации (объединения).

Это общее правило, которое уполномочивает гражданина на защиту своих прав и свобод.

В обычных условиях (вне ОМС) субъектами деликтной ответственности могут быть физичес-



кие лица, граждане-предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, медицинские учреждения любой формы собственности, государственные органы, органы местного управления, их должностные лица (в порядке норм ст. 1069 ГК).

Несколько иные правоотношения наступают, когда гражданин является застрахованным, т.е. находится по закону под защитой страховой организации, что вменено ей в обязанность (ст. 15 Закона «ОМС»). В круг возникших деликтных правоотношений вступает еще один субъект — страховая медицинская организация.

В этих обстоятельствах гражданин связан договорными обязательствами не с лечебным учреждением (это и не предусматривается Законом, и фактически не имеет место в практике), а со страховщиком, что подтверждается наличием у него на руках страхового медицинского полиса (ст. 5). В связи с этим нельзя согласиться с выводом Малеиной М.Н. (М.Н. Малеина, Указ. соч. стр. 43) о том, что в системе медицинского страхования СМО занимает место посредника. Страховщик является субъектом страхования и медицинскими правоотношений по Закону (ст. 2), и несет все обязанности страховой организации.

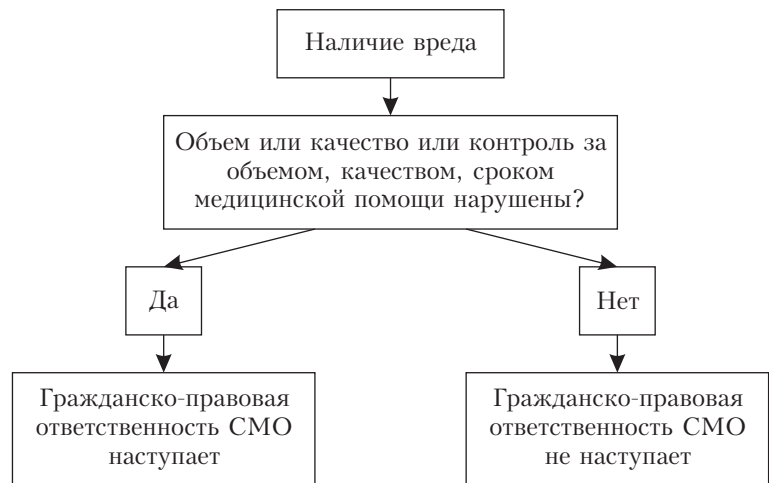
При медицинских деликтах кредитор имеет право на предъявление иска страховой медицинской организации (ст. 6 Закона ОМС) для восстановления нарушенного гражданского права в полном объеме. При этом основаниями возмещения вреда могут являться прямые указания ГК РФ о праве застрахованного на компенсацию по общим правилам (ст. 970 ГК), также по специальным правилам Закона «ОМС» (ст. 6, 15). Следовательно, если застрахованному гражданину страховщик не

организовал или не финансировал предоставление медицинской помощи определенного (достаточного — А.В.) объема и качества (ст. 4), чем не обеспечил право гражданина, как субъекта медицинского страхования (ст. 6), на получение услуг соответствующего объема и качества, или не выполнил свою обязанность по контролю объема, сроков и качества медицинской помощи в лечебном учреждении, — его обязанность восстановить нарушенное право по иску застрахованного.

Эта обязанность презумпруется, как обязанность страховщика по отношению к застрахованному при невыполнении СМО своих обязательств.

Алгоритм правового регулирования представлен на схеме.

Схема
Алгоритм правового регулирования



Вывод: страховая медицинская организация, как полноправный субъект медицинского страхования, несет гражданскую ответственность перед застрахованным в случае возникновения деликтных отношений при оказании медицинской помощи.



А.И. ТРАУТЕР, С.В. БАБАРЫКИНА, В.Г. ЛЕОНТЬЕВА

Городская больничная касса «Кемерово», г. Кемерово

РОЛЬ СМО В ПОВЫШЕНИИ СТРУКТУРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО

Страховая медицинская организация ГБК «Кемерово», используя свой десятилетний опыт совместной работы с управлением здравоохранения и медицинскими учреждениями города, может с уверенностью сказать, что нами отработан единый подход к решению вопросов охраны здоровья населения, координация финансовой политики, планирование оказания медицинской помощи и развития сети ЛПУ на основе реальных объемов финансирования отработали.

Вот уже три года, как в городе проводится совместное планирование и определение приоритетов в отрасли с учетом потребностей населения, а также внедренных в практику ЛПУ высокотехнологичных медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий.

Так как в настоящее время в Кемеровской области сделан акцент на сбалансированность финансовых ресурсов здравоохранения объемам предоставляемой медицинской помощи, достижение высокой эффективности использования ресурсов за счет оптимизации структуры, объемов и технологий медицинской помощи, в формировании системы оказания медицинской помощи усилена роль планового начала. Страховой медицинской организацией применяются рыночные механизмы работы с медицинскими учреждениями.

Созданы механизмы и стимулы для усиления конкуренции среди медицинских учреждений за наиболее эффективное использование финансовых средств, выполнение согласованных плановых заданий, повышения качества оказания медицинской помощи.

Как всем известно, самой ресурсоемкой является стационарная помощь, на которую в настоящее время приходится до 60 % средств, тогда как оптимальным считается соотношение между амбулаторно-поликлинической помощью, станциями скорой медицинской помощи и стационаром: 50-10-40, к чему на протяжении последних лет мы и стремимся.

В этом направлении проводится огромная работа. Так, СМО определены подходы к управлению ресурсами, которые позволяют увеличить доступность плановых видов медицинской помощи. С этой целью осуществлено:

- квотирование плановой госпитализации, дорогостоящих высокотехнологичных методов обследования и лечения;

- создание диспетчерского пункта для упорядочения потока на госпитализацию, рационального использования коечного фонда путем централизации информации о наличии свободных мест в больницах города;
- санкционирование плановой госпитализации в стационары города с учетом показаний и желания пациентов.

Определение необходимого объема плановой помощи осуществляется ежегодно при согласовании плана-задания по каждой больнице, в разрезе профилей, с учетом сезонного потребления медицинских услуг. Очень важно рациональное определение доли плановой и экстренной помощи.

При необоснованном уменьшении доли плановой помощи создаются условия для перевода части больных в экстренные, что нацеливает на более тщательное планирование соотношения плановых и экстренных больных. Из того, как и в каком объеме согласованы планы-задания по каждому ЛПУ, определяется квота плановых больных, т.е. количество талонов, выдаваемых поликлинике.

На это определенное количество плановой госпитализации ГБК «Кемерово» выдает поликлинике специально оформленные направления — талоны. Количество талонов прямо пропорционально количеству прикрепленного к поликлинике населения, причем обязательно учитывается половозрастная структура и показатели предыдущих затрат по каждой поликлинике.

Для отделений, владеющих уникальными высокотехнологичными методами лечения, или являющиеся единственными в городе, сделано исключение — они получают талоны сами (например, центр термических поражений ГКБ № 2).

Исходя из утвержденной квоты, ГБК «Кемерово» ежемесячно определяет каждой поликлинике количество пациентов для плановой госпитализации и дорогостоящие методы обследования.

Для упорядочения работы с потоками плановых больных, создан отдел плановой помощи, который осуществляет санкционирование плановой госпитализации. Для этого ежедневно в отдел поступает информация о наличии свободных мест в больницах города в разрезе профилей отделений. Чем выше оборот койки в больнице, тем больше возможностей для плановой госпитализации и выше конкурентоспособность ЛПУ, при условии высокого качества медицинской помощи.



Санкционирование госпитализации осуществляется путем присвоения шифра, который отражает наличие свободных мест. При отсутствии мест необходимого профиля в отделе плановой помощи ведется «лист ожидания» и, по мере освобождения мест, осуществляется плановая госпитализация. Отбор больных на плановые виды помощи осуществляется заведующими поликлиник. Таким образом, сохраняется право выбора пациентом больницы, упорядочиваются потоки плановых больных в рамках плана-задания и поддерживается конкуренция на рынке медицинских услуг.

Одним из направлений ресурсосбережения является введение многоуровневой системы оказания медицинской помощи с учетом стационарных и амбулаторных этапов. С учетом перевода больных по этапам лечения, разработан порядок организации преемственности. ГБК «Кемерово» обеспечивает формирование базы выписанных из стационаров больных и распределение потоков по поликлиникам для организации дальнейшего лечения: ведения больных, нуждающихся в активном патронаже, продолжения лечебно-реабилитационных мероприятий после выписки из стационара.

Формирование базы способствует проведению системного анализа сопровождения пациента на всех этапах оказания ему медицинской помощи с использованием контроля объемов и качества оказываемых медицинских услуг. Отработка преемственности между ССМП — поликлиникой — стационаром — поликлиникой.

С каждым годом в ЛПУ города увеличивается число применяемых при лечении новых технологий. В этом направлении в городе ведется большая работа и СМО не остается в стороне. С целью поддержки данных начинаний ряд новых технологий взят на оплату из средств ОМС.

Увеличивается и охват нуждающихся больных в дорогостоящих видах медицинской помощи. Расходы на данный вид помощи из года в год увеличиваются, что является свидетельством повышения клинического уровня стационаров и повышения авторитета здравоохранения. В 2002 году эти расходы составили 3,2 млн. рублей, что в 2 раза больше, чем в 2001 году.

Современный опыт развитых стран свидетельствует о том, что медикаментозную терапию нужно строить не только на данных клинической эффективности, но и на результатах фармакоэкономического анализа, который возможен только при наличии формуляров медикаментов для каждого ЛПУ и проведении персонализированного учета. Создание таких формуляров является на сегодня важной задачей. Фармакоэкономический анализ подразумевает проведение мониторинга цен на лекарственные препараты, организуемый

УЗ с участием ГБК «Кемерово». Это позволяет выявить оптимальных поставщиков.

В повышении структурной эффективности здравоохранения огромную роль играет перемещение части медицинских услуг на амбулаторный этап.

В целях активного развития стационаро-замещающих технологий, ГБК «Кемерово» уже два года проводит анализ эффективности деятельности ЛПУ в этом направлении (развитие дневных стационаров при поликлиниках, стационаров на дому, открытие кабинетов интенсивной терапии, открытие профильных дневных стационаров — психоневрологии, пульмонологии, офтальмологии, реабилитации).

Для оплаты стационаро-замещающих технологий в ГБК «Кемерово» создается риск-фонд. Если амбулаторно-поликлиническое учреждение не занимается развитием дневных стационаров, стационаров на дому, амбулаторно-хирургических центров, то данные средства расходуются на оплату стационарам за обоснованное превышение планового количества койко-дней по оказанию экстренной и плановой помощи.

В системе оплаты медицинской помощи заложен стимулирующий механизм для поликлиник — дополнительная оплата за выполнение показателей модели оценки эффективности работы ЛПУ. Показатели модели ориентируют врачей на сокращение случаев стационарного лечения (показатель «уровень госпитализации»), долечивание пациентов после интенсивного этапа лечения в стационаре (показатель «количество койко-дней на 1000 населения»), применение стационаро-замещающих технологий (показатель «отношение количества пролеченных в дневном стационаре к количеству пролеченных в стационаре»).

Для сокращения затрат на стационарное лечение своих пациентов поликлиника имеет следующие пути:

- профилактика заболеваний, в т.ч. диспансерное наблюдение и превентивное лечение хронических больных;
- повышение собственной активности в лечении больных, в том числе лечение с использованием стационаро-замещающих технологий (в дневном стационаре, в стационаре на дому, в центре амбулаторной хирургии или в однодневном стационаре);
- долечивание в поликлинике после интенсивного этапа лечения в стационаре.

Таким образом, стимулирование страховщиком поликлиники с использованием модели оценки эффективности способствует достижению целей, стоящих перед здравоохранением, и задач, решаемых с помощью системы оплаты медицинских услуг. Конечно, основной проблемой в



реализации данной задачи остается недостаточное финансирование. Поэтому деньги для оплаты медицинских услуг, оказанных в дневных стационарах, в стационарах на дому, дополнительное стимулирование поликлиник СМО изыскивает с большим трудом.

С введением планирования деятельности ЛПУ под согласованные объемы оказания медицинской помощи, т.е. формирования планов-заданий, возникла потребность в проведении мониторинга их выполнения. Эта функция также возложена на страховые медицинские организации.

При проведении мониторинга выявляются основные недостатки планирования в здравоохранении:

1. При планировании объемов медицинской помощи искусственно сокращается поток пациентов в областные ЛПУ, межобластные центры. Этим ограничивается доступность медицинской помощи, что порождает жалобы населения.
2. Объемные показатели в медицинских учреждениях планируются без учета уровня и структуры заболеваемости на территории, что приводит к неэффективной работе коек по одним профилям и росту очередности по другим, где имеется недостаток коечного фонда.
3. Не учитываются сезонный рост заболеваемости и другие факторы, влияющие на потребление медицинской помощи и др.

Результаты мониторинга страховая медицинская организация оформляет в виде акта, в котором перечисляются выявленные дефекты и содержатся предложения по корректировке объемных показателей плана-задания, перераспределения потоков больных, финансовых средств, стимулирования ЛПУ.

Результаты мониторинга используются при определении рейтинга медицинских учреждений, проведение которого также является функцией СМО.

В повышении структурной эффективности здравоохранения в последнее время большое значение приобретают совместная деятельность СМО и управления здравоохранения, разработка и реализация целевых программ. Ежегодно разрабатываются и реализуются около 12 целевых программ, в том числе программа медицинского обслуживания контингентов особого внимания.

Проводимая совместно с управлением здравоохранения города работа по приведению в соответствие ресурсов и потребностей здравоохранения договорным путем через формирование муниципального заказа-задания дает свои положительные результаты:

По сравнению с 1998 г., в 2002 году значительно улучшились показатели работы медицинских учреждений г. Кемерово в системе ОМС (без учета потоков в областные ЛПУ):

- уменьшился коечный фонд с 3493 коек до 2838;
- уменьшилась средняя длительность лечения больных в стационаре с 13,7 до 9,8 дней;
- снизилось количество проведенных койко-дней больными в стационарах с 2917 до 1757,5 на 1000 населения;
- снизился уровень госпитализации с 212,8 до 181,7 госпитализируемых больных на 1000 жителей;
- увеличилось количество пролеченных больных в дневном стационаре с 19275 чел. до 33700 чел.

Таким образом, совместная скоординированная работа органов законодательной и исполнительной власти, органов здравоохранения, территориального фонда страховых медицинских организаций, госсанэпиднадзора позволяет обеспечить конституционные права граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества в рамках территориальной программы государственных гарантий, оказания бесплатной медицинской помощи гражданам города.





И.Я. ХАЙНОВСКАЯ, Н.И. ХОДАКОВА, К.В. ШИПАЧЕВ, В.Б. БАТИЕВСКАЯ
*Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Губернский Центр страхования, г. Кемерово*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ И ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАКАЗА

В течение ряда лет муниципальное здравоохранение Кемеровской области работает в условиях муниципального заказа-задания, методика расчета которого предполагает учет межтерриториального движения населения и перераспределения ресурсов. На основании накопленного опыта разработаны и внедрены в практику отдельные мероприятия, оптимизирующие структуру оказания медицинской помощи и повышающие ее доступность для населения муниципальных образований различного типа.

С целью своевременного контроля за выполнением муниципального заказа-задания территорией и медицинским учреждением, коррекции его основных показателей, рационального перераспределения финансовых ресурсов, как между медицинскими учреждениями муниципального образования, так и между территориями Кемеровской области, периодически, не реже раза в квартал соответствующими согласительными комиссиями проводится мониторинг выполнения муниципального заказа. Процедура проведения мониторинга регламентирована региональными нормативными актами.

Анализ проводится путем сравнения фактически сложившихся показателей за рассматриваемый период с плановыми показателями за тот же период. Допускается отклонение анализируемых показателей от плановых без коррекции финансирования в определенных ниже пределах (таблица 1).

В случае отклонения анализируемых показателей заказа-задания на величину, превышающую допустимую, территориальная согласительная комиссия назначает проверку деятельности медицинского учреждения, с обязательным участием всех финансирующих сторон. В результате выявляются дефекты выполнения заказа-задания, устанавливается размер недоплаты и оформляется «Соглашение о коррекции финансового плана лечебного учреждения в рамках муниципального заказа», с обязательной разработкой плана совместных мероприятий по устранению причин невыполнения стоимостных и объемных параметров муниципального заказа. Желательна так же оценка эффективности деятельности учреждения, с формированием коэффициента достижения результата.

Проведение мониторинга должно способствовать рациональной реструктуризации сети медицинских учреждений области путем размещения муниципальных заказов-заданий в эффективно работающих учреждениях и выведения из сектора государственного финансирования неэффективно работающих мощностей. При этом с целью сохранения доступности бесплатной медицинской помощи при снижении ее стоимости заказы необходимо размещать преимущественно на менее затратные виды медицинской помощи, какими традиционно считаются стационаро-замещающие технологии.

Чтобы подтвердить теоретическое положение об экономической эффективности внедрения СЗТ, необходимо ее оценить. Рассмотрим основные типы экономического анализа, которые могут использоваться для оценки эффективности управленческих решений в системе муниципального здравоохранения. Отметим, что наиболее современными являются методы полной экономической оценки, при реализации которых обеспечивается не только сопоставление затрат и результатов, но и представляется возможность сравнивать альтернативные варианты развития. К числу методов полной экономической оценки относятся такие виды экономического анализа, как метод минимизации затрат, метод «затраты-эффективность», «затраты-полезность» и метод «затраты-выгода». Рассмотрим, в чем сходство и различие между этими методами.

Минимизация затрат (Cost-minimization analysis). Используется при необходимости сравнения альтернатив, которые дают примерно одинаковые результаты.

Затраты-эффективность (Cost-effectiveness analysis). Используется в тех случаях, когда для измерения эффекта применяется только один количественный показатель (например, число сохраненных человеко-лет жизни).

Затраты-полезность (Cost-effectiveness analysis). Используется в тех случаях, когда все последствия альтернативных программ измеряются посредством корректировки, с учетом специального свойства этих программ для потребителей полезности, в качестве которой могут выступать такие величины, как годы жизни, скорректированные по качеству, либо эквивалент лет здоровья.

Таблица 1
Допустимое отклонение фактического показателя от планового
при проведении мониторинга выполнения муниципального заказа-задания

Анализируемый показатель	Допустимое отклонение фактического показателя от планового	Примечания
Стационарная медицинская помощь		
Количество коек, функционирующих в рамках муниципального заказа-задания территории	0	Отклонение по количеству коек в большую сторону не допускается, условие структурного выделения коек муниципального заказа-задания обязательно
Для конкретного медицинского учреждения территории с возможностью выбора стационара количество коек, функционирующих в рамках муниципального заказа-задания	(+/-) 5 %	Отклонение допускается при условии соблюдения запланированного количества коек в рамках муниципального заказа-задания в пределах территории. При большем отклонении количества коек по отдельным медицинским учреждениям происходит перераспределение муниципального заказа-задания между медицинскими учреждениями
Количество койко-дней плановых	(+/-) 5 %	Размер отклонения не ограничен при условии санкционированной страховщиком госпитализации и финансирования по законченному случаю лечения
Количество койко-дней экстренных	+ 10 %	При превышении количества экстренных койко-дней более чем на 10 %, необходима экспертиза обоснованности госпитализации, длительности пребывания. В случае обоснованности сложившихся показателей необходима коррекция плана по экстренной помощи в сторону увеличения
	- 10 %	При сокращении количества экстренных койко-дней более, чем на 10 %, необходима экспертиза числа пролеченных и обоснованности госпитализаций. В случае выявления нарушений может быть уменьшен согласованный объем на экстренную помощь, с перераспределением ресурсов на другие стационары или виды помощи
Постатейные фактические расходы	(+/-) 5 % - допустимое отклонение от лимитов (структуры тарифа) за соответствующий период	При превышении отклонения проводится анализ ФОТ, фармацевтическая экспертиза, анкетирование пациентов и т.д.
Амбулаторно-поликлиническая помощь		
Количество посещений (невыполнение запланированного объема амбулаторно-поликлинической помощи)	- 5 %	Невыполнение плана посещений имеет особое значение при перепотреблении стационарной помощи прикрепленным к АПУ контингентом
Постатейные фактические расходы	(+/-) 5 % - допустимое отклонение от лимитов (структуры тарифа) за соответствующий период	При превышении отклонения проводится анализ ФОТ, фармацевтическая экспертиза, ведение базы прикрепившегося к АПУ населения
Стационарозамещающие технологии		
Количество коек	В сторону увеличения	Увеличение количества возможно при наличии средств в риск-фонде (при сокращении потребления стационарной помощи)
Койко-дни	- 2 %	При невыполнении плана койко-дней проводится анализ отбора пациентов в ДС
Постатейные фактические расходы	(+/-) 5 % - допустимое отклонение от лимитов (структуры тарифа) за соответствующий период	При превышении отклонения проводится анализ ФОТ, фармацевтическая экспертиза, анкетирование пациентов и т.д.



Затраты-выгода (Cost-utility analysis). Используется в тех случаях, когда последствия измеряются с помощью более чем одного показателя, либо последствия реализации различных программ сопоставляются по разным критериям. В основе метода лежит пересчет всех последствий к единому денежному эквиваленту, с последующим сопоставлением вариантов по критерию наибольшего денежного эффекта на единицу затрат. В последнее время используется еще одна модификация метода затраты-выгода, где в качестве денежного эквивалента последствий реализации той или иной программы рассматривается желание пациента платить за пользование услугами этой программы.

Оценка эффективности внедрения стационаро-замещающих технологий в медицинском учреждении методом минимизации затрат (Cost-minimization analysis) приведена в таблице 2, из которой видно, что при развитии СЗТ снижается бюджет стационара (его расходы на оказание медицинской помощи).

По результатам проведенного анализа методом минимизации затрат вывод как будто однозначен. Этот метод приемлем для оценки экономической эффективности мероприятий, которые одинаково влияют на исходы заболевания. В

случае если исходы могут быть различны, применение метода дает некорректные результаты.

Лечение в круглосуточном и дневном стационаре имеет одинаковую степень клинической эффективности у пациентов первой-второй категории сложности курации, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении персонала и коррекции состояния. У более тяжелых пациентов нахождение несколько часов в сутки в дневном стационаре клинически неэффективно, ведет к утяжелению заболевания, либо к хронизации процесса, и, следовательно, к увеличению последующих затрат на лечение. В реальной жизни часто возникают ситуации, когда тяжесть состояния пациента в момент госпитализации оценить сложно, то есть существует вероятность размещения в дневной стационар пациентов, подлежащих полноценному стационарному лечению. С учетом этого фактора следует применять более сложный метод анализа.

Анализ затраты-эффективность (Cost-effectiveness analysis) в нашем случае покажет, как изменятся исследуемые количественные показатели при учете эффективности лечения пациентов (табл. 3).

Затраты учреждения в целом снижаются, но динамика их снижения не столь значительна, как при анализе способом минимизации затрат.

Таблица 2
Расчет эффективности внедрения СЗТ методом минимизации затрат

Этап внедрения стационаро-замещающих технологий (СЗТ)	Сведения по круглосуточному стационару			Сведения по дневному стационару			Бюджет ЛПУ
	количество проведенных койко-дней	стоимость койко-дня, руб.	бюджет круглосуточного стационара, руб.	количество проведенных койко-дней	стоимость койко-дня, руб.	бюджет дневного стационара, руб.	
При отсутствии СЗТ	63 732	400,84	25 546 334,88	0	100,09	0,00	25 546 334,88
При внедрении СЗТ	55 630	400,84	22 298 729,20	8 102	100,09	810 929,18	23 109 658,38
При развитии СЗТ	47 920	400,84	19 208 252,80	15 812	100,09	1 582 623,08	20 790 875,88

Таблица 3
Расчет эффективности внедрения СЗТ методом затраты-эффективность

Этапы лечения	Анализируемые показатели	Этапы внедрения СЗТ		
		При отсутствии СЗТ	При внедрении СЗТ	При развитии СЗТ
Круглосуточный стационар	количество койко-дней	63 732	55 630	47 920
	стоимость койко-дня	400,84	400,84	400,84
	бюджет стационара	25 546 334,88	22 298 729,20	19 208 252,80
Дневной стационар	количество койко-дней	0	8 102	15 812
	стоимость койко-дня	100,09	100,09	100,09
	бюджет дневного стационара	0,00	810 929,18	1 582 623,08
Процент осложнений лечения в ДС*сведения статистики		0,00	8,54	7,90
Круглосуточный стационар (долечивание при переводе из ДС)	количество дополнительных койко-дней	0	692	1 249
	стоимость койко-дня	400,84	400,84	400,84
	дополнительный бюджет стационара	0,00	277 345,53	500 708,48
	Бюджет ЛПУ	25 546 334,88	23 387 003,91	21 291 584,36

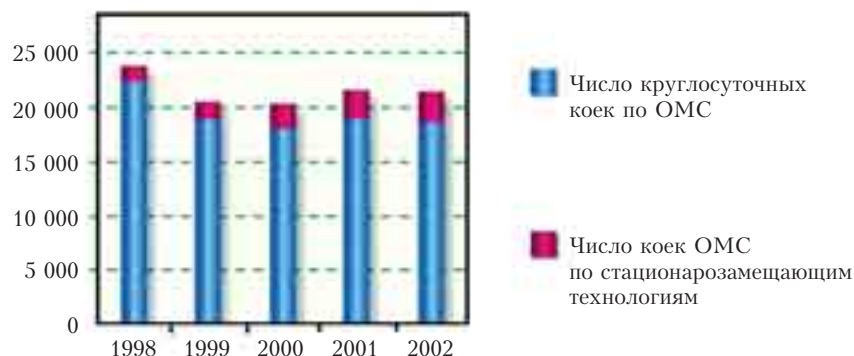
Таблица 4
Динамика показателей учреждений здравоохранения,
работающих в системе ОМС Кемеровской области, за пять лет

Показатель деятельности учреждений здравоохранения	Период				
	1998	1999	2000	2001	2002
Число круглосуточных коек по ОМС	22 400	18 890	17 838	18 931	18 699
Число коек ОМС по стационарозамещающим технологиям	1 543	1 846	2 244	2 676	2 720
Проведено койко-дней круглосуточных	7 131 084	6 243 477	5 731 235	6 436 296	6 397 289
Проведено койко-дней по стационарозамещающим технологиям				1 557 149	1 632 162
Число амбулаторных посещений	24 419 069	24 115 523	23 851 542	23 173 110	23 501 928
Сумма средств ОМС, предъявленных по счетам стационаров, руб.	270 177 078	396 226 954	192 404 078	885 881 767	1 309 178 949
Сумма средств ОМС, предъявленных по стационарозамещающим технологиям, руб	46 290 067	55 386 130	67 320 974	81 712 232	103 503 683
Сумма средств ОМС, предъявленных по счетам поликлиник, руб.	301 589 686	348 055 075	460 190 002	534 457 595	788 478 212

Политика сокращения неэффективно работающей сети и приведение ее к ограниченным финансовым возможностям государства ведется с 1997-1998 гг., что отражает динамика основных показателей деятельности здравоохранения области (табл. 4).

Налицо постоянное сокращение коечной сети круглосуточных стационаров при увеличении коек стационаро-замещающих технологий (диаграмма 1).

Диаграмма 1
Изменение структуры коечного фонда в динамике за пять лет



Однако, этот процесс существенно не отразился на структуре затрат системы ОМС, в которой по-прежнему преобладают затраты на наиболее дорогостоящую стационарную помощь. Отсутствие четкой динамики в структуре затрат на здравоохранение объясняется, по мнению автора, следующими причинами:

1. Постоянное увеличение фонда оплаты труда в соответствии с Постановлениями Правительства РФ дает прогрессивное увеличение расходов стационаров по статьям «оплата труда» и «начисления на оплату труда». Темп

роста расходов по стационару выше, чем по амбулаторно-поликлинической службе, так как квалификация персонала стационаров выше, есть круглосуточные дежурства.

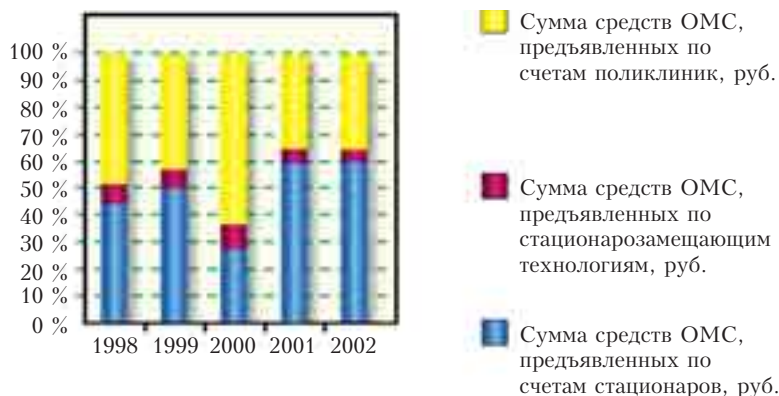
2. Рост расходов стационаров по статье «медикаменты и перевязочные средства», обусловленный внедрением новых дорогостоящих технологий и насыщением российского фармацевтического рынка дорогостоящими лекарственными средствами импортного производства. Этот процесс не оказывает существенного влияния на расходы амбулаторно-поликлинических учреждений, так как при амбулаторном лечении граждане приобретают медикаменты, как правило, из собственных средств.

В условиях дефицита финансовых средств обязательного медицинского страхования и бюджетов всех уровней, вынужденного сокращения объемов

медицинской помощи, усиливается неоднородность развития здравоохранения муниципальных образований Кемеровской области. Обостряется проблема сохранения здоровья жителей села, которые традиционно имеют худший, по сравнению с городским населением, уровень социального обеспечения и медицинского обслуживания. Скромные лечебно-диагностические возможности, недостаток квалифицированных кадров, слабая материально-техническая база, дефицит финансовых средств не позволяют обеспечить оказание качественной медицинской помощи

Диаграмма 2

Изменение структуры затрат системы ОМС в динамике за пять лет



сельскому населению на территории муниципальных образований сельского типа. Подобное предположение подтверждает Российская статистика (табл. 5).

Таблица 5

Показатели госпитализации сельских жителей в 2002 году по РФ

Показатели госпитализации сельских жителей	Всего на 1000 населения	В муниципальных образованиях сельского типа		В муниципальных образованиях городского типа
		ЦРБ	СУБ	ОЛПУ + МЛПУ
Уровень госпитализаций жителей села	226,6	120,4	38,4	67,8
Удельный вес	100,0	53,1	16,9	29,9

Из таблицы следует, что треть населения муниципальных образований сельского типа вынуждены получать медицинскую помощь за пределами территории проживания.

Подобной неоднородности, на первый взгляд, способствует принятый на территории Кемеровской области подход к планированию муниципальных заказов с учетом межтерриториальных потоков населения. На следующих ниже схемах отражены плановые относительные показатели обеспеченности стационарной помощью по городам и районам области на 2003 год.

Неоднородность размещения заказов между муниципальными образованиями Кемеровской области не означает дискриминации отдельных категорий граждан, а лишь отражает сложившуюся структуру потребления медицинской помощи. Традиционно до 30 % сельских жителей и жителей малых городов стремятся получить квалифицированную медицинскую помощь в клинических центрах крупных муниципальных образований. Этот процесс зафиксирован в общероссийской статистике. Поэтому распределение средств, направляемых бюджетами региона, муниципальных образований и системой ОМС,

должно отражать сложившуюся структуру потребления медицинской помощи. Инвестиции ограниченных государственных средств в ЛПУ низкой категории должны осуществляться в размере, обеспечивающем оказание первичной медицинской помощи. Остальные ресурсы должны перемещаться в муниципальные и областные ЛПУ, имеющие достаточную аккредитационную категорию, перечень медицинских технологий, квалифицированный персонал.

Важным организационным решением по реструктуризации учреждений здравоохранения, способствующим сохранению доступности бесплатной медицинской помощи для населения, выравниванию социально-экономических условий различных муниципальных образований, является создание межтерриториальных специализированных отделений и областных центров, создаваемых на базе муниципальных ЛПУ. Предпосылками для принятия подобного решения явились методика планирования с учетом межтерриториальных потоков населения, изучение сведений интегрированной базы случаев оказания медицинской помощи.

Целями создания центров явились:

- обеспечение равной доступности высококвалифицированной медицинской помощи для всего населения Кемеровской области, независимо от места постоянного проживания;
- более эффективное использование оборудования и кадрового потенциала отрасли за счет его концентрации;
- оказание консультативной, диагностической, лечебной и методической помощи, в том числе и выездной.

Создание центров не означает развертывание дополнительных коек. Статус центра присваивается подразделению муниципального учреждения здравоохранения клинического уровня, имеющего высокий удельный вес специалистов высшей квалификационной категории, большое количество иногородних жителей в структуре пролеченных больных, хорошую материальную базу, высокие медицинские технологии. Финансирование подобных центров осуществляется по специальным тарифам, превышающим среднерегиональные. Закупка нового медицинского оборудования и дорогостоящего расходного материала для новых технологий осуществляется в рам-

Рисунок 1
Показатели обеспеченности населения городов Кемеровской области
стационарной медицинской помощью в 2003 году

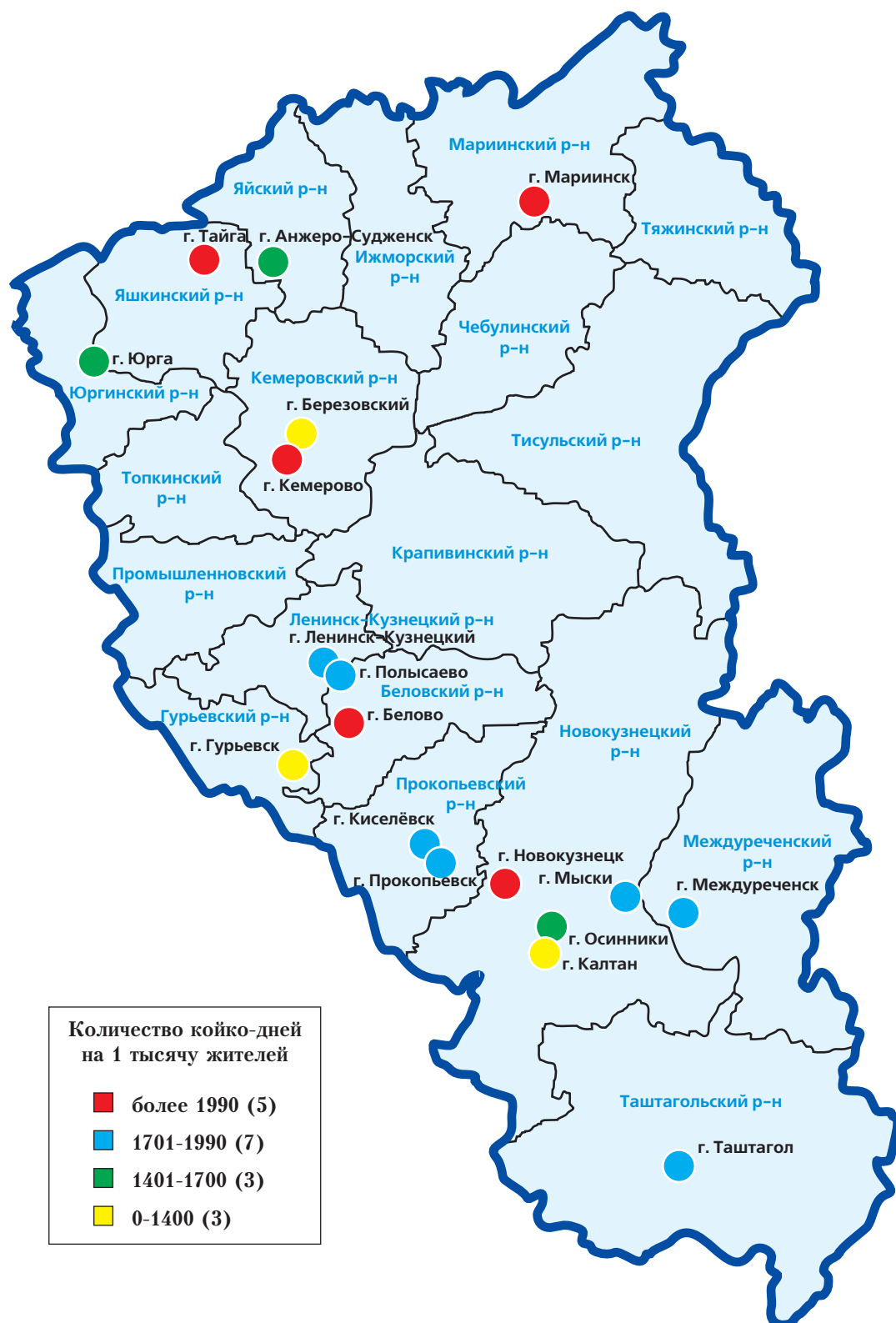
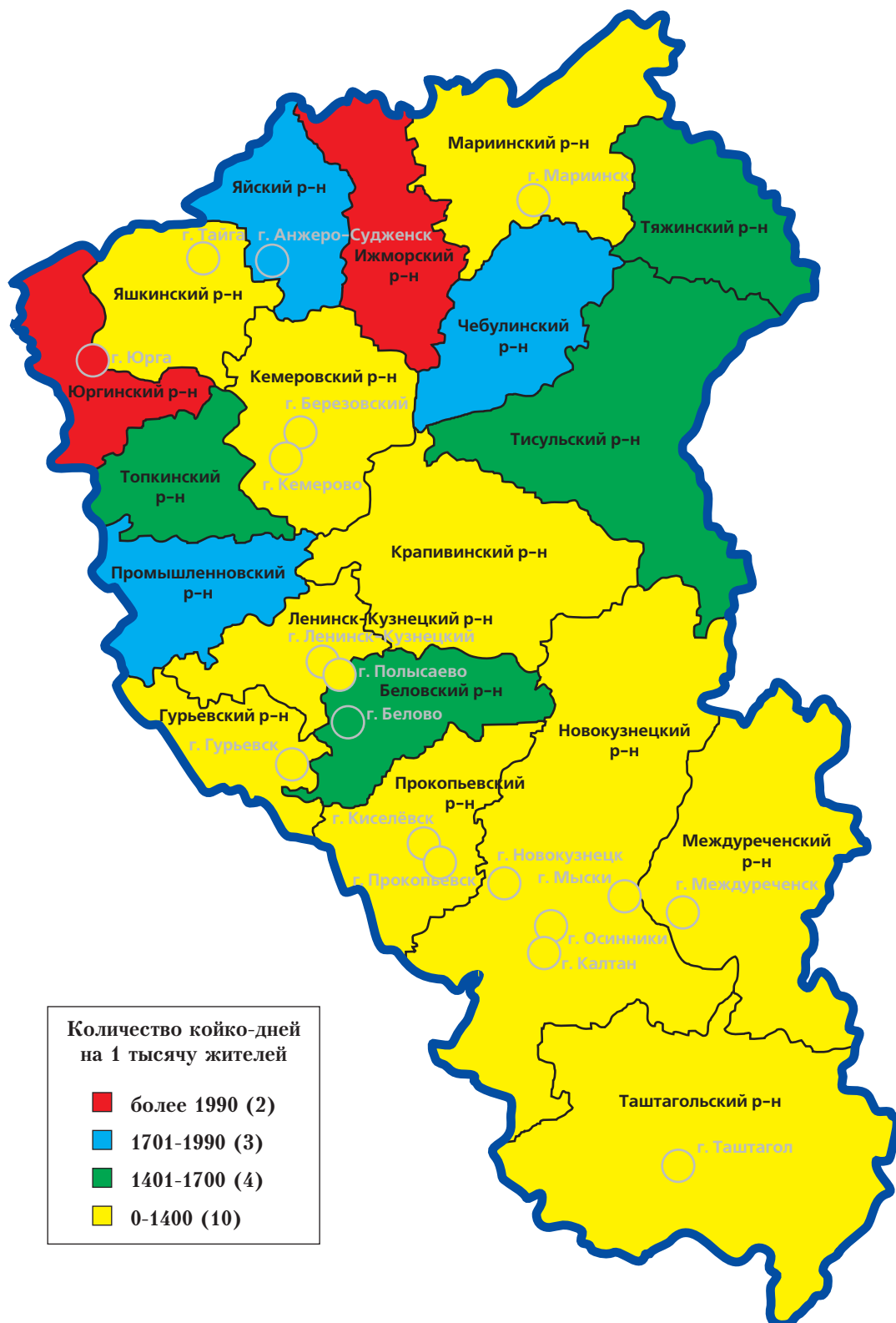


Рисунок 2

Показатели обеспеченности населения районов Кемеровской области
стационарной медицинской помощью в 2003 году





ках специальных целевых программ. Созданием межтерриториальных центров достигается концентрация кадровых, материальных и финансовых ресурсов; обеспечивается равная доступность высокоспециализированной медицинской помощи для граждан, независимо от территории проживания.

Все перечисленные выше мероприятия способствуют рациональному размещению ресурсов системы ОМС и бюджетов всех уровней, повышению доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для населения Кемеровской области, независимо от места постоянного проживания.





И.Я. ХАЙНОВСКАЯ, Н.И. ХОДАКОВА, В.Б. БАТИЕВСКАЯ
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПРАКТИКА ПЛАНИРОВАНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СВЕДЕНИЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ

Охрана здоровья населения Кузбасса и укрепление здравоохранения поставлены в ранг приоритетных направлений в осуществлении региональной социальной политики. Пристальное внимание региональных властей к проблеме отрасли обусловлено неблагоприятными демографическими процессами, изношенностью основных фондов, ростом затрат на здравоохранение, низким фактическим исполнением плановых показателей финансирования (табл. 1).

Следовательно, необходимо искать внутренние резервы региональной системы охраны здоровья, новые способы оптимизации планирования и финансирования отрасли, организационные формы, помогающие выполнить обязательства перед населением.

Одним из способов совершенствования управления отраслью на региональном и муниципальном уровне является разработка муниципальных заказов-заданий (МЗЗ) и мониторинг его исполнения.

Рассмотрим практическое применение предлагаемого подхода, его преимущества относительно традиционно применяемой методики, на примере двух типов муниципальных образований.

Известно, что система муниципального здравоохранения крупных городов и небольших муниципальных образований имеет существенные отличия, которые систематизированы и отражены в таблице 2.

Все перечисленные особенности необходимо учитывать при планировании медицинской помо-

щи населению данных муниципальных образований. Схематично предлагаемый подход к расчетам муниципальных заказов-заданий, расходы муниципального образования по оказанию медицинской помощи населению складываются из двух составляющих (табл. 3).

Расходы, запланированные одним муниципальным образованием, на других территориях являются, соответственно, доходами здравоохранения других муниципальных образований.

Остановимся подробнее на предлагаемой технологии планирования. Этап расчета основных показателей и ресурсного обеспечения муниципальных заказов-заданий, формирование программного документа осуществляется на уровне муниципального образования с последующим согласованием на уровне региона. С целью соблюдения интересов всех субъектов, участвующих в оказании медицинской помощи населению Кемеровской области созданы и постоянно действуют областная и муниципальные (территориальные) согласительные комиссии с участием соответствующих органов управления здравоохранением исполнительной власти, Территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций, ассоциации врачей Кузбасса и организации профсоюза работников здравоохранения. Планирование на уровне муниципального образования осуществляет муниципальная (территориальная) согласительная комиссия.

Начать анализ основных показателей рекомендуется с изучения сложившейся структуры медицинской помощи по профилям и уровням

Таблица 1
Финансирование ТПГГ Кемеровской области в 2002 году

Источники финансирования Территориальной программы	Утвержденная стоимость ТПГГ		Фактическое финансирование		
	Всего, млн. руб.	На 1 жителя, руб.	Всего, млн. руб.	На 1 жителя, руб.	% выполнения
1. Всего, за счет бюджетной системы	6 812,8	2 316,9	5 068,5	1 723,7	74,4
1.1. В т.ч. из бюджета	4 169,6	1 427,2	2 636,5	896,6	62,8
1.2. В т.ч. за счет средств ОМС, всего	2 563,1	871,7	2 432	827,1	94,9
1.2.1. Из них, за счет страховых взносов работодателей	1 283,9	-	1 500,4	-	-
1.2.2. Из них, за счет платежей на ОМС неработающего населения	1 279,2	-	804,7	-	-
1.2.3. Другие источники (в т.ч. субвенции ФОМС)	53,1	-	126,9	-	-

Таблица 2
Характерные признаки здравоохранения разных типов муниципальных образований

Признак муниципального здравоохранения	Крупный промышленный город	Сельский район, либо малый город
Бюджет здравоохранения	Бюджет МО бездефицитен, либо имеет небольшой дефицит	Дотационность местного бюджета
Средства ОМС	Страховые взносы собираются в полном объеме	Систематическое невыполнение плана сбора взносов вследствие сложного экономического положения местных предприятий
Лечебная база	Достаточная для оказания полного спектра медицинских услуг по всем необходимым профилям	Слабая диагностическая и лечебная база, небольшой спектр профилей коечного фонда вынуждает МО размещать заказы на других территориях
Территориальные нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи	Высоки вследствие использования новых технологий, высокой категоричности медицинских учреждений	Невысокая стоимость единицы объема медицинской помощи
Работа коечного фонда	Выше нормативной	Ниже нормативной
Направление межтерриториальных потоков	Высокий удельный вес иногородних пациентов в структуре пролеченных больных	Иногородние пациенты практически отсутствуют. Население предпочитает получать специализированную и высокотехнологичную помощь за пределами муниципального образования
Состояние межтерриториальных расчетов в системе ОМС	Хроническая задолженность прилегающих малых территорий перед муниципальным здравоохранением крупных МО	
Состояние межтерриториальных расчетов в бюджете	Межтерриториальные расчеты по бюджету не ведутся	

Таблица 3
Пример расчета стоимости муниципального заказа-задания на стационарную помощь в рамках ТП ОМС

Виды медицинской помощи по источникам финансирования	Территориальные нормативы объемов медицинской помощи на 1000 населения		Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема, руб.		Общая потребность в финансировании, тыс. руб.	
	на своей территории	на других территориях	на своей территории	на других территориях	на своей территории	на других территориях
Пример МЗЗ для муниципального образования городского типа						
стационарные койко-дни	2 181,82	45,88	300,2	381,9	654 982,4	17 521,6
Пример МЗЗ для муниципального образования сельского типа						
стационарные койко-дни	1 109,3	865	234	342	259 576,2	295 830,0

оказания в учреждениях, расположенных на территории данного муниципального образования, выделяя жителей данного муниципального образования, иногородних и инообластных жителей. Этот анализ существенно облегчается при использовании сведений регистра случаев оказания медицинской помощи, в котором фиксируется вся персонифицированная информация о случае лечения пациентов на территории Кемеровской области. Для анализа работы муниципальных ЛПУ из базы необходимо получить выходные формы в формате, приведенном на рисунке 1.

Подобную информацию можно получить по жителям данного муниципального образования, инообластным гражданам и по всем категориям пациентов.

В качестве примера выходной формы приведен фрагмент таблицы (рис. 2), характеризующей объемы медицинской помощи всем категориям граждан в муниципальных ЛПУ г. Новокузнецка.

Сведения можно структурировать по следующим признакам:

1. Профили оказания медицинской помощи (стоимость единицы объема по каждому профилю различна).
2. Уровни оказания медицинской помощи — клинический, городской, районный (стоимость единицы объема по уровням различна).
3. Этапы оказания медицинской помощи — интенсивный, долечивание (стоимость интенсивного этапа дифференцирована по профилям, стоимость этапа долечивания едина),

Рисунок 1

Пример запроса для формирования выходной формы по сведениям об иногородних пациентах, пролеченных в муниципальных ЛПУ г. Новокузнецка в 4-м квартале 2002 года

Оценивая экспертным путем фактически потребленную медицинскую помощь за предыдущий период, учитывая планы по реструктуризации сети муниципальных ЛПУ, рассчитывается заказ-задание для муниципальных ЛПУ территорий.

Рисунок 2

Выходная форма по сведениям о всех пациентах, пролеченных в муниципальных ЛПУ г. Новокузнецка в 4-м квартале 2002 года

База пролеченных								
Файл Выходные формы Регистр								
Профили отделений (всех)	Отделения категории "А"							
	экстренная помощь				плановая помощь			
	ИЗ		ЗД		ИЗ		ЗД	
	Кол-во пролеч.	Кол-во/ден.	Кол-во пролеч.	Кол-во/ден.	Кол-во пролеч.	Кол-во/ден.	Кол-во пролеч.	Кол-во/ден.
Кардиологические	948	123/41	0	0	349	441/1	0	0
Ревматологические	0	0	0	0	0	0	0	0
Гастроэнтерологические	242	3036	0	0	289	3379	0	0
Пульмонологические	471	6994	0	0	252	3685	0	0
Эндокринологические (т)	166	2928	0	0	169	2598	0	0
Нефрологические (т)	42	522	0	0	44	480	0	0
Гематологические	82	1139	0	0	73	828	0	0
Педиатрические	51	610	0	0	179	2083	0	0
Терапевтические (общие)	803	9237	0	0	535	5993	0	0
Патология новорожденных	101	1683	0	0	0	0	0	0
Травматологические	569	8348	0	0	291	3979	0	0
Ортопедические	0	0	0	0	0	0	0	0
Урологические	354	4282	0	0	313	4027	0	0
Нейрохирургические	226	2822	0	0	147	1971	0	0
Ожоговые (термические поражения)	72	1641	0	0	15	312	0	0
Стоматологические	149	1562	0	0	82	914	0	0
Торакальной хирургии	44	897	0	0	45	825	0	0
Гнойной торакальной хирургии	0	0	0	0	0	0	0	0
Проктологические	0	0	0	0	0	0	0	0
ИТОГО	11979	131838	0	0	6887	82644	0	0

Выходная форма: Профили МЛПУ Новокузнецка/все потоки

Параллельно рассчитывается заказ-задание для населения территории, включающий план лечения жителей муниципального образования в:

- МЛПУ своей территории,
- Ведомственных ЛПУ своей территории,
- ОЛПУ своей территории,
- МЛПУ других территорий,
- Ведомственных ЛПУ других территорий,
- ОЛПУ других территорий.

Исходная информация по расчетам также содержится в базе случаев оказания медицинской помощи (рис. 3).

После выполнения запроса разработчики муниципального заказа получают информацию о движении населения между муниципальными образованиями в процессе получения медицинской помощи (рис. 4).

Умножая полученные объемы медицинской помощи на стоимость единицы объема, выходим на сводную стоимость медицинской помощи, подлежащей финансированию средствами муниципального бюджета и обязательного медицинского страхования в рамках муниципального заказа-задания. Сравнивая полученные цифры с прогнозом доходов муниципального здравоохра-

Рисунок 3

Пример запроса для формирования выходной формы по сведениям о жителях территории, пролеченных за пределами МО в 2003 году



нения по источникам финансирования, получаем баланс основных показателей муниципального заказа-задания.

В случае дефицита муниципального заказа-задания согласительная комиссия территории применяет различные методы балансировки, среди которых имеются два принципиально разных направления:

1. Увеличение доходной части путем:
 - увеличения бюджетной составляющей в финансировании МЗЗ,
 - увеличения плана доходов по платным медицинским услугам и ДМС,
 - увеличения планового количества иногородних и инообластных пациентов, пролеченных в ЛПУ данного МО.

Рисунок 4

Фрагмент выходной формы по сведениям о жителях Кемеровской области, пролеченных во всех ЛПУ в 2003 году

Объем круглосуточной стационарной помощи, оказанной жителям территории Кемеровской области								
Территория проживания	В н.м.д. устр. своей территории		В н.м.д. устр. других территорий		В обл. н.м.д. устр. своей территории		В обл. н.м.д. устр. других территорий	
	Кол-во пролеч.	Кол-во дней	Кол-во пролеч.	Кол-во дней	Кол-во пролеч.	Кол-во дней	Кол-во пролеч.	Кол-во дней
Анжеро-Судженск г.	3059	36730	25	258	0	0	156	
Белово г.	5411	45960	93	683	0	0	338	
Березовский г.	2304	16072	21	170	0	0	245	
Гурьевск г.	1306	10930	31	222	0	0	170	
Калтан г.	0	0	457	3940	0	0	0	
Кемерово г.	1627	10380	92	905	366	3848	9	
Киселевск г.	5125	53987	122	1457	0	0	270	
Ленинск-Кузнецкий г.	3027	34119	984	8621	0	0	369	
Марьевск г.	2065	21521	51	322	0	0	246	
Междуреченск г.	5795	46128	7	77	0	0	99	
Мыски г.	0	0	25	171	0	0	20	
Новокузнецк г.	0	0	80	529	0	0	48	
Осиновки г.	2116	20974	3	28	0	0	82	
Полысаево г.	835	7859	448	5143	0	0	36	
Прокто-Левский г.	9507	83056	27	166	881	13512	161	
Тайга г.	0	0	5	40	0	0	3	
Таштагол г.	0	0	30	287	0	0	65	
Топки г.	0	0	5	29	0	0	0	

2. Сокращение расходной части путем:
 - снижения объемов дорогостоящей стационарной помощи и перемещения ее на амбулаторный этап (развитие СЗТ),
 - уменьшения планового количества жителей данного МО, пролеченных за пределами МО,
 - уменьшения стоимости единицы объема медицинской помощи.

Описанный подход к планированию муниципальных заказов-заданий дает разные результаты при применении для муниципальных образований различного типа, что схематично показано на диаграммах 1, 2, 3, 4 и в таблицах 4 и 5.

Из приведенного анализа видим, что муниципальное здравоохранение крупного города имеет следующие характерные черты, которые необходимо отражать при планировании:

1. Основная масса жителей муниципального образования городского типа получает медицинскую помощь в муниципальных ЛПУ на территории проживания.
2. Практически все средства муниципального здравоохранения остаются на территории муниципального образования.
3. За пределами муниципального образования население получает преимущественно высокотехнологичную помощь по дорогостоящим и альтернативным медицинским технологиям, отсутствующим на данной территории.

Диаграмма 1

Структура оказания медицинской помощи населению крупного города
на примере М33 г. Новокузнецка

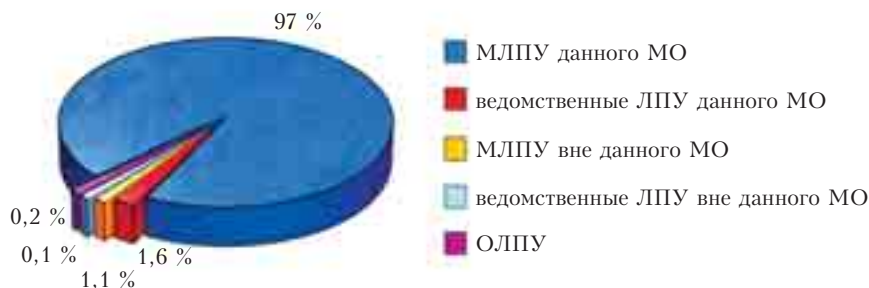


Диаграмма 2

Структура оказания медицинской помощи населению МО сельского типа
на примере М33 Новокузнецкого района



Для небольшого муниципального образования, особенно расположенного в территориальной близости от крупного промышленного города, характерны противоположные тенденции:

1. Треть жителей муниципального образования получают медицинскую помощь за пределами проживания.
2. В структуре затрат расходы по оплате медицинских услуг, оказанных за пределами территории проживания, занимают 40-50 %. Это происходит по причине того, что на территории МО сельского типа расположены больницы с низкой аккредитационной категорией, оплачиваемые по минимальному тарифу. В то время как учреждения здравоохранения, расположенные на территории городов, имеют высокий клинический уровень и оплачиваются по максимальному тарифу.
3. Обеспеченность жителей села дорогостоящими и альтернативными технологиями традиционно низка.

Из изложенного в статье материала можно сделать следующие выводы:

Таблица 4

Сравнительная структура объемов медицинской помощи, запланированной в рамках М33 г. Новокузнецка и Новокузнецкого района

Муниципальные образования	Объемы стационарной помощи (койко-дни)				
	территория данного МО		за пределами данного МО		
	МЛПУ	ведомственные ЛПУ	МЛПУ	ведомственные ЛПУ	ОЛПУ
г. Новокузнецк (МО городского типа)	1 814 505	30 958	20 082	2 475	3 979
Новокузнецкий район (МО сельского типа)	105 230	0	48 378	500	521

1. Системы здравоохранения крупных городов и мелких муниципальных образований различны, их специфику необходимо отражать в планировании.
2. Традиционный подход к планированию муниципальных заказов-заданий не отражает межтерриториального движения населения в процессе получения медицинской помощи.
3. Предложенная модель, устраняя недостатки общепринятого подхода, требует хорошей информационной базы, которой не может являться статистика деятельности медицинских учреждений.
4. Необходимо создать организационно-финансовые механизмы, позволяющие обеспечить для сельского населения доступность получения квалифицированной медицинской помощи, в том числе по ДМТ и АМТ.

Диаграмма 3
Структура оказания медицинской помощи населению крупного города
на примере МЗЗ г. Новокузнецка

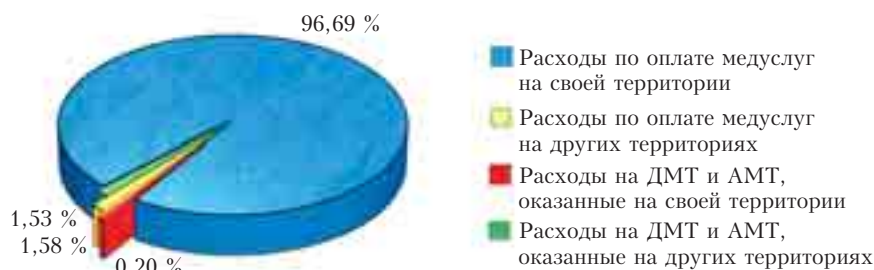


Диаграмма 4
Структура оказания медицинской помощи населению МО сельского типа
на примере МЗЗ Новокузнецкого района



ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ:

АМТ	– Альтернативные медицинские технологии.
ДМС	– Добровольное медицинское страхование.
ДМТ	– Дорогостоящие медицинские технологии.
ЛПУ	– Лечебно-профилактическое учреждение.
МЗЗ	– Задание по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам муниципального образования бесплатной медицинской помощи.
МЛПУ	– Муниципальное лечебно-профилактическое учреждение.
МО	– Муниципальное образование.
ОЛПУ	– Областное лечебно-профилактическое учреждение.
ОМС	– Обязательное медицинское страхование.
СЗТ	– Стационарно-замещающие технологии.

Таблица 5
Сравнительная структура расходов на медицинские услуги, дорогостоящие и альтернативные медицинские технологии
в г. Новокузнецке и Новокузнецком районе

Муниципальные образования	Расходы по оплате медслуж на своей территории (тыс. руб.)	Расходы на ДМТ и АМТ, оказанные на своей территории (тыс. руб.)	Расходы по оплате медслуж на других территориях (тыс. руб.)	Расходы на ДМТ и АМТ, оказанные на другой территории (тыс. руб.)
г. Новокузнецк (МО городского типа)	715 257,2	1 500,0	11 651,7	11 349,6
Новокузнецкий район (МО сельского типа)	22 179,5	0,0	15 616,0	650,0

ТПГГ	– Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
ФОМС	– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.



Э.М. ШПИЛЯНСКИЙ, И.С. ЯНЕЦ

МУ Управление здравоохранения Администрации города, г. Кемерово

ПЛАНИРОВАНИЕ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ПЛАНА-ЗАДАНИЯ

Более пяти лет здравоохранение города Кемерово осуществляет свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования на основе ежегодно разрабатываемого муниципального плана-задания (МПЗ), который является комплексным планом, содержащим объемные и финансовые показатели работы как территорий в целом, так и всех медицинских учреждений. МПЗ формируется на основе анализа структуры потребностей населения в медицинской помощи, имеющихся финансовых ресурсов муниципального бюджета, обязательного медицинского страхования.

Основными задачами разработки МПЗ являлось создание на территории г. Кемерово единого механизма реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, создание системы планирования оказания и финансирования медицинской помощи за счет средств муниципального бюджета из средств ОМС, повышение эффективности использования финансовых средств при оказании бесплатной медицинской помощи, обеспечение соответствия объемов медицинской помощи и финансовых ресурсов, выделяемых для этих целей.

Одновременно, с 1998 г., в городе внедрялись новые формы организации работы ЛПУ:

- многоуровневая система оказания медицинской помощи в стационарах и поликлиниках;
- планирование и реализация программ развития стационаро-замещающих технологий в амбулаторно-поликлиническом звене;
- реализация проектов организации интегрированных систем здравоохранения (районные, межрайонные);
- реализация механизмов преемственности в работе ЛПУ по оказанию медицинской помощи;
- система оплаты стационарной помощи на основе предельного бюджета.

Ежегодный дефицит финансирования системы ОМС в городе составляет от 40 до 60 %, что приводит к оплате медицинской помощи ЛПУ по заниженным тарифам, делает крайне важным решение вопросов планирования объемов медицинской помощи, жесткого нормирования плановой стационарной помощи и дорогостоящих видов медицинской помощи, поиска вариантов по снижению расходов ЛПУ, эффективного использования имеющихся ресурсов.

В связи с этим, для экономии ресурсов здравоохранения, в г. Кемерово наработан опыт комплексного планирования и мониторинга объемов бесплатной медицинской помощи в рамках МПЗ.

При формировании МЗ города рассматривается вся сеть ЛПУ, независимо от ведомственной и организационной принадлежности, оказывающих медицинские услуги населению города в системе ОМС.

В структуре здравоохранения на начало 2003 года было 39 ЛПУ, работающих в системе ОМС, в т.ч. 28 муниципальных учреждений, 25 стационаров, из них 3 — ведомственных и 6 — областных, одна больница другой территории (ЦРБ Кемеровского района), 29 муниципальных поликлиник, 5 ведомственных медико-санитарных частей, 6 стоматологических поликлиник, сеть дневных стационаров, два центра амбулаторной хирургии.

Для координации работы по разработке и получению согласованных объемов медицинской помощи создана система разработки согласования, оперативного ежеквартального анализа и коррекции МПЗ для ЛПУ по оказанию медицинской помощи на территории города.

Главными специалистами управления и СМО ежегодно проводится анализ потребления медицинской помощи населением города в объеме и на условиях Территориальной программы ОМС. Анализируются основные показатели работы стационаров для каждого ЛПУ, этапы интенсивного лечения и долечивания в стационаре, проводится анализ перевода пациентов из стационара на долечивание в амбулаторное звено.

Проводится определение квот плановых видов услуг; регулируются потоки пациентов на плановую госпитализацию через городской отдел госпитализации, контролируется сокращение этапа долечивания и перевод пациентов на амбулаторные этапы лечения.

По основным нозологическим формам заболеваний разработаны маршруты движения пациента по этапам оказания медицинской помощи.

Для амбулаторно-поликлинической помощи анализируется число посещений всего и в разрезе посещений к узким специалистам по каждому ЛПУ. Количество посещений находится в прямой зависимости от уровня структуры заболеваемости. Важным аспектом планирования амбулаторно-поликлинических объемов меди-

цинской помощи является индивидуальный подход к каждому ЛПУ взрослой и детской сети, с учетом профилактической работы.

По стационаро-замещающим технологиям анализируется количество койко-дней в дневных стационарах и стационарах на дому, а также потоки пациентов, переводимых на стационарное лечение.

Мониторинг проводится с целью контроля выполнения МПЗ, коррекции основных показателей, рационального оперативного перераспределения потоков пациентов и финансовых ресурсов между ЛПУ города.

Мониторингу подвергаются показатели по стационарам, амбулаторно-поликлиническим учреждениям, стационаро-замещающим технологиям.

Если показатели превышают допустимое значение, назначается проверка совместно с экспертами СМО. После проверки составляется акт, где перечисляются выявленные дефекты, намечаются мероприятия по их устранению.

Таким образом, в городе создана действенная система планирования и мониторинга основных объемных показателей деятельности здравоохранения в системе ОМС.

Работа лечебно-профилактических учреждений города по МПЗ позволила привести в соответствие с нормативами основные показатели стационарной и амбулаторной сети в системе ОМС:

- коечный фонд приведен в соответствие с объемами госпитальной помощи (в течение 5 лет из МПЗ выведено 533 койки);
- интенсифицирована работа койки (занятость койки – 334, среднее пребывание на койке – 12,2);
- количество проведенных в стационаре койко-дней снижено до нормативного (2065,0 на 1000 населения);
- создана сеть дневных стационаров и стационаров на дому (количество пролеченных – 33376 пациентов);
- стабилизирован показатель количества посещений в поликлиниках (с 10,5 посещений на жителя в 1998 г. до 9,8 в 2002 г., при росте посещений на дому на 1 жителя с 0,9 в 1998 г. до 1,0 в 2002 г.).

Комплексное планирование объемных показателей оказания бесплатной медицинской помощи, по опыту города Кемерово, является перспективным направлением в системе ОМС.





А.П. ШАДРИН, Г.И. ЧЕЧЕНИН, И.В. ВИБЛАЯ, Н.И. ГОЛОВЛЕВА
*Управление здравоохранения Администрации города,
Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,
Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк*

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫМ ЗАКАЗОМ – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ухудшение уровня общественного здоровья населения повышает его потребность в медицинской помощи. На этом фоне, в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) и рыночных отношений в системе здравоохранения, особо актуальна оптимизация использования ограниченных ресурсов путем рационального их распределения, планирования и контроля деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

В связи с этим, у всех участников процесса ОМС, заинтересованных в удовлетворении потребности населения в качественной квалифицированной медицинской помощи, возрастает необходимость в адекватном информационном обеспечении.

В системе здравоохранения г. Новокузнецка выработаны и научно обоснованы подходы к определению потребности населения в медицинской помощи на основе оценки уровня общественного здоровья. Их практическая реализация стала возможной путем анализа, интеграции и экспертной оценки информации, содержащейся в многолетних компьютерных базах данных (БД) на все случаи обращения пациентов в различные типы ЛПУ (стационары, поликлиники, диспансеры, ССНМП и др.).

Научно обоснована и разработана методика удовлетворения потребности населения в адекватной медицинской помощи. Для ее практической реализации создана автоматизированная система, позволяющая оптимизировать деятельность стационарной службы с учетом меняющейся ситуации в здоровье обслуживаемого населения и ресурсного обеспечения муниципального здравоохранения. На «выходе» этой системы появляется модель Муниципального заказа (МЗ) на стационарную медицинскую помощь, которая ежегодно формируется путем многократного проигрывания ситуаций с целью выбора оптимального варианта для исполнения.

В настоящее время эта методика совершенствуется путем автоматизации процесса формирования муниципального заказа с учетом многоэтапности оказания стационарной медицинской помощи.

Одновременно с этим, вырабатываются и научно обосновываются подходы к формированию Государственного заказа, в том числе, на областном и региональном уровне. Необходимо обратить особое внимание на основную проблему, с которой мы столкнулись на данном этапе — это отсутствие достоверных, оперативных персонализированных данных на жителей территории проживания, пролеченных в ЛПУ других территорий. Решение этой проблемы возможно путем создания и ведения персонализированных БД на всех территориальных единицах в рамках единого информационного пространства.

Практическая реализация методики определения потребности в медицинской помощи и оптимизации деятельности стационаров, на основе МЗ и интенсификации использования имеющихся ресурсов в системе здравоохранения г. Новокузнецка, позволила в течение 2002 г. сократить более 200 койк. При этом, фактический оборот койки в настоящее время увеличился. В 2002 г. он составлял 23,69 больных, за 6 месяцев 2003 года — 12,13 больных, прогноз на конец 2003 г. — 24,26 больных. Это достигнуто за счет фактического увеличения числа дней работы койки (2002 г. — 328,45; 6 мес. 2003 г. — 165,86; прогноз на конец 2003 г. — 331,72) и сокращения средней длительности лечения с 13,9 до 13,7 дней.

В то же время, необходимо учитывать, что возможности системы здравоохранения ограничены и интенсификация коечного фонда тоже имеет свои пределы. А именно, при ухудшении здоровья населения и увеличении потребности в госпитализации, на ограниченный коечный фонд, естественно, попадают более тяжелые больные. Говорить в данном случае о снижении средней длительности лечения нелогично, хотя часть стационарной помощи (долечивание) все же при определенных условиях можно переадресовать в стационары дневного пребывания, что и было практически реализовано в г. Новокузнецке и фактически привело к некоторому сокращению средней длительности лечения с 13,9 до 13,7 койко-дней. Одновременно с этим, необходимо иметь в виду, что увеличение оборота койки приводит к обоснованному увеличению ее простоя,

так как по санитарно-гигиеническим нормам на смену больного отводится один день простоя койки общего профиля и 2 дня для коек инфекционных профилей. Кроме того, ежегодно предусматривается текущий ремонт в течение 12 дней. Учитывая это, при фактическом обороте койки 24,26 дней (прогноз 2003 г.), ее обоснованный простой составит 36,26 дней (даже без учета инфекционных профилей), то есть функция койки не должна превышать 328,74 дней. Фактически же койка работает с перегрузкой, функционируя 331,72 дней в году, вероятно, за счет приставных коек.

Дальнейшее сокращение объемов стационарной медицинской помощи путем приведения числа койко-дней на 1000 населения к министерским нормативам (без учета более высокой потребности жителей г. Новокузнецка в медицинской помощи) приведет к явной перегрузке коечного фонда, нарушению санитарно-эпидемиологического режима, увеличению внутрибольничных инфекций. Это явится еще большей нагрузкой на систему здравоохранения.

В качестве одного из обоснований более высокой потребности в госпитализации жителей г. Новокузнецка, чем в целом по РФ, приведем следующий пример.

Муниципальный заказ для жителей г. Новокузнецка, сформированный с учетом потребности в госпитализации, на основе прогноза числа заболеваний, зарегистрированных у населения по данным обращаемости в ЛПУ и экспертных оценок (главных специалистов управления здравоохранения и ученых ГИДУВа) потребности в госпитализации, составил на 2003 год 1813590 койко-дней. Нормативами по РФ (Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. – Москва, 2001), которые учитывают возрастную структуру населения (взрослые и дети) и не учитывают структуру его болезненности и заболеваемости, для жителей г. Новокузнецка предусматривается 1639787 койко-дней. В то же время, этими методическими рекомендациями вообще не предусмотрены нормативы на социальные профили коек, такие как: сестринского ухода, онкологические хосписные, медико-социальные, детские, гериатрические и восстановительного лечения. Потребность в этих профилях в 2003 г. составляет 86979 койко-дней. Учитывая эти составляющие, норматив госпитализации для жителей г. Новокузнецка составляет 1726766 койко-дней.

Таким образом, превышение потребности жителей г. Новокузнецка над нормативами, являю-

щимися едиными для всех территорий РФ, составляет 5,03 % (т.е., 86,8 тыс. койко-дней).

Одновременно с этим установлено, что заболеваемость с впервые установленным диагнозом (которая чаще всего требует госпитализации, как для оказания экстренной помощи, так и для установления диагноза) среди взрослого населения г. Новокузнецка в течение проанализированного ряда лет (1996-2002) существенно (от 6 до 20 %) превышает средние показатели по РФ. Это, в свою очередь, обуславливает более высокую потребность в госпитализации жителей г. Новокузнецка.

Доля взрослого населения (79,5 %) выше учитываемой нормативом РФ (78 %), что также формирует высокую потребность в госпитализации.

Анализ накопленных компьютерных БД о заболеваемости и смертности населения выявил наличие скрытой не зарегистрированной заболеваемости, что не учитывается при определении потребности в госпитализации.

Наличие скрытой патологии подтверждает рост (зарегистрированных) хронических заболеваний, более выраженный у детей и подростков в последние 5 лет, так как именно на диспансеризацию этих возрастных категорий направляются имеющиеся средства.

Так, по данным обращаемости в ЛПУ в 2002 г., зарегистрировано, что 23 % детей и 36 % подростков имели хронические заболевания. Здесь уместно подчеркнуть, что это лишь те заболевания, диагноз которых официально установлен, и по поводу которых в течение года были явки в ЛПУ. В то же время, при проведении первого этапа диспансеризации детского населения выявлено, что на самом деле «хроников» в 2 раза больше – около 65 % детей и подростков. Большая часть из них (даже не обращающихся в медицинские учреждения) на момент проведения диспансеризации нуждалась в госпитализации для лечения и уточнения диагноза.

Все это еще раз обосновывает контрольные цифры муниципального заказа, базирующиеся на прогнозе болезненности населения и экспертно выявленной потребности в госпитализации.

При сравнительном детальном анализе соответствия МЗ нормативам РФ по службам системы здравоохранения г. Новокузнецка, выявлено превышение министерского норматива по следующим службам: неврологическая взрослая (59 %), дерматовенерологическая взрослая (59 %), травматологическая (48 %), акушерско-гинекологическая (17 %), хирургическая детская (97 %), отоларингологическая взрослая (96 %), отоларингологическая детская (25 %), офтальмологическая взрослая и детская (112 %).



Высокая потребность в травматологической помощи объясняется уровнем травматизма населения всех возрастных категорий, превышающим показатели по РФ у взрослых и подростков на 50 %, у детей — на 30 %.

Высокая потребность в офтальмологической помощи зависит от уровня распространенности заболеваний глаза у взрослого населения, превышающего показатели по РФ более чем на 20 %, и высоким уровнем травматизма населения всех возрастных категорий, где травмы глаза играют равнозначную роль с другими травмами.

Высокая потребность взрослых в неврологической помощи связана, в основном, с высокой распространенностью болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, превышающей показатели по РФ на 35-40 %.

На потребность в дерматовенерологической помощи влияет высокий уровень венерической заболеваемости, превышающей данные РФ по сифилису на 40-43 %, по гонорее — на 16-20 %, и требующей более длительной госпитализации, чем другие дерматологические заболевания.

Высокий уровень госпитализации на детский и взрослый отоларингологический профиль объясняется высоким уровнем травматизма населения всех возрастных категорий, где «ЛОР-травмы» играют значимую роль, а также высокой распространенностью заболеваний уха и носоглоточного отростка, превышающей показатели по РФ у взрослых — на 34 %, у детей — на 10 %.

По акушерско-гинекологической службе определена высокая потребность в госпитализации на профиль «патология беременности». Это объясняется, с одной стороны, высоким уровнем патологии во время беременности, родов и в послеродовом периоде среди матерей и детей, а с другой стороны (как ни парадоксально), низкой рождаемостью, т.е., врачи прилагают максимум усилия для сохранения беременности и рождения ребенка.

Большое количество абортс связано с высоким психо-эмоциональным напряжением в обществе.

Таким образом, превышение Муниципального заказа над нормативом для РФ по выше представленным службам (неврология взрослая, дерматовенерология взрослая, инфекции взрослые, травматология, отоларингология, офтальмология, акушерство и гинекология) большей частью обосновано.

В заключение следует отметить возрастающую роль информационного обеспечения процесса управления системой здравоохранения в повышении удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, при ухудшении его общественного здоровья, в оптимизации функционирования муниципального здравоохранения путем интенсификации деятельности ЛПУ в условиях ограничения ресурсов, на основе автоматизации формирования и контроля выполнения муниципального заказа.





И.Я. ХАЙНОВСКАЯ, Н.И. ХОДАКОВА, В.Б. БАТИЕВСКАЯ
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области

ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА ОСНОВЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗЫ ПРОЛЕЧЕННЫХ

Принятие Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью обусловлено двумя основными причинами: необходимостью реализации конституционных обязательств государства перед гражданами по оказанию бесплатной медицинской помощи и ограниченностью финансовых ресурсов, которые выделяются государством системе здравоохранения, в связи со сложным экономическим положением страны (А.И. Вялков, Р.А. Хальфин, О.Г. Соловьева, 2001).

Традиционно основой для планирования Территориальной программы ОМС Кемеровской области являлись утвержденные статистические отчетные формы. Информационную базу, основанную на отчетах медицинских учреждений, можно охарактеризовать как слабую, не обеспечивающую должным образом продиктованного «Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» подхода к планированию.

Под слабой информационной базой здравоохранения следует понимать то, что в официальную медицинскую статистику попадают некоторые интегрированные показатели, не структурированные по тем признакам, по которым происходит планирование. Кроме того, поступающая в систему государственной статистики информация может быть в большей или меньшей степени искажена под влиянием «человеческого фактора». Действительно, известно достаточно много примеров, когда, в угоду политическим, групповым или иным интересам, информация подвергалась произвольным корректировкам.

Другим недостатком, также повышающим неопределенность данных медицинской статистики, является наличие неизбежных при создании больших баз данных пропусков информации и технических ошибок. В связи с этим возникает вопрос — может ли официальная медицинская статистика служить надежной основой для выработки управленческих решений? О том, что такой вопрос не является надуманным, свидетельствует факт периодически возникающей в среде специалистов дискуссии по этому поводу (Ю.А. Тюков, Е.В. Ползик, 2000).

Кроме того, процесс планирования на основе полугодовых отчетных форм («Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе обязательного медицинского страхования») не позволяет отслеживать динамику выполнения плановых показателей, своевременно вносить корректировки в муниципальные планы-задания, проводить качественный мониторинг.

Помимо описанной выше, на этапе разработки планов-заданий для муниципальных образований субъекта Российской Федерации возникает еще одна проблема. Процедура планирования объемов медицинской помощи для населения четко регламентирована «Методическими рекомендациями» до уровня разработки Территориальной программы ОМС субъекта Российской Федерации. Далее возникает необходимость декомпозировать полученные нормативы на объемы медицинской помощи для каждого муниципального образования.

Причем формат полученных данных должен:

1. Отражать медицинскую помощь для населения муниципального образования, с учетом всех сложившихся потоков.
2. Объемы должны быть привязаны к конкретной структуре сети лечебных учреждений муниципального образования.
3. Для каждого лечебного учреждения должен быть сформирован план-задание на предстоящий финансовый год.

Четких инструкций на эту тему не существует. В литературе описаны некоторые подходы к планированию планов-заданий для муниципальных образований, которые, безусловно, имеют теоретическую ценность. Но на практике мы должны получать конкретные финансовые документы, причем процесс должен быть максимально автоматизирован, так как обрабатываются достаточно большие массивы информации.

На протяжении последних трех лет Департаментом охраны здоровья населения и Территориальным фондом ОМС Кемеровской области совершенствуется пакет таблиц, заполнение которых каждым муниципальным образованием позволит получить муниципальный план-задание оказания медицинской помощи населению города/района Кемеровской области. Таблицы учитывают, с одной стороны, плановый объем медицинской помощи для населения муниципального



образования. С другой стороны, — план оказания медицинской помощи для сети лечебных учреждений муниципального образования, с учетом всех потоков пациентов.

Заполнять разработанные таблицы на основе имеющихся отчетных сведений затруднительно по причинам несоответствия формата отчетных форм с форматом табличного материала для планирования. Вынужденно применяется экспертный подход, который является, по сути, мнением нескольких специалистов. Это мнение хоть и вполне компетентно, но достаточно субъективно, что снижает эффективность планирования.

С целью построения многофакторной модели планирования и мониторинга медицинской помощи населению Кемеровской области в рамках ОМС, Территориальным фондом ОМС, Кемеровским областным центром медицинской информатики сделана попытка создания интегрированной базы пролеченных.

Интегрированная база пролеченных (синоним «Регистр случаев оказания медицинской помощи») — электронная база данных, сформированная на основе реестров ЛПУ области по пролеченным больным и содержащая практически всю информацию, отраженную реестром.

Первая попытка создания базы состоялась летом 2000 года, когда совместным приказом ДОЗН и ТФ ОМС было предписано СМО и бюджетным ЛПУ, предоставлять в центр медицинской информатики базы реестров пролеченных.

Процесс согласования действий всех заинтересованных сторон шел медленно, на то существовали объективные и субъективные причины. В результате длительных переговоров достигнут компромисс:

- Согласован формат предоставления информации о пролеченных.
- Исключена персонафицированная информация.
- Согласован срок предоставления информации.

На технологии сбора информации подробно останавливаться нет смысла. Важно, что в результате этой работы сформирована база случаев оказания медицинской помощи, количественные характеристики которой свидетельствуют о ее полноте, то есть база может быть использована для информационного обеспечения процессов формирования Территориальной программы ОМС и муниципальных заказов.

По представленному материалу можно сделать следующие выводы:

1. База данных случаев оказания медицинской помощи является одним из важнейших информационных ресурсов системы ОМС, обеспечивающих формирование как Территориальной программы ОМС, так и муниципальных планов-заданий.

2. Информация базы данных более достоверна, чем медицинская статистика, поскольку содержит не агрегированные показатели, а первичные документы, представленные ЛПУ для оплаты в СМО. Обработка базы дает возможность получения информации, не отражаемой медицинской статистикой.

3. Работа с базой дает возможность мониторинга исполнения Территориальной программы и муниципальных планов-заданий, выполнения различного рода аналитических исследований информации об оказании и оплате медицинской помощи.

4. Становится возможным совмещение во времени процедуры расчета Территориальной программы государственных гарантий и составления муниципальных планов-заданий.

Проводя работу по ведению интегрированной базы пролеченных, Территориальный фонд ОМС Кемеровской области выражает надежду, что применение более тонких инструментов планирования, в конечном счете, будет способствовать построению рациональной структуры здравоохранения области для оптимального и полного удовлетворения потребностей населения.





Э.М. ШПИЛЯНСКИЙ, И.С. ЯНЕЦ, С.Д. НИКОНОВИЧ,
Е.И. КУРАКИНА, Л.А. ДРЕМИНА, С.В. МАЛИНОВСКИЙ

*МУ Управление здравоохранения администрации города,
МУЗ Городская клиническая станция скорой медицинской помощи,
МУЗ Городской диагностический центр, г. Кемерово*

ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ

Для передачи информации в электронном виде с использованием модемной связи в «Городском Интернете» (внутригородская сеть, поддерживаемая ГТС) создан раздел для учреждений здравоохранения города. Во все амбулаторно-поликлинические учреждения, на станцию скорой медицинской помощи (ССМП), в стационары были установлены модемы и подключена электронная почта в «Городском Интернете».

Автоматизированный контроль за обращаемостью на станцию скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь является зеркалом участковой службы. Недостатки в организации медицинской помощи на дому увеличивают поток вызовов ССМП. Проведение качественного анализа стало возможным только после получения оперативной информации по электронной почте от ССМП о вызовах, выполненных за предыдущие сутки к больным из зоны обслуживания поликлиники. Были определены цели и задачи взаимодействия со службой СП.

Цели:

1. Экономия финансовых затрат по обращаемости населения на СП.
2. Оказание больным своевременной патогенетической медицинской помощи.

Задачи:

1. Улучшение качества оказания медицинской помощи.
2. Оптимизация деятельности каждого участкового врача, врача ОВП.

Мы использовали автоматизированную систему, основанную на персонифицированном учете населения, прикрепленного к поликлинике, и поступивших вызовов на скорую помощь. Выработан алгоритм автоматизированного контроля обращаемости на СП и динамики вызовов, для чего сделаны соответствующие выходные формы.

Имея базу данных на пациентов по медицинским, социальным и экономическим аспектам, у каждого врача появилась еще и возможность получения автоматизированного контроля обращаемости на ССМП за любой промежуток времени,

как территориального, так и прикрепленного населения.

Объем передаваемых сведений включает в себя время обращения, паспортные данные больного, диагноз, результат вызова (оставлен дома или госпитализирован в стационар).

На основе базы данных прикрепленного населения и базы данных поступивших вызовов, в поликлинике работает информационная система, которая позволяет делать анализ:

- детально рассматривается группа оставленных на месте;
- при экстренной госпитализации учитывается адекватность проводимых ранее лечебно-оздоровительных мероприятий;
- анализ вызовов по полу и возрасту;
- выявление групп пациентов, наиболее часто обращающихся на скорую помощь;
- анализ работы участкового врача на дому, в том числе с лицами старшего «поколения»;
- анализ качества диспансерного наблюдения.

С августа 2002 г. в динамике отмечено сокращение вызовов на 12-15 %, в том числе отмечается сокращение повторных вызовов к хроническим больным в 2 раза.

Произошло также изменение структуры вызовов. Так, если раньше отмечались вызовы практически по всем нозологическим формам, то в настоящее время четко выделяются три основные нозологии: бронхиальная астма (приступный период), гипертоническая болезнь и онкологические заболевания. Анализ позволил выявить причину обращений на СП:

- невыполнение больными назначенного лечения — 20 %;
- хроническое непрерывное рецидивирующее течение заболеваний (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма) — 28 %;
- невозможность приобретения медикаментов, в том числе по льготным рецептам — 36 %;
- несвоевременность перевода больных на стационарный этап или стационаро-замещающие технологии — 1 %;
- несвоевременная коррекция лечения — 8 %;
- больные с хронической болью (онкологические больные) — 0,3 %;



- необоснованные вызовы — 5,2 %.

Персонифицированная информация о выписанных больных из стационара на этапы долечивания в амбулаторно-поликлинические учреждения

При выписке больного из стационара на долечивание, в амбулаторно-поликлиническое учреждение по электронной почте передается информация из базы данных о пролеченных в стационаре.

Информация о пациенте, который должен появиться в поликлинике, поступает участковому врачу (паспортная часть, диагноз, дата поступления в стационар, дата выписки, вид госпитализации, социальный статус, код стационара).

Оперативность предоставления информации позволяет без потерь отслеживать потоки больных

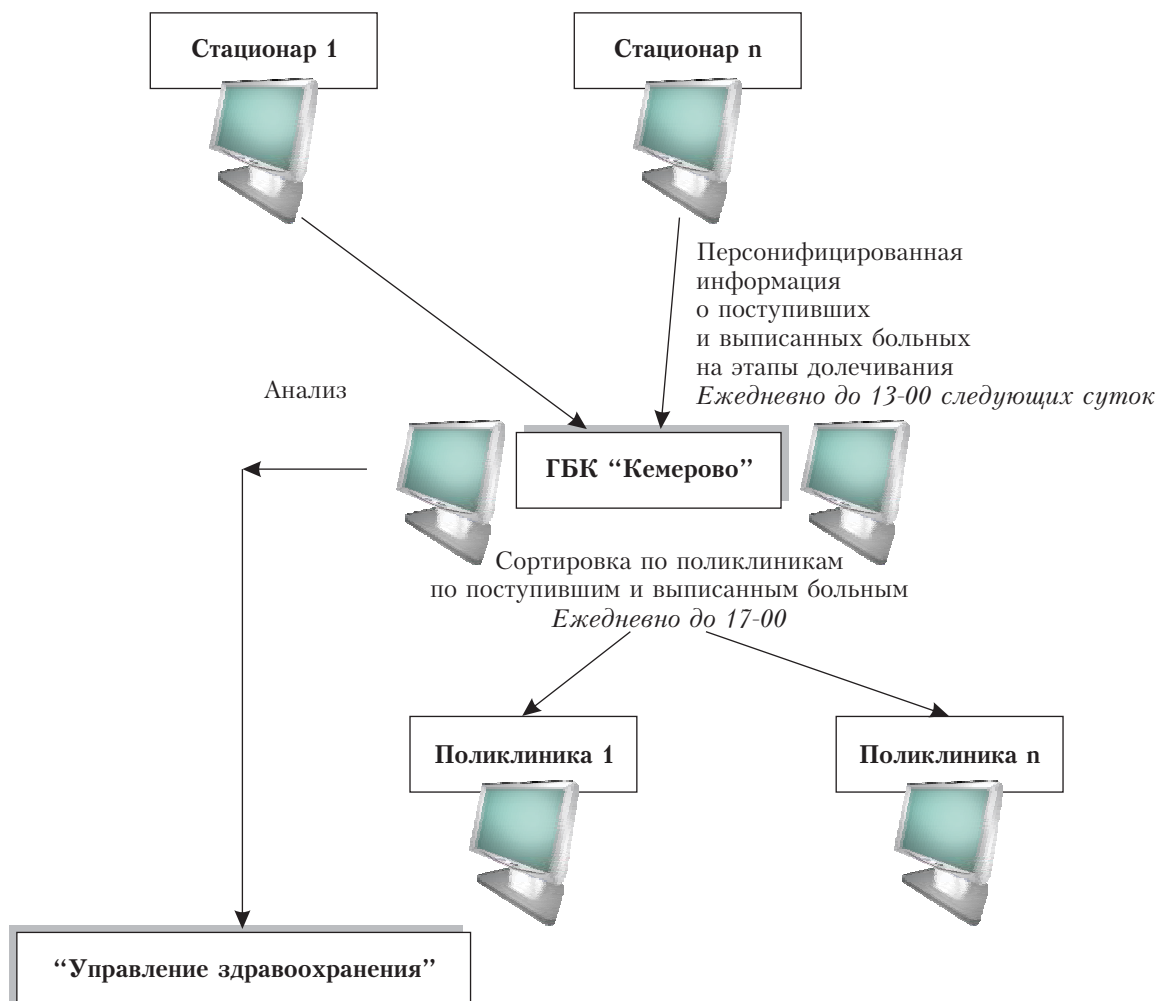
после выписки из стационара, сохранять принцип преимущественности в оказании медицинской помощи на различных этапах, повышать медицинскую и социальную реабилитацию хронических больных.

Таким образом, можно сделать вывод, что оперативная передача информации в поликлиники города о вызовах на ССМП, о выписанных больных из стационара на этапы долечивания посредством современных информационных технологий, позволяет:

- оптимизировать работу службы ССМП, участковой сети;
- без потерь отслеживать потоки больных после выписки из стационара;
- улучшить качество оказания медицинской помощи больным с хронической патологией;
- снизить финансовые затраты здравоохранения города.

Схема

Информационные потоки по преимущественности ведения больных





А.А. МАНДРОВ, Г.И. ЧЕЧЕНИН

*Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,
Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний СО РАМН,
Государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк*

К ВОПРОСАМ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС

В системе обязательного медицинского страхования (ОМС), которая успешно апробирована в РФ и действует в Кемеровской области с 1991 года, задействовано значительное количество субъектов и средств. Финансовое обеспечение охраны здоровья населения на муниципальном уровне складывается из многих источников финансирования на основании нормативов, выведенных по средним показателям на душу населения. Органы субъектов Федерации и местного самоуправления формируют государственный, муниципальный заказы, в которых определены объемы медицинской помощи и источники финансирования. Проблемы, между тем, остаются. Одна из главных — это недостаточное удовлетворение потребностей населения в качественной медицинской помощи вследствие дефицита бюджетного финансирования, то есть недостаток средств в целом и неэффективное использование имеющихся средств. Большая часть из них расходуется на заработную плату медицинских работников. При том неоправданно низок процент отчислений от фонда оплаты труда в фонды ОМС, постоянные задержки и неплатежи со стороны работодателей — предприятий и организаций. Явно недостаточно средств (30-40 % от потребностей) перечисляется в фонд ОМС на неработающее население. Соответственно, страдает качество медицинской помощи, снижается доступность бесплатной помощи для целых групп населения, ухудшается здоровье людей.

Такая сложная многоуровневая система, как ОМС, требует квалифицированного управления и отлаженного информационного обеспечения. Много здесь уже сделано и работает: тщательно учитываются финансовые потоки, имеется информация по каждому застрахованному и внесенным страховым суммам. В банках данных есть сведения обо всех субъектах, участвующих в функционировании фондов ОМС: ЛПУ, страховых организациях, других медицинских учреждениях. Организуется их взаимодействие, обрабатываются данные о характере и количестве оказанных медицинских услуг и их стоимости. То есть, задействуется большой объем статистики. Наконец, проводится постоянный контроль своевременности и качества предоставления лечебных и профилактических услуг. Большое значение имеет информация об организационных формах и формах оплаты труда в условиях ОМС.

Отдельно стоит рассмотреть проблему обеспечения информацией о современных новых технологиях. Одна из целей — улучшение качества медицинской помощи путем повышения эффективности имеющихся средств. Введение новых информационных технологий позволит вывести качество медицинских услуг на более высокий уровень и снизить затраты фондов ОМС. Медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ) в настоящее время занимаются разработкой и модернизацией информационных систем в здравоохранении. Модернизированная информационная система позволит более оперативно реагировать на изменения потребностей населения в лечебных и профилактических процедурах, скорректировать их стоимость на данном этапе, устранить или уменьшить влияние негативных факторов.

Можно выйти с предложением о целенаправленном выделении части средств из фондов ОМС (порядка 0,5-1 %) на создание БД по новым технологиям и обучение им врачей, задействованных в системе ОМС. Обучение возможно организовать на базе Новокузнецкого ГИДУВа. Все вновь полученные данные по новым технологиям необходимо анализировать в динамике, постоянно обновлять БД. В научной периодике, в Интернет регулярно появляются данные о новых технологиях, отраженные в патентах, диссертациях, рацпредложениях. Пора привыкнуть, что мы существуем в едином информационном пространстве. Все новинки становятся намного доступнее, чем прежде. Целесообразным выглядит регулярный обзор и анализ новых мировых тенденций в развитии системы ОМС, которые отражены в статьях, публикуемых в Интернет. Надо только вовремя находить полезное в потоке информации и обдумывать, как поставить это себе на вооружение.

В ряде европейских стран (Франции, Швеции и других) медицинские страховые фонды существуют уже давно, и там накоплен большой опыт, которым не зазорно воспользоваться. Ни к чему повторять ошибки других, выбирать неверные пути, когда этого можно избежать. Так, например, в экономически высокоразвитом Тайване среди врачей наблюдается неудовлетворение национальной системой страховой медицины и средой их профессиональной деятельности по следующим причинам: претензии по поводу небрежного лечения, запутанность медицинских исков, сверхурочная



работа, снижение зарплаток, трудность в найме на работу медицинских сестер и неравенство между профилактической и практикующей медициной.

При анализе результатов исследования, опубликованных в Интернет, можно получить ценную информацию и провести корректировку некоторых организационных и финансовых действий с целью снижения уровня неудовлетворенности медицинских работников в условиях страховой медицины.

Если вести регулярный и целенаправленный поиск, можно наполнить БД свежей информацией, имеющей непосредственное значение для функционеров, занимающихся формированием и обслуживанием фондов ОМС: врачей, управленцев, экономистов, юристов, статистиков. И снова здесь возникает проблема единого информационного пространства: надо наладить информационный взаимообмен для всех субъектов системы медицинского страхования. Не секрет, зачастую существует ограничение санкционированного доступа к БД разных ведомств и компаний. Поэтому некоторые важные действия совершаются изолированно, без учета параллельных сопутствующих факторов. Стоит продумать вопросы регламентирования пользования и передачи информации, полномочия лиц, имеющих право доступа, наконец, оплаты за использование информации. Не стоит забывать, что в современном мире нет ничего дороже информации.

Владея достоверной и оперативной информацией, можно избежать лишних затрат и принятия неверных решений, что очень важно в масштабах такой огромной страны, как Россия, или такой густонаселенной и экономически развитой территории, как Кемеровская область.

Еще один важный аспект информационного обеспечения функционирования фондов ОМС — это предоставление информации населению. Пациент имеет право на информацию, в том числе и о том, куда уходят деньги, аккумулируемые в фондах ОМС. Эффективность использования средств страховой медицины пациент испытывает на себе, обращаясь в поликлинику или пребывая на лечении в стационаре. Неполучение удовлетворительного лечения или диспансерной помощи означает нарушение гражданского права на медицинскую помощь, которое призваны обеспечивать фонды ОМС.

За рубежом постоянно проводятся исследования фактора удовлетворенности клиентов, получающих медицинские услуги. Например, предлагается к изучению тенденция рассматривать пациентов лечебных учреждений в качестве «заказчиков» услуг. Такое метафоричное определение отношений «врач-пациент» существует как при оценке удовлетворенности процессом медицинской помощи,

так и при оценке удовлетворенности исходом лечения. Есть теоретические причины оценки данной концепции с различных точек зрения. Выглядит разумным предложить пациентам составить рейтинг их удовлетворенности процессом оказания помощи или предоставленными услугами (например, питанием в больнице, средой пребывания) точно так же, как они составляли бы рейтинг услуг автомастерской или ресторана. При оценке удовлетворенности исходом лечения, однако, метафора «клиент-заказчик» выглядит проблематично, поскольку тело пациента приходится рассматривать как механизм, претерпевший ремонт. Скорее, вопрос оценки удовлетворенности исходом лечения будет лежать в плоскости психологических, социальных и экспериментальных аспектов.

Весьма существенную помощь функционерам фондов ОМС может оказать именно подобная информация, характеризующая степень эффективности созданной и управляемой ими системы со стороны их непосредственных клиентов — людей, обратившихся за медицинской помощью. С позиции чистой информатики, анализ результатов исходов лечения позволит объективно оценить последствия принятых решений. Затем осуществить динамический компьютерный анализ возможных последствий принимаемых решений, минимизировать влияние ряда негативных факторов. Все рассмотренные выше вопросы в конечном счете подняты для того, чтобы способствовать достижению главных целей: оптимизировать функционирование системы обязательного медицинского страхования, совершенствовать информационное обеспечение ОМС, привести отечественную ОМС в соответствие уровню информационных систем на современном этапе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чеченин, Г.И. Проблемы научного обоснования финансового обеспечения охраны здоровья населения в экологически неблагоприятных регионах /Чеченин Г.И. //Матер. XXXVI науч. конф. «Бессоненковские чтения» НИИ КППЗ СО РАМН. — Новокузнецк, 2002. — С. 27-33.
2. Hudak, P.L. The metaphor of patients as customers: implication for measuring satisfaction /Hudak P.L., Mc Keever P., Wright J.G. //J. Clin. Epidemiol. — 2003. — № 56(2). — P. 103-108.
3. Lin, H.C. Factors related to dissatisfaction with the National Health Insurance among primary care physicians in Taiwan /Lin H.C., Chang W.Y., Tung Y.C. //Chang. Gung. Med. J. — 2003. — № 26(2). — P. 81-90.
4. Miller, E.A. The technical and interpersonal aspects of medicine: effects on doctor-patient communication /Miller E.A. //J. Telemed. Telecare. — 2003. — № 9(1). — P. 1-7.
5. Portoni, L. User-oriented views in health care information systems. /Portoni L., Combi C., Pincioli F. //IEEE Trans. Biomed. Eng. — 2003. — № 49(12). — P. 1387-1398.



Г.И. ЧЕЧЕНИН, Н.М. ЖИЛИНА, В.В. РАЗУМОВ, Л.В. ЦАЙ
*Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены
и профессиональных заболеваний СО РАМН,
Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, г. Новокузнецк*

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ШАХТЕРОВ

В стране, в Кузбассе и, в частности, в г. Новокузнецке идет реструктуризация угольной отрасли, сопровождающаяся сокращением числа работающих. Появилась насущная необходимость решать возникающие при увольнении рабочих проблемы их медико-социальной реабилитации. Психологический стресс от увольнения, а также профессиональные и профессионально-обусловленные заболевания шахтеров (пылевая патология легких, вибрационная болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата от перенапряжения, тугоухость и др.) без проведения медико-социальной реабилитации вызывают дальнейшее ухудшение здоровья и затрудняют адаптацию к социально-активной жизни бывшего шахтера. Вследствие этого увеличивается потребность в медицинской помощи, что обуславливает увеличение затрат здравоохранения. Данная проблема усугубляется неблагоприятной социально-экономической ситуацией нашего региона, дефицитом финансирования за счет средств ОМС и, в большей степени, за счет бюджета.

Решение проблемы предполагает комплексную научно-практическую оценку и анализ здоровья шахтеров, а также их медико-социальную реабилитацию путем использования различных источников финансирования: ОМС, бюджета, средств работодателей и т.п. Практическая реализация данного предложения возможна путем разработки целевой комплексной программы «Диспансеризация и медико-социальная реабилитация шахтеров» с адекватным информационным обеспечением управления программой.

Структурно программа состоит из четырех блоков: «Медицинская реабилитация», блок научно-исследовательских работ (НИР), «Социальная реабилитация» и системообразующий блок «Информационное обеспечение». Медицинская реабилитация включает в себя комплекс мероприятий, связанных с оценкой здоровья шахтеров в клинике института профессиональных заболеваний (НИИ КПГ и ПЗ), где проводится обследование состояния здоровья, определяется индивидуальная потребность в лечении, и выдаются необходимые рекомендации. Здесь начинает формироваться персонифицированный компьютерный регистр на данные контингенты.

Блок НИР предполагает расширение исследований по проблемам охраны здоровья шахтеров. Это мониторинг здоровья, иммунологические и генетические исследования, изучение динамики потерь здоровья, выявление влияния окружающей среды на здоровье человека на основе оценки рисков с учетом гигиенической оценки условий труда и трудового процесса. Проводится оценка, анализ и предпроектная подготовка освоения новых угольных месторождений и закрытия нерентабельных шахт, выдается эколого-гигиеническая экспертиза существующих проектов. Обосновывается создание системы профилактики профессионально обусловленных заболеваний и выбора индивидуальной терапии и системы предельного контроля для прогнозирования состояния здоровья отдельных контингентов: водителей большегрузных автомобилей, операторов шахтовых комбайнов и др. Ведется изучение проблем безработицы, разработка новых технологий управления окружающей производственной средой и трудовым процессом, направленная на снижение потерь здоровья и рациональное использование трудовых ресурсов.

Информационный блок предназначен для сравнения адекватного информационного обеспечения. Он содержит информацию о численности контингентов и потребностях в реабилитации, электронный вариант истории болезни, персонифицированную динамическую информацию о развитии патологического процесса и реабилитации. Информационная система предполагает проведение автоматизированного анализа заболеваемости и смертности по причинам, возрастной структуре, генетическим признакам.

Блок «Социальная реабилитация», прежде всего, определяет потребность в реабилитационных мероприятиях, доводит информацию до исполнителей, обеспечивает контроль и оценку их эффективности.

С разработкой и внедрением комплексной программы повышается эффективность управления. Это достигается за счет объективности и однородности информации, устранения ее дублирования с переходом к использованию современных информационных баз, оперативности представления информации на различные уровни управления, повышения эффек-



тивности научных исследований и управленческих решений, выявления конкретных популяционных групп риска по видам заболеваний.

Ожидаемые конкретные конечные результаты: помощь конкретному человеку в улуч-

шении состояния здоровья и социальной адаптации, снижение профессиональной и производственно обусловленной заболеваемости на 5-7 %, сокращение выхода на инвалидность на 3-5 %, увеличение социально-активной жизни на 2-3 года.





Т.И. ШВЕЦ, Г.Н. ЦАРИК, И. Я. ХАЙНОВСКАЯ,
О.Л. РЫТЕНКОВА, К.В. ШИПАЧЕВ, Д.Г. ДАНЦИГЕР
*Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области,
Институт социально-экономических проблем здравоохранения,
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Губернский Центр страхования,
МУ Городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк*

ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Жесткие экономические условия функционирования и развития здравоохранения обуславливают целесообразность внедрения новых форм управления отраслью. На сегодняшний день необходимо добиться, чтобы результаты деятельности системы здравоохранения и финансовые затраты на эти цели находились в прямой зависимости. Одной из таких форм является создание системы управления обеспечением качества в здравоохранении.

Оценка качества оказания медицинской помощи является одним из ведущих факторов, определяющих принятие управленческих решений в целях повышения ее качества.

Система управления обеспечением качества медицинской помощи строится с учетом компетенции ее участников и возможности их взаимодействия.

Основными участниками системы управления обеспечением качества медицинской помощи на территории Кемеровской области являются:

- Администрация области;
- Департамент охраны здоровья населения;
- органы управления здравоохранением городов и районов;
- лечебно-профилактические учреждения;
- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования;
- страховые медицинские организации;
- профессиональные медицинские ассоциации, общества;
- страхователь;
- Департамент социальной защиты населения;
- Общество защиты прав потребителей;
- гражданин;
- Кемеровское территориальное управление Министерства антимонопольной политики и поддержки предпринимательства;
- центры стандартизации, метрологии, сертификации;
- центр контроля качества лекарственных средств;
- центры Госсанэпиднадзора.

Условия функционирования системы предусматривают определение компетенции ее участников в области повышения качества медицинских услуг.

Методика оценки качества медицинской помощи строится на основе субъективной и объективной оценки. Изучение удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощи проводится на основании скрининговых социологических исследований.

Оценку удовлетворенности пациентов предлагается осуществлять по следующим позициям:

- доступность амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (организационные аспекты);
- профессионализм врачей и среднего медицинского персонала;
- состояние материально-технического обеспечения;
- состояние санитарно-противоэпидемического режима;
- организация питания;
- лекарственное обеспечение;
- соблюдение медицинским персоналом этических и деонтологических норм;
- адекватность медицинской помощи;
- деятельность лечебно-профилактического учреждения.

Для проведения скрининговых социологических исследований используется специальная анкета. Социологические исследования проводятся путем единовременного или текущего сбора информации сплошным или выборочным способом, в зависимости от мощности лечебно-профилактического учреждения и целей исследования.

Материалы социологических исследований могут служить обоснованием для углубленной экспертной оценки ситуации в целях ее объективизации.

Для субъективной интегральной оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью используется нижеприведенная формула, а также пятибалльная шкала оценки, применительно к каждой изучаемой позиции:

$$\text{ОУП} = \text{ДМП} + \text{УКП} + \text{МТО} + \text{СПЭР} + \\ + \text{ОП} + \text{ЛО} + \text{СЭДН} + \text{АОМП} + \text{ДР};$$

где

ОУП — оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи,

ДМП — доступность медицинской помощи,



- УКП — укомплектованность, профессионализм медицинского персонала,
О — материально-техническое обеспечение,
СПЭР — санитарно-противоэпидемический режим,
ОП — организация питания (оценивается в стационарах),
ЛО — лекарственное обеспечение,
СЭДН — соблюдение этических и деонтологических норм,
АОМП — адекватность оказания медицинской помощи,
ДР — достижение результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации.

Описанную методику следует рассматривать как начальный этап оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи.

Для углубленной оценки положения дел по вышеперечисленным позициям предлагается использовать соответствующие объективные методики. Оценка ситуации в таком случае проводится с участием экспертов.

Для углубленной объективной оценки качества медицинской помощи предлагается использовать среднюю величину выраженных в баллах оценок критериев (К), характеризующих доступность медицинской помощи ($K_{ДМП}$), укомплектованность, квалификацию, профессионализм медицинского персонала ($K_{УКП}$), материально-техническое обеспечение ($K_{МТО}$), санитарно-противоэпидемический режим ($K_{СПЭР}$), организацию питания ($K_{ОП}$), лекарственное обеспечение ($K_{ЛО}$), соблюдение этических и деонтологических норм ($K_{СЭДН}$), адекватность оказания медицинской помощи ($K_{АОМП}$), достижение результата диагностики, профилактики, лечения, реабилитации ($K_{ДР}$).

В соответствии с изложенным, для углубленной объективной оценки качества медицинской помощи (УОК) целесообразно использовать приведенную ниже формулу и шкалу экспертных оценок (таблица 1):

$$УОК = K_{ДМП} + K_{УКП} + K_{МТО} + K_{СПЭР} + K_{ОП} + K_{ЛО} + K_{СЭДН} + K_{АОМП} + K_{ДР}$$

Таблица 1
Шкала экспертных оценок

Удельный вес пациентов, медицинская помощь которым была оказана в соответствии с правилами и условиями Территориальной программы государственных гарантий (в %)	Балльная оценка (рейтинг)
более 85	5
70-84	4
55-69	3
40-54	2
менее 40	1

Представленная шкала используется для всех рассматриваемых позиций углубленной оценки качества медицинской помощи.

Оценку качества медицинской помощи следует проводить с учетом эффективности использования ресурсов и объемов финансирования учреждения.

Определение эффективности использования ресурсов

Эффективность использования ресурсов определяется экспертом, с учетом специфики деятельности ЛПУ и использованием приведенного ниже примерного перечня показателей:

- мониторинга выполнения планов-заданий;
- уровня госпитализации;
- соотношения пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания;
- числа обращений на станцию скорой медицинской помощи;
- частоты экстренной госпитализации;
- продолжительности пребывания в стационаре;
- отношения начисленного ФОТ к количеству пролеченных больных;
- анализа стоимости койко-дня.

Коэффициент эффективности использования ресурсов рассчитывается по формуле:

$$K_{ЭИР} = \frac{ВПЗ + ОУГ + СП + ОС + ЭГ + ППС + ОНФ + СКД}{где}$$

$K_{ЭИР}$ — коэффициент эффективности использования ресурсов,

ВПЗ — выполнение плана-задания учреждением,

ОУГ — оценка уровня госпитализации,

СП — соотношение пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания,

ОС — оценка частоты обращений на СМП,

ЭГ — оценка частоты экстренной госпитализации,

ППС — анализ продолжительности пребывания в стационаре,

ОНФ — отношение начисленного фонда оплаты труда к пролеченным больным,

СКД — анализ стоимости койко-дня.

Оценка выполнения плана-задания ЛПУ (ВПЗ) проводится на основании определения соотношения фактически оказанных и плановых объемов медицинской помощи. Полученный показатель высчитывается в процентах и переводится в баллы с использованием оценочной шкалы (табл. 2).

При рассмотрении уровня госпитализации (ОУГ) определяется величина отклонения фактического показателя от нормативного. Полученный результат соотносится с нормативным значением показателя и выражается в процентах. Вычисленная величина сравнивается с данными таблицы 3 и представляется в баллах.



Таблица 2

Шкала экспертных оценок для показателей, характеризующих выполнение плана-задания (ВПЗ)

Величина показателей ВПЗ (в %)	Оценка в баллах
95 и >	5
90-94	4
81-89	3
71-80	2
менее 70	1

Таблица 3

Шкала экспертных оценок для показателей, характеризующих уровень госпитализации (ОУГ), соотношение числа пролеченных в дневном стационаре и стационаре круглосуточного пребывания (СП), частоту обращений на станцию скорой медицинской помощи (ОС)

Величина показателей ОУГ, СП, ОС (в %)	Оценка в баллах
До 5	5
6-10	4
11-15	3
16-20	2
21-25	1
Более 25	0

В процессе оценки соотношения пролеченных в дневном стационаре и стационаре с круглосуточным пребыванием, рассчитывается коэффициент названного соотношения в процентах. Балльная оценка проводится с учетом величины отклонения от утвержденного управлением здравоохранения норматива, для чего используется вышеназванная таблица.

Для оценки частоты экстренной госпитализации определяется удельный вес отклонений случаев экстренной госпитализации (без основания) от норматива, с последующей оценкой результата в баллах (табл. 4).

Таблица 4

Шкала экспертных оценок для показателей, характеризующих удельный вес экстренной госпитализации (без основания) (ЭГ), продолжительность пребывания в стационаре (ППС), отклонение начисленного фонда оплаты труда к количеству пролеченных больных (от утвержденного согласительной комиссией) (ОНФ), снижение стоимости койко-дня из-за превышения объемов медицинской помощи (СКД)

Величина показателей ЭГ, ОГ, ППС, ОНФ, СКД (в %)	Оценка в баллах
До 10	5
11-15	4
16-25	3
26-30	2
31-40	1
40 и более	0

Аналогичным образом оцениваются:

- средняя длительность пребывания в стационаре;
- отклонение числа ФОТ к количеству пролеченных больных (от утвержденного согласительной комиссией);
- снижение стоимости койко-дня из-за превышения объемов медицинской помощи.

На основании субъективной и углубленной объективной оценки качества медицинской помощи, а также данных оценки эффективности использования ресурсов лечебно-профилактических учреждений, формируется интегральная оценка качества медицинской помощи в ЛПУ.

Таким образом, интегральная оценка качества медицинской помощи в ЛПУ вычисляется по формуле:

$$ИОК = ОУП + УОК + ЭИР;$$

где

ИОК — интегральная оценка качества медицинской помощи,

ОУП — оценка удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи,

УОК — углубленная объективная оценка качества медицинской помощи,

ЭИР — оценка эффективности использования ресурсов.

Оценка финансирования лечебно-профилактического учреждения

Оценка финансирования лечебно-профилактического учреждения проводится в двух аспектах, с учетом финансирования за счет бюджетной системы и с учетом финансирования за счет предпринимательской деятельности.

При оценке финансирования за счет бюджетной системы определяется отношение фактического финансирования заказа-задания к плановому (ФП) и отношение запланированного объема финансирования к нормативному, установленному с учетом потребности за три года (ФН) (табл. 5).

Таблица 5
Шкала экспертных оценок бюджетного финансирования

Величина показателей ФП и ФН (в %)	Оценка в баллах
95 и >	5
90-94	4
81-89	3
71-80	2
менее 70	1

Для оценки финансирования за счет предпринимательской деятельности вычисляется отношение финансовых средств, полученных за счет этого вида деятельности, к плановому объему его



финансирования в рамках программы госгарантий (ФПП). Оценка финансирования за счет предпринимательской деятельности проводится при условии выполнения плана-задания.

Таблица 6
Шкала экспертных оценок финансирования за счет предпринимательской деятельности

Величина показателей ФПН и ФПП (в %)	Оценка в баллах
30 и более	5
20-29	4
10-19	3
5-9	2
до 5	1

Таким образом, оценка финансирования осуществляется с использованием формулы:

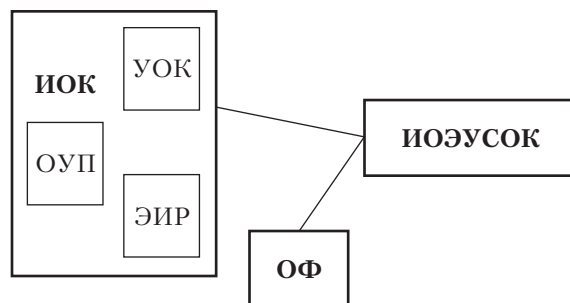
$$ОФ = ФП + ФН + ФПП;$$

где

- ОФ — оценка финансирования (в баллах),
 ФП — отношение фактического финансирования заказа-задания к плановому (в баллах),
 ФН — отношение запланированного объема финансирования к нормативному, установленному с учетом потребности за три года (в баллах),
 ФПП — отношение денежных средств, заработанных путем предпринимательской деятельности, к плановому объему финансирования плана-задания (в баллах).

Для интегральной оценки эффективности управления системой обеспечения качества в ЛПУ необходимо учесть уровень качества медицинской помощи, обусловленный использованием внутренних ресурсов учреждения на фоне финансирования ЛПУ за счет бюджетной системы и предпринимательской деятельности. Схема алгоритма оценки эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ представлена на схеме.

Схема
Алгоритм оценки эффективности управления системой обеспечения качества в ЛПУ



- ОУП — оценка удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи;
 УОК — углубленная объективная оценка качества медицинской помощи;
 ЭИР — оценка эффективности использования ресурсов;
 ОФ — оценка финансирования;
 ИОЭУСОК — интегральная оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи

Определение интегральной оценки эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ проводится с использованием формулы:

$$ИОЭУСОК = ИОК + ОФ;$$

где

- ИОЭУСОК — интегральная оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи;
 ИОК — интегральная оценка качества медицинской помощи;
 ОФ — оценка финансирования.

Результаты интегральной оценки эффективности управления системой обеспечения качества медицинских услуг могут быть представлены в виде таблицы (табл. 7).

Таблица 7
Оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ (в баллах)

Название ЛПУ	Оценка удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи (ОУП)	Углубленная объективная оценка качества медицинской помощи	Оценка эффективности использования ресурсов (ЭИР)	Интегральная оценка качества медицинской помощи (ИОК)	Оценка финансирования (ОФ)	Интегральная оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ (ИОЭУСОК)
*	*	*	*	*	*	*

Примечание: Интегральная оценка эффективности управления системой обеспечения качества медицинской помощи в ЛПУ (с учетом рассмотренных позиций) в идеальных условиях составит 145 баллов



Д.Г. ДАНЦИГЕР, Л.П. ХАРИТОНОВА, Н.М. ПЬЯНКОВА,
С.В. ПАВЛОВА, И.А. ДЕМИН

МЛПУ Городская клиническая больница № 1, г. Новокузнецк

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Качество медицинской помощи в крупном лечебном учреждении зависит от множества различных факторов.

Их систематизация и организация управления соответствующими процессами является важным шагом в создании системы управления обеспечением качества медицинской помощи.

Такая работа ведется в городской клинической больнице № 1 по нескольким направлениям.

Огромную роль в организации эффективной и качественной медицинской помощи играет клинико-экспертный отдел. Основным разделом работы отдела является контроль качества медицинской помощи.

Под медицинской помощью мы понимаем комплекс диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий, осуществляемых по установленным нормативными документами МЗ РФ и территориального органа здравоохранения технологиям с целью достижения конкретных результатов. То есть, медицинская помощь — многофакторный процесс, а, следовательно, ее оценка, контроль, обеспечение и улучшение должны осуществляться многопрофильной группой.

Этот принцип заложен в структуре самого отдела, состоящего из специалистов разного профиля (терапевт, хирург, травматолог), а также в участии в его работе (на функциональной основе) врачей других специальностей (в том числе параклиницистов).

Использование для контроля качества медицинской помощи автоматизированной технологии (АТО КМП) позволяет не только выявить дефекты в ее оказании, но и установить причины возникновения и их последствия (состояние пациента, социальные ресурсы, ресурсы здравоохранения и т.д.).

Знание причин дает возможность планировать и проводить мероприятия по их устранению, знание последствий — определить их значимость, что необходимо при планировании очередности их проведения.

Так, например, при анализе летальных исходов у сосудистых пациентов за I-е полугодие 2002 г. были выявлены дефекты (врачебные ошибки — ВО) в оказании медицинской помощи. Причинами дефектов явились недостатки в организации этой помощи (большое число консультаций и обследований осуществлялось дежурными врачами, не было должного взаимодействия меж-

ду клиницистами и параклиницистами, не использовались возможности консилиумов, не всегда привлекались сотрудники кафедр).

Устранение только части этих причин, по результатам повторной проверки (за I-е полугодие 2003 г.), позволили уменьшить ошибки диагностики на 18,7 %. Увеличилось количество диагностированных ТЭЛА, пневмоний (как клинически, так и инструментальными методами), которые играют не последнюю роль в исходе у данной категории пациентов. Это дало возможность своевременно принять меры по их лечению и, как результат, летальность у сосудистых больных уменьшилась с 3,5 в 2002 г. до 3,0 в 2003 г.

Другим важным направлением деятельности по организации структуры управления качества медицинской помощи является реорганизация санитарно-профилактического отдела больницы.

При реорганизации отдела был реализован ряд новых принципов организации работы госпитальных эпидемиологов и эпидемиологического надзора в ЛПУ:

- создание в больнице единого центра по профилактике и борьбе с внутрибольничными инфекциями (ВБИ);
- введение в состав отдела, как функционального подразделения, централизованного стерилизационного отделения (ЦСО);
- в отдел введено 0,5 ставки врача-инфекциониста для выполнения консультаций в стационаре.

Проведенная реорганизация привела к созданию принципиально нового структурного подразделения. Специализированные отделы по профилактике внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях пока еще редкость (в Новокузнецке только в 2-х больницах), и в ЛПУ работают, в основном, отдельные специалисты по госпитальной эпидемиологии.

В таком же составе, как он организован в 1-й больнице, санитарно-профилактический отдел не имеет аналогов в Российской Федерации. Наиболее организационно значимый шаг в создании такого отдела — это сведение в едином подразделении эпидемиологического надзора за ВБИ и централизованной стерилизации. Несмотря на сложившиеся стереотипы в организации этих направлений в работе ЛПУ, такое решение позволяет:



- улучшить контроль за проведением стерилизационных мероприятий в целом по больнице;
- более адекватно подбирать методы стерилизации для различных предметов медицинского назначения;
- оптимизировать график работы ЦСО и сделать более доступной экстренную стерилизацию.

Кроме того, санитарно-профилактическим отделом проводится постоянный мониторинг инфекционной безопасности.

Разработана система оценки инфекционной безопасности, позволяющая отслеживать деятельность отделений по таким параметрам, как:

- регистрация инфекционной заболеваемости и передача информации по ней;
- выполнение санэпидрежима медперсоналом;
- сбор эпиданамнеза и профилактические исследования;
- соблюдение правил забора, хранения и транспортировки бактериологических анализов;
- обучение персонала принципам инфекционной безопасности лечебно-диагностического процесса.

Третье направление — создание службы клинических фармакологов.

Основные результаты деятельности этой службы:

- организован формулярный комитет (ФК) больницы, ведется работа по созданию больничного формулярного списка лекарственных средств на основе формуляров клинко-диагностических отделений;
- введен мониторинг “Безопасность Лекарств”: круглосуточная регистрация нежелательных лекарственных реакций и система мер по их предупреждению; наша больница — единственная больница в городе, в которой учитываются побочные реакции;
- ведется плановая экспертиза медикаментозной терапии стационарных больных;
- сложные больные консультируются по заявкам лечащих врачей и заведующих отделениями;
- на протяжении последнего года качественно улучшился ассортимент лекарственных препаратов.





М.И. ЛИКСТАНОВ

МУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. АНКЕТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГКБ № 3

В современных условиях медицинская услуга приобрела свойство товара и стала подчиняться законам рынка. Как и любая услуга, она обладает потребительскими свойствами, одним из которых является качество.

Проведенное Центром обучения руководящих кадров НПО «МЕДСОЦЭКОНОМИНФОРМ» МЗ РФ исследование выявило необходимость серьезной подготовки медиков по вопросам обеспечения, управления и совершенствования качества оказываемых населению медицинских услуг. Анализ полученных данных свидетельствует о понимании необходимости внедрения системы качества в деятельность ЛПУ.

Нужно отметить, что проблема качества медицинской помощи существовала всегда, и на каждом этапе развития здравоохранения применялись меры с целью ее контроля и улучшения. Существуют приказы, нормативы, ГОСТы, методические рекомендации, направленные на повышение качества оказания медицинских услуг.

В настоящее время в информационном письме «Экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС. Состояние и перспективы развития», выпущенном Санкт-Петербургским научно-внедренческим медицинским объединением «Центр качества и квалификации» в 1995 г., дается определение качества: «Качество медицинской помощи — это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, то есть способности врача снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской системой».

Качество представления медицинских услуг оценивается с трех классических позиций: качество структуры, качество процесса, качество результата.

Так, удовлетворенность пациентов традиционно оценивается по жалобам и письмам в различные инстанции. В итоге мы получаем не объективные данные, а информацию только о крайних отклонениях в лечении больного и об отрицательном результате.

Действительную же ситуацию, которая включает как положительные, так и отрицательные мо-

менты, могут обрисовать качественно-количественные исследования, одним из методов которых является анкетирование.

Необходимость в разработке анкет, где оценивались бы не только уровень медицинской помощи, но и качество обследования, отношение к больному со стороны медицинского персонала, обеспеченность медикаментами, работа врачей и т.д., назрела в ГКБ № 3 более пяти лет назад. А на протяжении последних трех лет подобное исследование проводится в нашей больнице системно и регулярно.

За это время разработано более пяти вариантов опросных листов, где пациентам предлагается оценить удовлетворенность результатами медицинской помощи, удовлетворенность отношением лечащего врача, медсестер и санитарок, удовлетворенность качеством обследования, удовлетворенность лекарственным обеспечением, оценивается время ожидания госпитализации в приемном покое до 30 мин., до 60 мин. и более 60 минут. Важным, на наш взгляд, является оценка пациентом той информации, которую он получает от врачей и медицинских сестер. Помимо всего перечисленного, пациентам предлагается внести свои предложения по улучшению работы отделения и больницы в целом.

За период с 25.06.2003 г. по 31.08.2003 г. в приемном отделении больницы проводилась оценка качества оказания медицинской помощи. Пациентам предлагалось оценить первое впечатление о больнице, то, насколько быстро были проведены осмотр и обследование, время ожидания госпитализации в приемном покое, удовлетворенность отношением врача и медсестер. Также можно было внести свои предложения по улучшению работы отделения.

В итоге можно сказать, что анкетирование дало положительные результаты, большинство пациентов имеют благоприятное впечатление о приемном отделении ГКБ № 3, довольны качеством и оперативностью оказания услуг, отношением персонала.

Таким образом, анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.





Л.Г. ШЕЙКИНА

Страховая медицинская организация Областная больничная касса «Кузбасс», г. Кемерово

РЕАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СМО ОБК «КУЗБАСС» ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННЫМ

Итоги 10 лет становления и совершенствования системы ОМС позволяют ответить на вопрос: нужна ли сегодня страховая организация?

Деятельность зарубежных страховых систем свидетельствует о том, что без активного влияния страховщиков на объем и структуру медицинской помощи здравоохранение неизбежно развивается на основе затратной модели.

В Законе «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» *пациент* объявлен равноправным субъектом медицинского страхования, обладающим правовым паритетом с другими субъектами медицинского страхования: страхователями, страховщиками и медицинскими учреждениями.

Регулирование гражданско-правовых отношений «*пациента-врача*» осуществляется через договоры медицинского страхования. Наличие третьей стороны, страховой медицинской организации, создает реальную правовую основу для регулирования взаимоотношений между потребителями и производителями медицинских услуг.

Защита прав граждан при получении медицинской и лекарственной помощи по обязательному медицинскому страхованию направлена на обеспечение доступности бесплатной медицинской помощи должного объема и качества. Для обеспечения данных гарантий существуют специальные механизмы защиты прав застрахованных. Технология защиты прав застрахованных в системе ОМС осуществляется на единой для всех субъектов области нормативно-законодательной основе.

Деятельность Страховой медицинской организации за 10 лет совершенствовалась. Сегодня СМО ОБК «Кузбасс» не ограничивается только оплатой медицинских услуг, контролем качества и защитой прав застрахованных.

На первое место выходит функция организации предоставления медицинской помощи застрахованным:

- планирование потоков пациентов и финансов;
- санкционирование (квотирование) дорогостоящих, альтернативных и других методов лечения и диагностики;
- анализ рационального использования медицинских услуг и финансовых ресурсов.

Реструктуризация здравоохранения и повышение рационального использования ресурсов се-

годня осуществляется усилиями как органов управления здравоохранения, так и страховщиков.

I. Организация защиты прав застрахованных

Отдел защиты прав застрахованных был создан в декабре 1993 г. впервые в практике страховых медицинских организаций Российской Федерации.

Технология защиты прав застрахованных, разработанная ОБК «Кузбасс», явилась основой Территориальной Российской модели защиты прав застрахованных в системе ОМС.

До 1993 г. практически не существовало действенной модели защиты прав пациентов. Появление такой модели в ОМС закономерно вызвало постоянно нарастающий поток обращений застрахованных, получающих защиту по конкретному случаю.

Обладая реальными механизмами, служба применяет как досудебную, так и судебную защиту прав застрахованных при получении медицинской и лекарственной помощи, обеспечивающую помощь застрахованным.

ОБК «Кузбасс», страхуя 64 % населения области, в том числе 71 % неработающего, наиболее потребляющего медицинскую помощь, обладает достаточной информацией для оценки состояния защиты интересов граждан в получении медицинской помощи.

По нашим данным (диаграмма 1), с 1994 г. количество обращений возросло с 1114 в 1994 г. до 23573 в 2002 г.

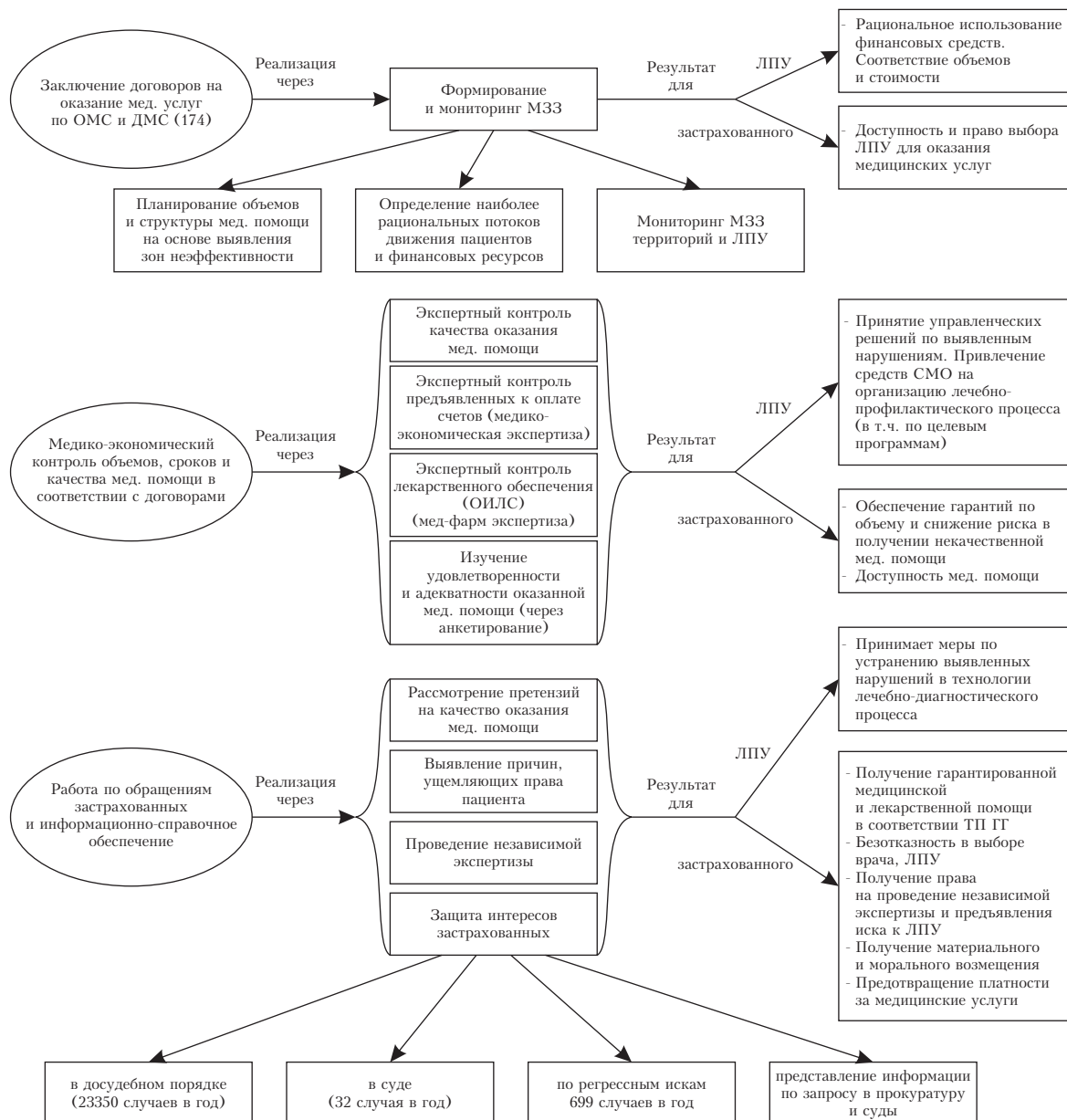
В досудебном порядке службой защиты прав застрахованных объективно доказана обоснованность обращений застрахованных в 84 % случаев, из них с материальным возмещением — в 25 % случаев, что является достаточным основанием считать службу защиты прав застрахованных действенной (диаграмма 2).

Судебная защита прав застрахованных подтверждает правильность выбранной тактики, а накопленный опыт судебной защиты позволяет добиться результатов. Участие ОБК «Кузбасс» в судебном процессе с данными экспертизы качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения в 70 % случаев приводит к положительному решению суда в пользу застрахованных.

Сумма возмещения затрат застрахованным в 2002 г. составила 4991744 рублей, что в 2,1 раза больше, чем в 2000 г. (диаграмма 4).

Схема

Механизмы реализации обязательств СМО ОБК "Кузбасс" по защите прав застрахованных



Размер денежного возмещения по СМО, в расчете на 1000 застрахованных, увеличился до 3341 рублей, что больше в 1,5 раза, чем в 2001 г. и в 2,5 раза по сравнению с 2000 г. (2199,5 рублей и 1320,4 рублей).

II. Контроль качества медицинской помощи

Экспертиза, как функция страховщика, это, в первую очередь, способ контроля расходования средств и, во вторую очередь, один из элементов общей системы защиты прав застрахованных.

Экспертиза медицинской помощи имеет своей целью, прежде всего, определение обоснованности оплаты медицинских услуг, т.е. определение соответствия предъявленных к оплате счетов установленному Территориальной программой объему и качеству оказания медицинской помощи.

ОБК «Кузбасс» использует в своей работе медико-экономическую экспертизу (экономист + врач-эксперт), экспертизу качества медицинской помощи с привлечением внештатных экспертов и медико-фармацевтическую, проводимую штатными экспертами.

Диаграмма 1**Динамика обращений застрахованных в ОБК «Кузбасс», 1994–2002 г.г.**

Для оценки качества медицинской помощи выделены следующие параметры: результативность, эффективность, доступность, удовлетворенность и непрерывность медицинской помощи.

Организацией медицинской экспертизы оказания медицинской помощи занимаются штатные врачи филиалов — 34 врача-организатора здравоохранения, прошедшие подготовку по вопросам медицинского страхования и врачебной экспертизы на циклах усовершенствования. Непосредственно осуществляют медицинскую экспертизу

внештатные врачи-эксперты из числа регистратора внештатных экспертов, утвержденного ДОЗН Кемеровской области. Среди них кандидаты, доктора медицинских наук, профессора, известные специалисты, заведующие и сотрудники кафедр КГМА и Новокузнецкого ГИДУВа, других научных центров гг. Томска и Новосибирска.

Развитие стационаро-замещающих технологий, необходимость контроля обоснованности госпитализации, пребывания на этапах повлекли увеличение объемов экспертиз, в сравнении с 1993 г. (15793 экспертизы), до 36276 в 2002 г.

Ежеквартально плановой проверкой охватываются 5 % законченных случаев в стационаре и 0,5 % — в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

При выполнении контроля качества медицинской помощи отслеживается преемственность работы амбулаторного и стационарного звена на предмет обоснованности обследования и лечения на интенсивном этапе и этапе долечивания. Осуществляется контроль: не дублируются ли в стационаре догоспитальные анализы, сроки госпитализации и предоперационной подготовки, не остается ли пациент без медицинской помощи, выписавшись из стационара, и какие рекомендации дают врачи по дальнейшему наблюдению и ведению больного на амбулаторном этапе.

Плановый характер вневедомственной экспертизы и совместное обсуждение результатов в ЛПУ положительно сказались на уровне качества лечения. Динамика уровня качества лечения в ЛПУ области по результатам вневедомственного контроля имеет тенденцию к повышению в течение последних лет (диаграмма 5).

По результатам вневедомственной экспертизы количество выявленных нарушений качества оказания медицинской помощи

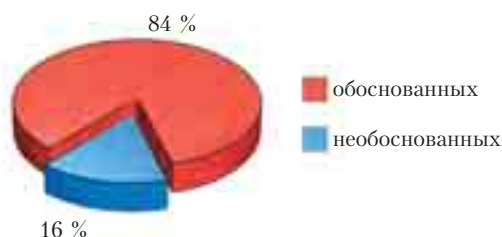
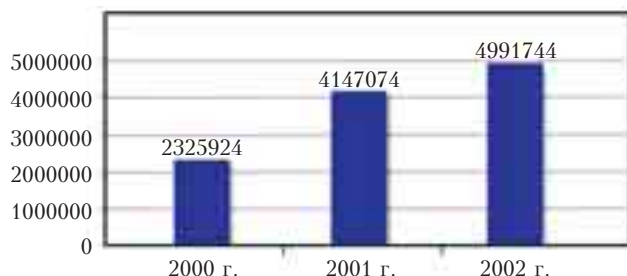
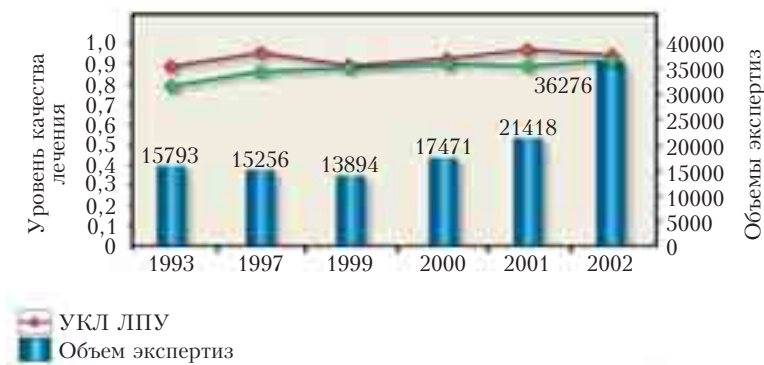
Диаграмма 2**Обращения граждан в ОБК «Кузбасс» за 2002 г.****Диаграмма 3****Спорные случаи, рассмотренные в досудебном порядке с материальным возмещением, 1998–2002 г.г.****Диаграмма 4****Динамика восстановления затрат застрахованным**

Диаграмма 5
Динамика объемов экспертизы и уровень качества лечения
в ЛПУ Кемеровской области за 1993–2002 г.г.



щи по стационару уменьшилось в 1,5 раза; по поликлинике — в 1,6 раз.

За нарушения медицинских технологий, сроков лечения, объемов, качества лечения страховая организация предъявляет к ЛПУ финансовые претензии. Но финансовые санкции не являются самоцелью. Недоплаты за выявленные нарушения по СМО ОБК «Кузбасс» снизились с 1,3 % от фонда медицинских услуг в 1993 г. до 0,28 % — в 2002 г.

Суммы, взысканные по финансовой претензии, в 80 % возвращены в ЛПУ на приобретение медикаментов, оборудования, обучение медицинских кадров, т.е. на устранение причин некачественного оказания медицинской помощи.

III. Регулирование потоков застрахованных на дорогостоящие услуги и плановую госпитализацию

Одним из механизмов защиты интересов застрахованных, используемых ОБК «Кузбасс», является регулирование потоков застрахованных на диагностические исследования и на оказание плановой помощи.

С этой целью в ОБК «Кузбасс» созданы два центра госпитализации в областные отделения ЛПУ, работающие в системе ОМС, и муниципальные учреждения г. Кемерово и г. Новокузнецка.

Результат этой работы — консультативно-диагностическая помощь нашим застрахованным.

Согласно утвержденному муниципальному заказу на дорогостоящие виды исследования, на террито-

риях определены квоты на проведение компьютерной томографии в Городском клиническом медико-диагностическом центре (ГКМДЦ) и МРТ в Кардиоцентре г. Кемерово и в ЦЛД г. Новокузнецка. Данные исследования проводятся при наличии талонов установленного образца. Филиалами ОБК «Кузбасс» контролируется количество проводимых дорогостоящих видов исследования.

В течение 4-х лет отрегулирован поток обращений с территорий на диагностическое обследование, увеличилась доступность

медицинских услуг. Для застрахованных ОБК «Кузбасс» в ГКМДЦ г. Кемерово ежегодно проводится 14-18 тысяч исследований (диаграмма 6).

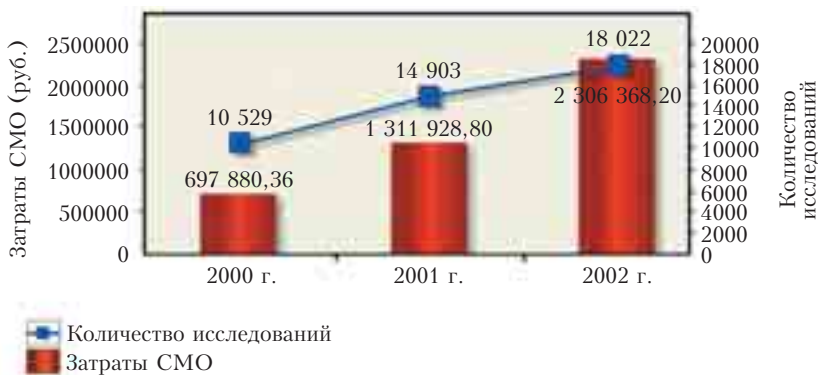
По договору с ОБК «Кузбасс» консультативный отдел в ГКМДЦ является координирующим звеном в решении вопроса дифференциальной диагностики заболеваний иногородних.

Это позволяет провести обследование в необходимом объеме и поставить диагноз в день обращения пациента.

Решается проблема обеспечения бесплатной плановой помощью в стационарах. Талон на госпитализацию гарантирует адресную оплату со стороны СМО за конкретного человека. В Новокузнецке уровень плановой помощи при обращении иногородних составляет 42-58 %. Показатель плановой помощи иногородним в ЛПУ г. Кемерово ниже, но намечилось увеличение данного показателя — с 11 % в 2000 г. до 19 % в 2002 г.

При взаимодействии со всеми субъектами обязательного медицинского страхования отделы госпитализации принимают участие в разработке квот на дорогостоящие виды исследования, до-

Диаграмма 6
Динамика количества исследований ГКМДЦ, выполненных застрахованным ОБК «Кузбасс», и финансовых затрат СМО за 2000–2002 г.г.



**Диаграмма 7**

Динамика количества дорогостоящих исследований (МРТ) в ККЦ, выполненных застрахованным ОБК «Кузбасс», и финансовых затрат СМО за 2000–2002 г.г.



рогостоящее лечение, плановую госпитализацию, объемы оказания медицинской помощи за пределами территории страхования. На основании данных анализа осуществляется формирование и перераспределение потоков застрахованных филиалов ОБК «Кузбасс» в ЛПУ гг. Кемерово и Новокузнецка в соответствии с потребностями территорий. Центры госпитализации обеспечивают защиту прав и гарантии оказания медицинской помощи надлежащего качества застрахованным филиалами ОБК «Кузбасс» по вопросам, связанным с лечением в ЛПУ гг. Кемерово и Новокузнецка, осуществляют своевременный разбор обращений иногородних.

IV. Современные технологии по контролю за рациональным использованием медикаментов в ЛПУ

Практика работы в условиях ОМС выявила проблему обеспечения медицинских учреждений, в первую очередь стационарных, лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения. При значительных затратах, как правило, медицинские учреждения не могут гарантировать необходимый объем лекарственной помощи.

В настоящее время участились случаи привлечения собственных средств граждан для обеспечения медикаментами и изделиями медицинского назначения в лечебных учреждениях.

СМО ОБК «Кузбасс», анализируя сложившуюся ситуацию по лекарственному обеспечению населения и ЛПУ, ищет эффективные формы контроля использования лекарственных средств.

Анализ использования средств на медикаменты ЛПУ территорий показывает, что плановый показатель затрат по 10-й статье за 2000–2002 гг. снизился с 35,2 % до 24,5 %. Фактическое ис-

пользование средств остается на одном уровне — 19,1–19 %, но в разрезе территорий имеет место значительное снижение доли средств на медикаменты.

Анализ соотношения доли статьи (10-й) на медикаменты и количества обращений за возмещением затрат за медикаменты на 1000 пролеченных в стационарах территорий области показал, что чем ниже фактическая доля финансовых затрат на статью «медикаменты», тем большее число обращений за возмещением затрат поступает в СМО.

Это послужило основанием для выбора пилотных объектов со сниженным и на уровне среднего показателя доли затрат средств на медикаменты и проведения оценки использования лекарственных средств на основе ABC и VEN-анализов.

Программа оценки использования лекарственных средств включена приложением к «Временному положению по разработке Формуляров лекарственных средств и изделий медицинского назначения медицинских учреждений», утвержденного областной согласительной комиссией.

Данный анализ позволил решить следующие задачи:

1. Оценить состояние и уровень лекарственного обеспечения населения лечебно-профилактических учреждений.
2. Выявить наиболее острые проблемы, появившиеся в лекарственном обеспечении.
3. Оценить возможность адаптации системы лекарственного обеспечения к новым экономическим условиям.

Работа имеет положительное значение и для ЛПУ:

- во-первых, профессиональная деятельность врача не ущемляется ограничениями;
- во-вторых, позволяет главному врачу рационально использовать имеющиеся финансовые средства;
- в-третьих, ССО, исполняя свою главную функцию — защиту прав застрахованных, — имеет больше возможностей в финансировании медицинской помощи, в т.ч. дорогостоящей.

Рассматривая проведенный анализ с позиций клинической и экономической эффективности, следует отметить нерациональное расходование финансовых ресурсов на приобретение лекарственных групп с низкой фармакотерапевтической эффективностью и низким уровнем потребления. Кроме того, проведенный анализ показывает

структуру расходов по фармакологическим группам и позволяет проводить изменения плана закупок лекарственных средств в ЛПУ, тем самым способствует рационально перераспределить финансовые средства.

V. Удовлетворенность качеством медицинской помощи в ЛПУ области на основе социологического опроса

Экспертами страховой компании ежегодно проводится социологический опрос на основе анкетирования застрахованных, находящихся на стационарном лечении, с целью изучения мнения пациентов о качестве предоставляемых медицинских услуг и условиях их предоставления.

За 2002 год опрос проводился в ЛПУ 20 территорий области. Приняли участие в анкетировании 1500 человек, в т.ч. около 500 анкет — по центральному районным больницам.

Результаты оценки удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в 10-ти сельских районах представлены в диаграммах 8 и 9.

Диаграмма 8

Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в ЦРБ Кемеровской области за 2002 г. (в баллах, max – 5,0)

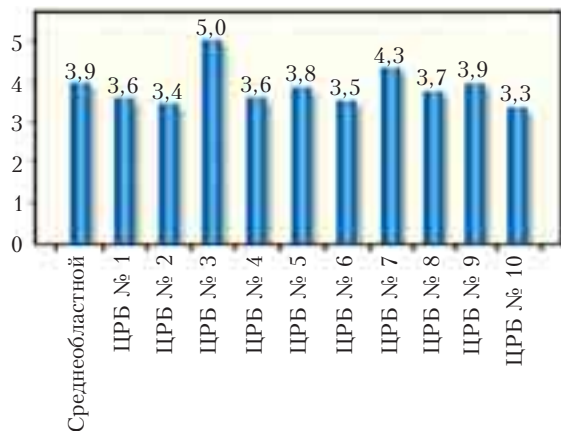
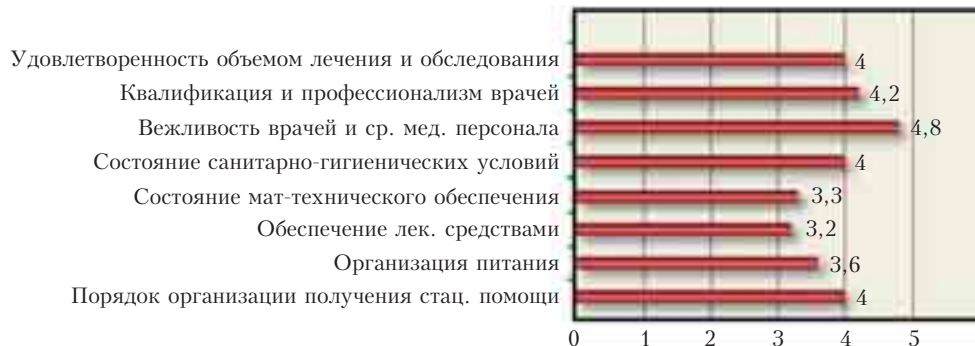


Диаграмма 9

Оценка удовлетворенности качеством медицинской помощи по причинам



Высокими оценками (в баллах) — 4,2-4,8 — пациенты отмечают:

- квалификацию и профессионализм врачей;
- вежливость медицинского персонала ЛПУ.

Обеспечение лекарственными препаратами оценено только на 3,2 балла.

В утвержденном Областной согласительной комиссией «Положении о рейтинге деятельности здравоохранения муниципального образования и ЛПУ системы ОМС» одним из показателей является удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в ЛПУ.

Учитывая опыт проведения социологических опросов, специалисты страховой компании приняли участие в разработке данного нормативного документа.

VI. Использование фонда профилактических мероприятий в СМО ОБК «Кузбасс» 1992-2001 гг.

За период 1992-2002 гг. средства фонда профилактических мероприятий расходовались страховой компанией как на работающее, так и на неработающее население, по различным направлениям и разработанным целевым программам, таким как:

- «Профилактика кариеса у детей»;
- «Охрана материнства и детства»;
- «Профилактика СПИД»;
- «Профилактика туберкулеза»;
- «Мероприятия для ветеранов ВОВ, пожилых людей и др.»;
- «Диспансеризация детского населения».

Профилактические мероприятия и целевые программы определяются специалистами ОБК «Кузбасс» после изучения наиболее острых проблем.

Целевые программы, а их более двух десятков, как правило, носят социальный характер и направлены на защиту старшего поколения, и на охрану материнства и детства.



На областные, городские, районные профилактические целевые программы направлялось до 40-60 % средств фонда профилактических мероприятий (диаграммы 10 и 11).

Всего за 10 лет израсходовано около 100 млн. рублей фонда профилактических мероприятий, в том числе:

- на улучшение лечебно-диагностического процесса в ЛПУ (приобретение медицинского оборудования, инструментария);
- обучение специалистов новым технологиям и т.д.

Всего на 1000 застрахованных ежегодно расходуется до 8-12 тысяч рублей из средств РФПМ.

Диаграмма 10

Финансирование из средств РФПМ областных целевых программ в 2002 г.

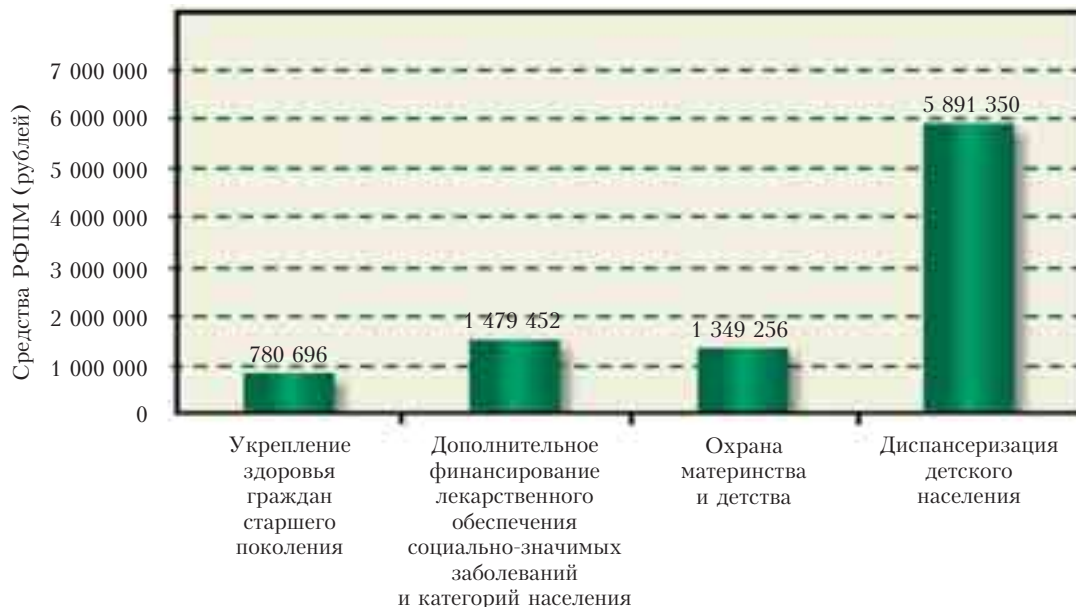
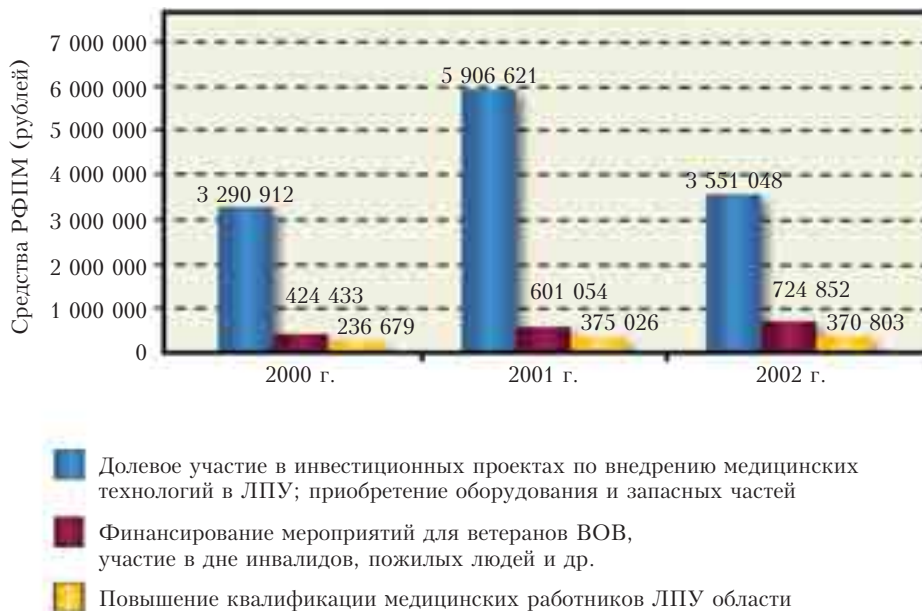


Диаграмма 11

Расходование РФПМ по направлениям за 2000-2002 г.г.





Г.В. АРТАМОНОВА, В.А. ГЕБЕЛЬ, Л.Е. ИСАКОВА,
Н.К. КИЗИЦКАЯ, Н.М. МУХАМЕТДИНОВА

*Кемеровская государственная медицинская академия,
Департамент охраны здоровья населения Администрации Кемеровской области,
Областной медицинский информационно-аналитический центр, г. Кемерово*

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Сегодня очевидно, что основной путь повышения эффективности отрасли — это интенсификация производства на основе улучшения использования всех имеющихся ресурсов: материальных, трудовых, финансовых.

От рационального использования материальных ресурсов в значительной степени зависят не только экономические возможности лечебно-профилактических учреждений, но и обеспечение качества медицинской помощи населению и развитие здравоохранения.

Эффективность управления определяется глубоким анализом проблемы.

В настоящее время отсутствует система оценки использования материальных ресурсов и четких критериев по перенесению амортизационных средств на вновь созданную стоимость, система контроля за эксплуатацией и приобретением дорогостоящей техники крайне слабая.

Реорганизация системы здравоохранения и всей экономики страны, получение ЛПУ юридической и хозяйственной самостоятельности привели к отсутствию контроля над качеством и стоимостью закупаемых ресурсов. Сложившаяся единая система организации централизованного снабжения ЛПУ во многом распалась, и разные лечебные учреждения вынуждены самостоятельно обеспечивать себя материальными ресурсами.

Нами был проведен анализ существующей нормативно-правовой базы материально-технического оснащения медицинских организаций и учетно-отчетной документации.

Существующие в настоящее время формы официальной отчетности не позволяют в полной мере оценить состояние материальных ресурсов и, следовательно, необходимо проводить анализ на основании экспертных оценок.

Кроме того, проводимая инвентаризация материальных ресурсов не обеспечивает должного учета и, главное, их оценки.

Отсутствие полноценного классификатора медицинской техники затрудняет правильное определение потребности в ней, необходимой для нормального функционирования больницы.

Нынешняя система учета ресурсной базы оказывается не приспособленной к отслеживанию инфляционных процессов. Это, прежде все-

го, сказывается на основных составляющих ресурсной базы учреждений — стоимости зданий, сооружений, аппаратуры.

Следовательно, в настоящее время отсутствует необходимый для принятия оптимальных управленческих решений доступ к оперативной информации или присутствует низкая эффективность его использования. Отсутствие информации не позволяет иметь четкого представления о том, насколько население территорий обеспечено реальными ресурсами здравоохранения и насколько реализована доступность оказания медицинской помощи населению этих территорий.

Учитывая это, в Кемеровской области, в целях получения действительно достоверных данных, на базе Областного медицинского информационно-аналитического центра в 2002 году разработан автоматизированный регистр основных фондов и оборудования учреждений здравоохранения, организован сбор и проведен анализ информации по материальным ресурсам.

Автоматизированный регистр содержит:

- сведения о наличии и состоянии зданий, транспорта и аппаратуры;
- сведения по наименованиям изделий, годам выпуска, фирмам-производителям, загрузке и числу отказов оборудования;
- сведения об инженерных характеристиках зданий и сооружений каждого учреждения (системы водо-, тепло-, энергообеспечения, транспорт и другое техническое оснащение);
- сведения о степени износа, необходимости реконструкции и капитального ремонта зданий и сооружений.

При оценке зданий учреждений здравоохранения выделяют лечебные, лабораторные и вспомогательные.

На основании полученных данных проведен комплексный анализ состояния и использования основных фондов системы здравоохранения области.

Общая площадь зданий и сооружений системы здравоохранения составляет около миллиона квадратных метров, из которой более половины занимают лечебные корпуса. Стоимость основных фондов здравоохранения области в 2002 го-



ду составила 3727,5 млн. рублей, в расчете на одного жителя — 1200 рублей. Это в 20 раз ниже, чем в экономически развитых государствах. 63 % основных средств приходится на здания и сооружения, 29 % — на машины и оборудование.

Из общего числа зданий и сооружений, 37 % находятся в неудовлетворительном состоянии (т.е., требуют капитального ремонта, реконструкции). В аварийном состоянии — 27 зданий.

Системы отопления, водоснабжения, канализования, вентиляции требуют капитального ремонта в 32 % случаев.

Средний возраст работающего в ЛПУ оборудования составляет 11 лет, 24 % оборудования имеет срок эксплуатации более 15 лет. Следовательно, более половины оборудования в ЛПУ выработало установленный норматив эксплуатации.

Длительный срок работы оборудования определяет высокий уровень его износа. В среднем, по области он составляет 75 %, наибольший — в городах, наименьший — в областных ЛПУ. В основном, это рентгенооборудование (81 %), аппараты УЗИ, наркозно-дыхательная, гемодиализная аппаратура.

Основную долю транспортных средств ЛПУ составляет санитарный транспорт (57 %), легковые и грузовые автомобили (35 %). Около 30 % автомобилей по срокам эксплуатации подлежат списанию.

Средний уровень износа основных средств в области высокий: здания и сооружения — 37 %; транспорт — 61 %; оборудование — 75 %.

С целью стратегического управления ресурсами, обеспечения устойчивости работы учреждений здравоохранения проведен комплексный анализ таких показателей, как фондовооруженность труда медперсонала и фондоотдача.

Исследования свидетельствуют о некоторых особенностях использования основных фондов в системе здравоохранения Кемеровской области.

Во-первых, фондовооруженность труда медицинского персонала в учреждениях одного типа отличается, что свидетельствует о неодинаковых

материально-технических возможностях обеспечения прав граждан при получении медицинской помощи.

Во-вторых, затраты на содержание учреждений и эксплуатацию оборудования возрастают. Стоимость основных фондов меньше, чем затраты, следовательно, фондоотдача снижается. Решающее значение для роста фондоотдачи имеет интенсификация использования медицинской техники и оборудования.

В-третьих, динамика фондоотдачи в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях различна. Это связано с тем, что обновление основных фондов последних, преимущественно за счет приобретения дорогостоящей техники, происходит интенсивнее, чем в поликлиниках, а объемы при этом смещаются в сторону амбулаторно-поликлинической помощи.

В-четвертых, установлена обратная и сильная корреляционная связь между затратами и уровнем качества медицинской помощи, особенно в стационарах. В тех учреждениях, где обновление основных фондов осуществляется планомерно на основе потребности и с учетом видов медицинской помощи, снижаются затраты на их содержание. Чем меньше в учреждении устаревшего медицинского оборудования и выше коэффициент обновления основных фондов, тем выше уровень качества медицинской помощи.

Для улучшения материально-технического обеспечения Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области в 2002 году приобретено оборудования за счет федерального бюджета на сумму 89 млн. рублей, за счет областного бюджета — 19,8 млн. рублей, всего — 109 млн. рублей. Приоритеты по оснащению оборудованием отданы сельскому здравоохранению.

Таким образом, анализ ресурсного обеспечения позволил определить сильные и слабые стороны деятельности учреждений, возможности и проблемы и, соответственно, определил пути их решения.





И.Я. ХАЙНОВСКАЯ, В.Б. БАТИЕВСКАЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области

ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС ГРАЖДАН

Теория менеджмента относит к важной функции управления контроль, который должен быть предварительным, текущим и последующим. Осуществлению функции контроля в сфере организации лекарственной помощи населению посвящено множество нормативных актов и публикаций. В статье предлагается системный взгляд на проблему, выработанный в Территориальном фонде ОМС Кемеровской области (далее Фонд). Какие вопросы организации лекарственного обеспечения застрахованного по ОМС населения должны лежать в поле зрения Территориального фонда ОМС?

1. На этапе планирования (предварительный контроль):
 - стандартизация лекарственного обеспечения;
 - обоснование расходов по статье «медикаменты» в структуре профильных тарифов;
 - создание и совершенствование территориальной формулярной системы.
2. На этапе оказания медицинской помощи населению (текущий контроль):
 - оптимизация расходов путем закупки ЛС и ИМН на конкурсной основе (в том числе, централизованной).
3. На этапе проверки ЛПУ (последующий контроль):
 - контроль за оборотом медикаментов в ЛПУ (правильность оформления документов при закупке ЛС и ИМН, соблюдение установленного Законодателем ценообразования, соблюдение фармацевтического порядка, обоснованность назначений и пр.).

Как показывает практика, самым отработанным и распространенным приемом контроля являются проверки. На взгляд авторов, проверки, проводящиеся выборочно и периодически, не могут являться эффективным способом управления. Необходимо создать условия, при которых нарушения, выявляющиеся в ходе проверок, станут «невыгодными» и «невозможными», то есть основные усилия менеджеров должны быть сосредоточены на предварительном и текущем контроле.

Стандартизация лекарственного обеспечения

Попытки стандартизации лечебного процесса предпринимались в Кемеровской области с

момента введения Закона «О медицинском страховании граждан в РФ». Эта работа проводилась Институтом социально-экономических проблем здравоохранения, при непосредственном участии главных специалистов Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области. Первым утвержденным документом (1992 год) явились клинико-статистические группы (КСГ), объединяющие нозологии по профилям с целью расчета тарифа ОМС. В 1994 году, на смену КСГ, пришли медико-экономические стандарты (МЭСы), в 1999 году — стандарты медицинских технологий (СМТ), которые в 2001 году были переименованы в алгоритмы медицинских технологий (АМТ).

Безусловно, существование утвержденных алгоритмов облегчает расчет тарифов, контроль качества лечебного процесса и защиту прав граждан. Однако прежний подход к стандартизации медикаментозной терапии не удовлетворяет современным требованиям доказательной медицины и канонам фармакоэкономики:

1. Медикаменты в алгоритмах перечислены по клинико-фармакологическим группам, без указания международного наименования, торгового названия и формы выпуска — «сердечные гликозиды», «деагреганты», «цитостатики» и так далее. Это затрудняет оценку экономической целесообразности лекарственной терапии.
2. Перечень групп препаратов, кратность их применения при той или иной нозологии определяется экспертным путем, то есть отражает традиционное клиническое мировоззрение и опыт конкретного врача. Стандартизация в этом случае не основана на доказательстве.

То есть алгоритмы медицинских технологий нуждаются в дополнении алгоритмами лекарственной терапии.

Обоснование тарифов
по статье «медикаменты»
в структуре профильных тарифов

В идеале основу расчета тарифов по профилю должны составлять сведения о фактическом применении медикаментов при лечении той или иной нозологии в максимально возможном ко-



личестве лечебных учреждений. Получить, суммировать и проанализировать эту информацию весьма сложно.

Несколько расширить сведения о фактическом клиническом применении препаратов при тех или иных нозологиях позволяет программа персонифицированного учета лекарственных средств в медицинских учреждениях. Несмотря на то, что программа изначально предполагала учет расходования денежных средств по статье 110310, она постоянно обновляется новыми задачами. В настоящее время существует возможность формировать архив пролеченных больных в учреждении, фиксировать фактическую стоимость лечения каждого пролеченного больного, расход медикаментов на каждого пациента, с учетом торгового названия и формы выпуска.

Накопленный материал помогает составить картину о реально сложившихся «схемах» и принятых в различных клиниках методиках лекарственной терапии при той или иной патологии. Безусловно, этот опыт не является клиническими испытаниями, но существенно, по сравнению с экспертным мнением, расширяет

объем сведений, которые можно взять за основу при составлении тарифов и стандартов.

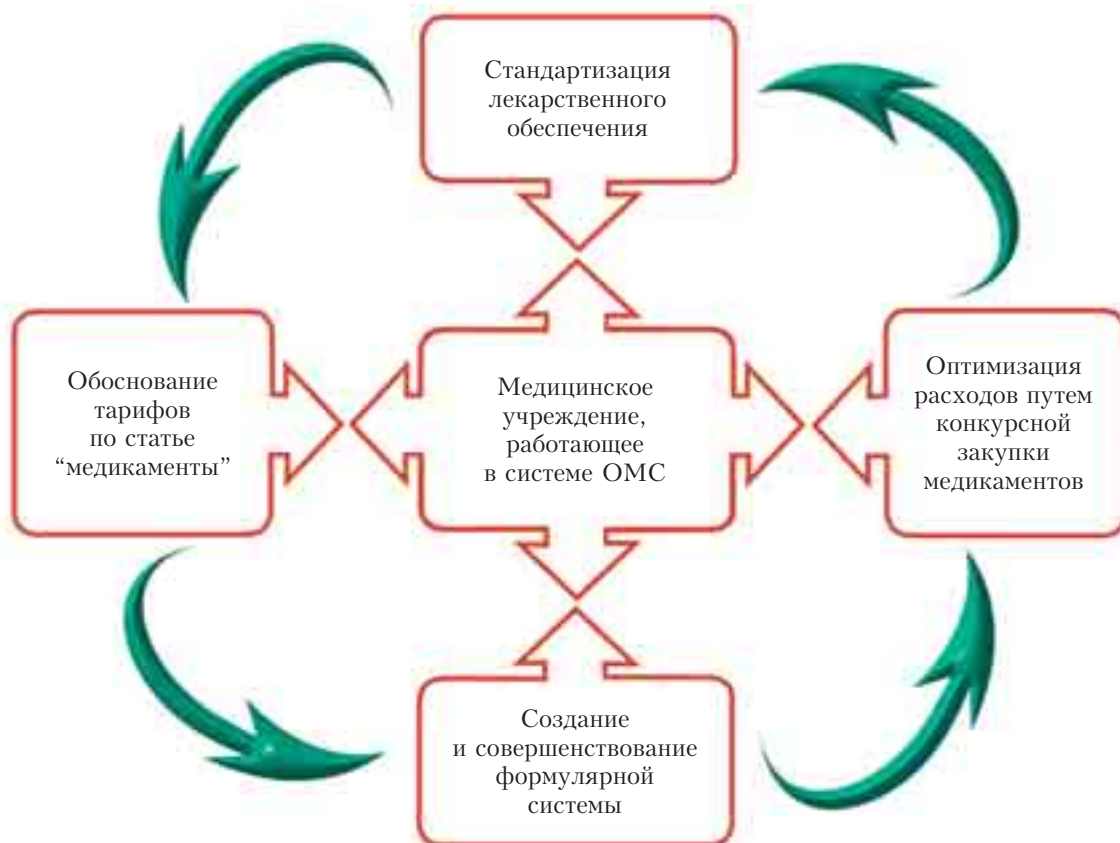
Создание и совершенствование территориальной формулярной системы

В Кемеровской области осуществляются попытки по формированию формулярной системы, которые ограничиваются ежегодным принятием Территориального перечня ЖНВЛС и ИМН. Несмотря на то, что разработаны нормативные документы по составлению формуляров медицинских учреждений, в вопросе создания перечней на уровне ЛПУ еще много белых пятен. Администрации медицинских учреждений демонстрируют самые разнообразные подходы к разработке формулярных списков. Выделим два момента, которые, на взгляд авторов, являются принципиальными.

Первое: Не следует требовать от учреждений перечня «не меньше, чем территориальный». Перечень медицинского учреждения должен включать лишь лекарственные средства, относящиеся к клинико-фармакологическим группам, соответствующим профилям струк-

Схема

Контрольная функция управления системой лекарственного обеспечения застрахованных по ОМС граждан





турных подразделений ЛПУ. Было бы не логично вменять в обязанность родильному дому иметь в формулярном списке противоопухолевые, противотуберкулезные препараты или пломбировочный стоматологический материал. С другой стороны, медицинское учреждение, исключая непрофильные позиции, получает возможность дополнять свой формуляр необходимыми препаратами. Продолжим пример по родильному дому: сурфактанты, инфузионные среды, импортный шовный материал являются необходимостью для учреждений родовспоможения, однако в территориальном перечне либо не представлены вообще, либо представлены в небольшом ассортименте.

Второе: Формуляр должен содержать не только перечень позиций, но и количество, и стоимость заявленных препаратов. Только в случае соответствия сводной стоимости формулярного перечня и плана финансирования учреждения по статье «лекарства» на планируемый год формуляр может быть принят.

Оптимизация расходов путем закупки
ЛС и ИМН на конкурсной основе
(в том числе, централизованной)

Опубликованный фондом мониторинг сложившихся цен на ЛС и ИМН показал, насколько велик существующий в здравоохранении Кузбасса ценовой диапазон. Эффективным

мероприятием по сокращению расходов системы ОМС на медикаменты являются конкурсные закупки медикаментов. В настоящее время на конкурсной основе осуществляются закупки медикаментов:

- по целевым программам, заложенным в бюджет фонда;
- по программам расходования средств резерва предупредительных мероприятий страховых организаций;
- в рамках Территориальной программы ОМС.

Таким образом, контрольная функция управления системой лекарственного обеспечения застрахованных по ОМС граждан складывается в схему.

Ядром системы лекарственного обеспечения, безусловно, является медицинское учреждение, в котором формируются сведения о:

- схемах медикаментозной терапии;
- затратах, подлежащих включению в тариф;
- ассортименте для централизованных закупок;
- выстраиваются базовые звенья формулярной системы.

Все вспомогательные звенья тесно связаны между собой. Стандарты медикаментозной терапии должны становиться основой формуляров и тарифов ОМС, сэкономленные в результате конкурсных закупок средства должны способствовать расширению формулярных перечней, стандартов и увеличению тарифов.





Л.Е. ИСАКОВА

Сибирский Фонд развития менеджмента и социальной сферы

СИСТЕМА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Для здравоохранения Кемеровской области, как и для всего российского здравоохранения, остро стоит вопрос повышения эффективности использования ресурсов. Одним из действенных механизмов повышения эффективности использования ресурсов является система оплаты медицинской помощи.

Влияние системы оплаты на эффективность регионального здравоохранения многоаспектно.

Во-первых, эффективная система оплаты медицинских услуг содействует обеспечению предсказуемости расходов на здравоохранение, т.е. обеспечению соответствия обязательств государства его финансовым возможностям. Эта проблема в настоящее время является центральной, она решена не полностью, что приводит к росту социальной напряженности в обществе ввиду снижения финансовой доступности медицинской помощи.

Во-вторых, система оплаты влияет на структуру медицинской помощи, т.е. на соотношение между различными ее видами, прежде всего, между амбулаторно-поликлинической и стационарной. Эффективная система оплаты способствует сдвигу обоснованных объемов помощи на более дешевый амбулаторный этап, что позволяет увеличить объем и качество оказания медицинских услуг за счет перераспределения средств, направляемых на здравоохранение.

В-третьих, система оплаты влияет на микро-эффективность медицинских организаций, т.е. на эффективность деятельности производителей медицинских услуг.

В Кемеровской области действует система оплаты медицинской помощи, переход к которой был осуществлен в результате осознанного выбора эффективных методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Оценка и выбор системы оплаты проводились экспертами, представляющими интересы всех экономических агентов, участвующих в процессе производства и оплаты медицинских услуг, с использованием формализованной технологии принятия решений.

Этапы выбора включали:

- анализ действующие системы оплаты медицинских услуг, выявление ее сильных и слабых сторон;
- разработку критериев оценки систем оплаты;
- оценку значимости каждого критерия;

- разработку перечня альтернативных систем оплаты;
- оценку каждой предложенной альтернативы, начиная с действующей, с использованием выбранных критериев и формализованной методики формирования обобщенного показателя оценки;
- выбор оптимального варианта системы оплаты.

Оплата деятельности амбулаторно-поликлинического звена проводится на основе подушевого норматива за комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу. Это означает, что поликлиника получает за каждого прикрепившегося пациента подушевой норматив финансирования, в который включаются расходы на ее собственную деятельность и внешние консультации и обследования. Из средств поликлиники производится оплата за амбулаторные услуги, которые были оказаны прикрепленным гражданам в других медицинских учреждениях.

Вся медико-экономическая информация о получении услуг в других медицинских учреждениях поступает участковому врачу по месту прикрепления. Расчет за услуги проводит страховщик по поручению поликлиники после проверки поликлиникой реестров на оказанные услуги.

Каждой поликлинике устанавливается норматив объема стационарной помощи для направления пациентов. Страховщик ведет мониторинг за потоками пациентов по каждой поликлинике, поощряя за достижение установленных показателей. Источник поощрений — риск-фонд.

Риск-фонд выделяется в структуре подушевого норматива финансирования страховщиков. Средства риск-фонда рассчитываются исходя из планируемого перемещения объемов стационарных видов помощи на амбулаторно-поликлинический этап. То есть, риск-фонд формируется на этапе планирования на основе расчетной экономии от оптимизации структуры оказания медицинской помощи.

Риск-фонд является частью резерва оплаты медицинских услуг страховой медицинской организации.

Из средств риск-фонда:

- оплачиваются медицинские услуги с использованием стационарозамещающих технологий;

- стимулируется расширение лечебно-профилактической деятельности первичного звена;
- оплачиваются в обоснованных случаях сверхплановые объемы стационарной помощи.

Таким образом, доля риск-фонда в составе подушевого норматива финансирования страховщиков является целевым показателем повышения структурной эффективности здравоохранения за счет перемещения части объемов стационарной помощи на амбулаторный этап и снижения потребности в госпитализации благодаря более активной работе амбулаторного звена.

Оплата стационароразмещающих технологий осуществляется из риск-фонда ретроспективно — по фактическому числу случаев, с учетом соблюдения норматива стационарной помощи.

В составе риск-фонда выделен один процент для стимулирования поликлиник за эффективную лечебно-профилактическую работу, обеспечивающую повышение качественных показателей работы, в соответствии с результатами, определяемыми на основе модели оценки эффективности работы поликлиники.

Стационарная помощь оплачивается на основе согласованных объемов. Это делает для стационара наиболее выгодным выполнение объемов помощи, установленных заданиями на реализацию государственных гарантий по оказанию населению бесплатной медицинской помощи.

Объемы стационарной помощи сверх установленных заданиями оплачиваются по пониженным тарифам.

Система оплаты создает для первичного звена амбулаторно-поликлинической помощи следующие стимулы:

- заинтересованность звена в сохранении здоровья прикрепившегося населения и снижении частоты и тяжести обострений для хронических больных;

- заинтересованность звена в увеличении объема собственной деятельности и сокращении необоснованных направлений к узким специалистам и в стационар;

- заинтересованность в рациональном расходовании собственных ресурсов, в первую очередь — параклинических услуг.

Для стационарного сектора обеспечивается:

- заинтересованность в оптимизации объема стационарной помощи за счет снижения числа необоснованных госпитализаций;
- заинтересованность в снижении длительности пребывания пациента в стационаре;
- заинтересованность в эффективном расходовании своих ресурсов.

Для обеспечения эффективности необходимо постоянно управлять системой оплаты медицинской помощи. Территориальный фонд ОМС проводит мониторинг выполнения требований к системе оплаты, установленных Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области, принимает меры к страховщикам, нарушающим Положение, анализирует действенность системы оплаты.

Система оплаты постоянно совершенствуется на основе предложений заинтересованных сторон.

Для страховщиков система оплаты — это основной инструмент воздействия на структурную эффективность системы оказания медицинской помощи.

Использование эффективной системы оплаты способствовало оптимизации структуры затрат на оказание медицинской помощи в системе ОМС.

Так, доля расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь в Кемеровской области в 2002 году составила 37 % против 35 % в 2000 году; на оплату стационароразмещающих технологий — 5 % против 1 %.





Э.М. ШПИЛЯНСКИЙ

МУЗ Городская клиническая больница № 2, г. Кемерово

ХОЛОДОВАЯ ТРАВМА – ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНАЯ

С 1997 г. Кемеровская городская клиническая больница № 2 внедряет и совершенствует дифференцированную медицинскую помощь в условиях многоуровневой системы оказания медицинских услуг в рамках программы госгарантий.

На 19,6 % сократился коечный фонд; в 2000-2001 гг. приблизилась к нормативу среднегодовая занятость больничной койки (325-339 дней); оборот больничной койки находится в пределах 29-33; среднее пребывание больного на койке – 10-11 дней.

Эффективно работают дневной стационар, две общие врачебные практики, стационар на дому.

Обеспечивается координация и преемственность в работе между стационарами и амбулаторно-поликлиническими службами. Создана общая система экономических интересов отдельных звеньев медицинской помощи. Применяется прогрессивная система оплаты медицинских услуг и оплаты труда в зависимости от трудозатрат персонала и т.д.

Внедрение всех этих организационных технологий позволило за последние 3 года десяти специализированным отделениям больницы сократить планируемые расходы, в среднем, на 15 %.

В то же время, ожоговое отделение термической травмы, имеющее статус областного ожогового центра, пока не вписывается в эту модель оказания медицинской помощи. Практика показала, что использование многоуровневой системы оказания медицинской помощи зачастую зависит не от новейших медицинских и организационных технологий, квалификации медицинских кадров, а от социального статуса пациентов.

Распад Советского Союза, повлекший за собой развал промышленности и сельского хозяйства, межнациональные конфликты и локальные войны, способствовали появлению в городе новой прослойки общества – вынужденных переселенцев, беженцев, «бомжей».

Именно эти люди – основные пациенты стационара ожогового отделения. Суровый климат Сибири, где 5-6 месяцев длится зима, – серьезное испытание для их здоровья и жизни.

В 2002 г. сибирская зима была более мягкой. Низкие температуры зафиксированы лишь в 1-й половине января. Однако, несмотря на сокращение больных с холодовой травмой, от-

мечается значительная тяжесть повреждений, ведущая к длительным срокам лечения, высокой инвалидности и смертности (таблица).

Таблица
Основные показатели работы стационара (отморожения)

Год	Количество больных	Проведено койко-дней	Среднее пребывание на койке	% летальности
2000	79	2800	35,1	16,0
2001	91	3185	35,0	15,7
2002	44	1298	29,5	25,4

70 % отмороженных доставлены в стационар из неотопливаемых помещений уже в реактивном периоде. Большинство из них находилось в состоянии алкогольного опьянения. Опустившиеся, спившиеся, они перебивались случайными заработками, страдали от паразитов, постоянного недоедания.

Среди группы больных с общим охлаждением высок удельный вес сопутствующей патологии – злокачественные новообразования, туберкулез, сахарный диабет, хронические ишемические болезни сердца и т.д.

В 2001 г. 32,2 % госпитализированных составили иногородние. 30 % больных с отморожениями – люди пенсионного возраста, 10 % – дети. Многие из пациентов не имеют документов о российском гражданстве, полисов обязательного медицинского страхования. Поступив в стационар, эти люди остаются здесь надолго. В 2001 г. больная Ш., гражданка Украины, находилась в стационаре с января по июнь. Только после получения российского паспорта, она была направлена в Дом инвалидов.

Для 80 % госпитализированных с глубокими отморожениями многоуровневая система оказания медицинской помощи с ее маршрутами (коррекция неотложных состояний – интенсивное лечение – круглосуточное пребывание – дневной стационар – стационар на дому – амбулаторное лечение) не применима.

Их невозможно долечивать в дневных стационарах, стационарах на дому, у них нет дома. Круглосуточный стационар – это единственное место их жизнеобеспечения; здесь избавление от паразитов, теплая палата, чистая постель, питание, лечение от сопутствующих заболеваний.

После стационара для них один маршрут – улица, в лучшем случае – Дом инвалидов, повторное попадание в стационар, или избавление от всех мучений – смерть. Эта та проблема, в



решении которой медицина бессильна. Она не изобрела лекарств от безработицы, бедности, безденежья, недоедания, у нее нет микстуры для обеспечения бездомных жильем.

В условиях финансового дефицита, недостаточности материально-технического и медикаментозного обеспечения, острой нехватки крови и кровезаменителей, в 2002 г., с учетом муниципального заказа, стоимость лечения одного отмороженного больного составила 5511 рублей. Больные с отморожениями составляют 7,2 % от всех госпитализированных в отделение термической травмы, а на их лечение расходуется более 20 % бюджета отделения.

Это социальная проблема общества, государства, но ее приходится решать и нам, медицинским работникам.

В целях обеспечения медицинской и экономической эффективности разработан бизнес-план ожогового центра.

Планируется решить вопросы:

- дальнейшего лечения отмороженных, больных туберкулезом;
- в больнице восстановительного лечения выделить койки для больных с холодовой травмой, обеспечить их необходимым оборудованием, медикаментозными средствами;
- организовать дежурство врача-комбустиолога, медицинских сестер, прошедших специальную подготовку в ожоговом центре;
- совместно со службой социальной защиты обустроить места временного пребывания «бомжей»;
- через благотворительные фонды, спонсоров обеспечить больничные койки бельем, пациентов — одеждой;
- оказывать юридическую помощь для оформления необходимых документов, обеспечивающих право пострадавших на здоровье и жизнь — российского паспорта, медицинского полиса, назначения пенсии.





Г.И. ЧЕЧЕНИН

*Государственный институт усовершенствования врачей,
Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, г. Новокузнецк*

СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ВСЕГДА ЛИ ОНА НУЖНА?

Одним из путей реформирования здравоохранения, повышения качества медицинской помощи (КМП) и эффективности функционирования лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), принято считать стандартизацию. Рассмотрим как это используется на примере оказания качественной медицинской помощи. Известно, что для достижения высокого КМП необходимо выполнение двух процедур: оценки качества и обеспечения качества. Оценка качества означает, что оценивающий ознакомился с ходом оказания медицинской помощи и пришел к некоторым выводам относительно ее качества, т.е. сделал заключение, что, с учетом состояния пациента, уровня развития медицинской науки, ресурсного и технического обеспечения, была достигнута максимальная вероятность желательных результатов лечения. Одним из видов ресурсного обеспечения является и адекватная информация для принятия оптимального решения. Прежде всего, речь идет об измерении КМП, что возможно со сбором (получением) и обработкой необходимой информации. В процессе измерения КМП мы имеем дело с такими понятиями, как стандарт, эксперт, индикатор, результат (исход) и т.п.

Оценка в данном случае понимается как процесс определения реального состояния объекта, системы, явления, процесса по отношению к желаемому состоянию или другому объекту (системе, явлению, процессу). Это могут быть специально разработанные стандарты, базовые уровни, установленные на основе фактических реальных данных за определенный период времени или экспертным путем с учетом специфики объекта. Направляется вывод, что в обязательном порядке должны быть разработаны и утверждены стандарты на результаты, технологию и ресурсы. Итак, что понимается под стандартом?

Стандарт – «это нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом» (Глоссарий, Россия-США, 1999).

Стандарт качества – реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи. Стандарты устанавливаются на структуру (ресурсы), технологию и результаты.

Известно, что уровень медицинской помощи по объему и качеству в значительной степени за-

висит от финансового обеспечения системы здравоохранения и социально-экономического благополучия населения, региона, страны. Поэтому для обеспечения КМП, прежде всего, должны быть разработаны стандарты на ресурсы. Стандарты бывают федеральные, территориальные, муниципальные. Федеральный стандарт – стандарт, обязательный для выполнения на всех территориях Российской Федерации. Территориальный стандарт – стандарт, обязательный для выполнения на территории субъекта Российской Федерации, полностью включающий в себя федеральный стандарт. Муниципальный стандарт – стандарт, обязательный для выполнения на территории муниципального образования (район, город), полностью включающий в себя территориальный стандарт.

При разработке и утверждении стандартов на ресурсное обеспечение иерархической системы здравоохранения должны быть соблюдены следующие требования:

- адекватное стопроцентное ресурсное обеспечение программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению или отдельным контингентам;
- стандарт на ресурсное обеспечение на нижележащем иерархическом уровне оказания медицинской помощи не может быть установлен меньше, чем стандарт, утвержденный на вышестоящем иерархическом уровне;
- стандарты на ресурсное обеспечение ЛПУ устанавливаются с учетом их категоричности.

Не вызывает сомнения, что обеспечение КМП в значительной степени зависит от технологического аспекта процесса оказания медицинской помощи, от того, как и в какой последовательности выполняются те или иные процедуры. Здесь также идет речь о целесообразной разработке и утверждении технологических стандартов. Всегда ли нужны стандарты на технологию? Нам представляется, что ответ на данный вопрос может быть положительным в тех случаях, когда имеется четкий алгоритм действий, выполняемый компетентными специалистами, подкрепленный позитивными результатами, полученными на научной основе. То есть, технологический медицинский стандарт может обеспечить достижение желаемой цели при условии четырех «Н»:

- научное обоснование самого стандарта на принципах доказательной медицины;



- наличие высокого профессионализма лиц, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе;
- неперенное адекватное ресурсное и лекарственное обеспечение;
- необходимое адаптивное информационное обеспечение и эффективное управление процессом.

Наконец, стандарты на результаты, где и когда они нужны? Поскольку результаты медицинских работников разных структурных подразделений ЛПУ, и системы здравоохранения в целом, многогранны и разнообразны, то процесс стандартизации здесь неоднозначен и носит дискуссионный характер. Там, где имеется возможность количественно измерить результат, целесообразно разработать и утвердить стандарты. Конечный результат лечебно-диагностического

процесса зависит от взаимодействия двух равноценных сторон (элементов) единой системы «врач-пациент». У каждого врача может быть свой индивидуальный подход к пациенту. В свою очередь, каждый индивидум (пациент) уникален. Поэтому взаимодействие по достижению цели может быть многовариантным. И в этом случае разработать стандарты на результат лечебно-диагностического процесса практически невозможно.

Таким образом, стандартизации в здравоохранении, прежде всего, подлежат ресурсы и технологии. При этом потребуются адекватное информационное и методическое обеспечение. Разработка же стандартов на конечные продукты системы – результаты лечебно-диагностического процесса – требует дополнительного научного обоснования.





А.И. ТРАУТЕР, В.Г. ЛЕОНТЬЕВА
Городская больничная касса «Кемерово», г. Кемерово

УЧАСТИЕ ГБК «КЕМЕРОВО» В СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ЛИЦ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Конец 20-го века характеризуется новой демографической ситуацией — увеличением доли лиц старшего возраста, перешагнувших 60-летний рубеж.

В связи с этим в нормативных актах системы обязательного медицинского страхования уделяется внимание наиболее незащищенным группам населения, в частности, пожилым людям и инвалидам.

В ГБК «Кемерово» застраховано 115808 лиц старшего возраста, из них 6109 инвалидов. В целях улучшения качества оказания медицинской помощи, ее доступности, совместно с ТФ ОМС, разработана и в течение ряда лет финансируется целевая программа «Укрепление здоровья старшего поколения и ветеранов войн». Программа направлена на повышение продолжительности жизни, сохранение физической активности граждан старшего поколения. Созданный в 1999 году Областной специализированный госпиталь для ветеранов и инвалидов ВОВ (ОГВВ) позволяет улучшить качество оказания им медицинской помощи в результате использования современных технологий. За I-й квартал 2003 года ГБК «Кемерово» направила дополнительно на приобретение медикаментов для лечения в ОГВВ 218,5 тыс. рублей.

Обеспечение квалифицированной медицинской помощью граждан старшего поколения — одна из важнейших социальных задач как системы здравоохранения, так и системы обязательного медицинского страхования. Поэтому в организованное на базе ГКБ № 3 отделение для лечения лиц старшего поколения за I-е полугодие 2003 года ГБК «Кемерово» направила 176,5 тыс. рублей на дополнительное приобретение медикаментов.

В последнее десятилетие стационаро-замещающие технологии получили бурное развитие. Отсутствие необходимости пребывания на больничной койке и возможность получить полноценное лечение в амбулаторных условиях по достоинству оценено пациентами, особенно старшего поколения. Однако дневной стационар обеспечивает больного медикаментами только для экстренной и неотложной помощи. Часто болеющие инвалиды и пенсионеры вынуждены тратить большую часть своих доходов на приобретение лекарств. С целью поддержания здоровья граждан старшего поколения система ОМС принимает участие в обеспечении лекарственными средствами лечебного процесса в дневных

стационарах поликлиник, где за 2003 год пролечено 4230 человек. Для них приобретено медикаментов на сумму 131,4 тыс. рублей.

Ежегодно из фонда профилактических мероприятий для лиц старшего поколения финансируется подбор очков в «Губернской оптике», прокат изделий медицинского назначения, обеспечение аптечками нуждающихся.

С 2003 года, в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, выделены контингенты особого внимания, граждане, имеющие льготы на медицинское и лекарственное обеспечение. Для маркировки их страховых полисов в АПУ города передано 25 тыс. марок.

Пенсионерам и инвалидам организовано приоритетное оказание дорогостоящих и плановых видов медицинской помощи, для них ежемесячно выделяется 50 % всех направлений в стационары города.

У людей пожилого возраста нередко встает вопрос об уходе, связанный не столько с ухудшением физического состояния, сколько с церебральными расстройствами сосудистого характера, ведущими к снижению памяти, общей социальной дезадаптации, а также к ситуациям, опасным для жизни.

Безусловно, эти люди остро нуждаются в уходе и опеке, которую дети и родственники не всегда могут предоставить в связи с занятостью (работа, поездка в отпуск и т.д.).

ГБК «Кемерово» участвует в финансировании оказания медико-социальной помощи по программе «Милосердие» в ГБ № 13, где ежегодно лечатся 700 человек.

Программа добровольного страхования, разработанная в ГБК «Кемерово», призвана решить проблему ухода и медицинской помощи в специализированных лечебных учреждениях под контролем квалифицированных врачей. Сроки пребывания и сервисные услуги зависят от желания и финансовых возможностей клиента, продолжительность лечения может быть от 3-х месяцев до одного года.

Для своевременного разбора обращений граждан старшего поколения, контроля качества оказания медицинской помощи в секторе защиты прав застрахованных и медико-экономической экспертизы установлено программное обеспечение.

За I-е полугодие 2003 года в ГБК «Кемерово» обратились 1190 пенсионеров. Из них, 634 человека получили компенсации за ослож-



нения, связанные с недостатками в оказании медицинской помощи на общую сумму 465486 рублей. Направлено в специализированные медицинские учреждения 128 человек для получения более квалифицированной медицинской помощи, за что произведена оплата в размере

106667 рублей. 95 человек получили компенсацию за медицинскую помощь, оказанную в рамках программы государственных гарантий. На лечение с использованием современных технологий общей стоимостью 1 миллион рублей направлены 221 человек.





Н.Д. БОГОМОЛОВА

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово

КАЧЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

Одной из важнейших задач современной социальной политики является формирование здорового образа жизни (ЗОЖ). Ведущая роль в решении этой проблемы принадлежит медицинским работникам, которые являются не только носителями первичной информации о состоянии здоровья населения, но и единственными реальными лицами, которые могут дать рекомендации каждому пациенту ЛПУ по коррекции его здоровья.

С целью выяснения знания врачами основ ЗОЖ и оценки качества профилактической работы, Кемеровской медицинской академией проведено анкетирование врачей поликлиник г. Кемерово. Опрошено 270 врачей различных специальностей. Анкета состояла из нескольких блоков вопросов: социально-гигиеническая характеристика врача, оценка знаний основных разделов медицинской профилактики, оценка качества профилактической работы.

Оценка знаний основных разделов профилактической работы по формированию ЗОЖ показала достаточную информированность респондентов о факторах, благотворно влияющих на здоровье населения. Так, опрошенные врачи в качестве основных разделов профилактики отметили рациональное, сбалансированное питание (65,2 %), благоприятные экологические условия среды (69,3 %), устроенность быта (59,3 %), хорошие семейные отношения (53,3 %). 88 % опрошенных считают, что врачам поликлиники необходимо заниматься профилактической работой;

7,2 % придерживаются противоположного мнения, у остальных оценка вопроса вызвала затруднения. Большинство врачей знают о роли здорового образа жизни и его составляющих в профилактике заболеваний.

48,7 % респондентов считают информацию о профилактике и ранней диагностике болезней доступной для пациента, 44,1 % — не совсем доступной, и только 6,7 % — недоступной. Во всех поликлиниках достаточно часто проводятся врачебные конференции по профилактике заболеваний. 65,4 % врачей знакомы с основными законодательными документами по профилактике заболеваний и знают о профилактических программах, реализуемых в г. Кемерово.

Среди недостатков в организации профилактической работы в поликлинике 43 % респондентов отметили нехватку времени. Часы, отведенные на данный раздел работы, врачи хотели бы потратить на индивидуальную беседу с пациентами, раздачу памяток (63,7 %). Менее популярной формой пропаганды медицинских знаний являются групповые беседы с пациентами и лекции на предприятиях (17,8 %), выпуск санбюллетеней (9,6 %) и выступления в СМИ (5,9 %).

Таким образом, для повышения качества профилактической работы по формированию ЗОЖ населения необходимо учитывать мнение врачей первичного звена здравоохранения, а также проводить обучение врачей на сертификационных циклах по гигиеническому обучению и воспитанию.



Д.М. ГАРАФУТДИНОВ, Г.В. САВИЦКАЯ, Т.П. КУЛЕШОВА
МУЗ Клиническая стоматологическая поликлиника № 4, г. Кемерово

ПРОВЕДЕНИЕ КОНКУРСА СОЧИНЕНИЙ КАК СПОСОБ ИЗУЧЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

В настоящее время правительство Российской Федерации проводит политику, направленную на укрепление здоровья здоровых, поэтому профилактическая работа в деятельности любого ЛПУ должна занимать приоритетное направление. МУЗ КСП № 4 г. Кемерово оказывает комплексную стоматологическую помощь взрослому и детскому населению Заводского района. В 2002-2003 гг. в поликлинике сохранился достаточно высокий уровень бесплатной стоматологической помощи и ее профилактическая направленность.

Одним из разделов профилактической работы является школьная стоматология. Поликлиника имеет стационарные стоматологические кабинеты в пяти крупных школах Заводского района: №№ 37; 90; 95; 97; 99. Детские врачи-стоматологи в школьных стоматологических кабинетах занимаются не только профилактическими осмотрами и плановой санацией полости рта, но регулярно проводят уроки здоровья, обучение гигиене полости рта, контроль гигиены полости рта. Гигиенические навыки в детском возрасте хорошо усваиваются, формируется полезная привычка регулярно ухаживать за зубами.

В апреле 2003 года мы провели конкурс сочинений среди учащихся 3-5-х классов школ Заводского района на тему: «Как я посещал врача-стоматолога». Цель проведения конкурса: определить, какими знаниями по вопросам гигиены полости рта располагают учащиеся, узнать их впечатления о посещениях стоматологических кабинетов. Были установлены три призовых места, и номинации «За лучшее сочинение профилактической направленности», «За оригинальное сочинение». В качестве призов были средства гигиены полости рта.

На конкурс были представлены 144 сочинения. Из школ, имеющих стоматологические кабинеты, — 84, из школ без стоматологических кабинетов — 60. В сочинениях дети высказали свое мнение о посещении врача-стоматолога, нарисовали рисунки, написали стихи.

Мы получили достоверную информацию о том, как они относятся к посещению врача-стоматолога, что знают о гигиене полости рта. Детям нравится, что в кабинете «все сияет чисто-

той», что «врач была очень добрая, у нее ласковые руки», обращают внимание на оформление кабинета: «на стенах висели яркие картинки про зубы». Все это помогает им преодолеть страх перед стоматологическим вмешательством.

Оказалось, что учащиеся из школ, имеющих стоматологические кабинеты, неплохо осведомлены в вопросах анатомического строения зубов, гигиены полости рта. Они подробно описывают, как школьный стоматолог проводила урок здоровья, нарисовали рисунки с изображением способов чистки зубов, знают, для того, чтобы зубы не болели, их нужно чистить утром и вечером, есть меньше сладкого, посещать стоматолога 2 раза в год. Большинство из них — 75 человек, отмечают, что они были приглашены к стоматологу тогда, когда у них ничего не болело, им провели курс профилактических мероприятий, и они очень любят своих стоматологов.

У детей из школ, не имеющих стоматологических кабинетов, причиной посещения стоматолога в 100 % случаев была острая боль, обратились к стоматологам в разные поликлиники и частные стоматологические кабинеты. Они пишут, что «долго ехали к стоматологу», «долго ждали приема, устали». Все они испытывали сильный страх перед стоматологическим вмешательством. 17 человек написали, что не любят стоматологов, потому что врач «сделала им больно». Некоторые ребята делают интересные выводы, что «сам виноват — ел много сладкого, зубы не чистил» вот они и заболели. Обещают регулярно чистить зубы и есть меньше сладкого.

Проведение конкурса сочинений позволило нам сделать следующие выводы: учащиеся школ, имеющих стоматологические кабинеты, лучше осведомлены в вопросах профилактики кариеса, большинство из них страха перед стоматологическим вмешательством не испытывают. Поэтому необходимо изыскивать средства для расширения сети школьных стоматологических кабинетов и 100 % охвата школьников плановой санацией полости рта, т.к., по словам профессора В.К. Леонтьева «Школьная стоматология является одним из достижений отечественного здравоохранения, не имеющего аналогов в мировой практике».



ОГЛАВЛЕНИЕ

И.Я. Хайновская ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ	5	А.А. Мандров, Г.И. Чеченин К ВОПРОСАМ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС	54
КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		УПРАВЛЕНИЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ КАЧЕСТВА В СИСТЕМЕ ОМС	
К.В. Шипачев МЕСТО И РОЛЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	21	Т.И. Швеиц, Г.Н. Царик, И. Я. Хайновская, О.Л. Рытенкова, К.В. Шипачев, Д.Г. Данцигер ПРИНЦИПАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	58
Г.Г. Лукашевич ЭФФЕКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И СТРАХОВЩИКОВ	23	Д.Г. Данцигер, Л.П. Харитонов, Н.М. Пьянкова, С.В. Павлова, И.А. Демин ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	62
А.З. Виноградов, Е.А. Виноградова СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – СУБЪЕКТ ПРАВООТНОШЕНИЙ ПРИ МЕДИЦИНСКИХ ДЕЛИКТАХ	25	М.И. Ликстанов КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. АНКЕТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГКБ № 3	64
А.И. Траутер, С.В. Бабарыкина, В.Г. Леонтьева РОЛЬ СМО В ПОВЫШЕНИИ СТРУКТУРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. КЕМЕРОВО ..	28	Л.Г. Шейкина РЕАЛИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ СМО ОБК «КУЗБАСС» ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННЫМ	65
СТРАТЕГИЧЕСКОЕ И ТЕКУЩЕЕ ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО И МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		КОМПЕТЕНТНОЕ МНЕНИЕ НА АКТУАЛЬНУЮ ТЕМУ	
И.Я. Хайновская, Н.И. Ходалова, К.В. Шипачев, В.Б. Батиевская ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ И ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАКАЗА	31	Г.В. Артамонова, В.А. Гебель, Л.Е. Исакова, Н.К. Кизицкая, Н.М. Мухаметдинова РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНО- ТЕХНИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	72
И.Я. Хайновская, Н.И. Ходалова, В.Б. Батиевская ПРАКТИКА ПЛАНИРОВАНИЯ ЗАДАНИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ СВЕДЕНИЙ ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗЫ ДАННЫХ	39	И.Я. Хайновская, В.Б. Батиевская ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС ГРАЖДАН	74
Э.М. Шпилянский, И.С. Янец ПЛАНИРОВАНИЕ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ПЛАНА-ЗАДАНИЯ	45	Л.Е. Исакова СИСТЕМА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ	77
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ		Э.М. Шпилянский ХОЛОДОВАЯ ТРАВМА – ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНАЯ	79
А.П. Шадрин, Г.И. Чеченин, И.В. Виблая, Н.И. Головлева ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫМ ЗАКАЗОМ – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	47	Г.И. Чеченин СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ – ВСЕГДА ЛИ ОНА НУЖНА?	81
И.Я. Хайновская, Н.И. Ходалова, В.Б. Батиевская ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС НА ОСНОВЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗЫ ПРОЛечЕННЫХ	50	А.И. Траутер, В.Г. Леонтьева УЧАСТИЕ ГКБ «КЕМЕРОВО» В СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЕ ЛИЦ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ	83
Э.М. Шпилянский, И.С. Янец, С.Д. Никонович, Е.И. Куракина, Л.А. Дремина, С.В. Малиновский ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СОВРЕМЕННЫЕ ФОРМЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ	52	Н.Д. Богомолова КАЧЕСТВО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ	85
		Д.М. Гарафутдинов, Г.В. Савицкая, Т.П. Кулешова ПРОВЕДЕНИЕ КОНКУРСА СОЧИНЕНИЙ КАК СПОСОБ ИЗУЧЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ	86

**Выражаем благодарность
за помощь в издании настоящего сборника
руководителям организаций:**

- Агаджаняну В.В.*** — директору Государственного Научно-клинического Центра охраны здоровья шахтеров СО РАМН, г. Ленинск-Кузнецкий
- Агафоновой Т.Н.*** — главному врачу ЗАО МСЧ “Центр здоровья “Энергетик”, г. Кемерово
- Барбарашу Л.С.*** — главному врачу МУЗ “Кемеровский кардиологический диспансер”, г. Кемерово
- Данцигеру Д.Г.*** — главному врачу МУЗ “Городская клиническая больница № 1,” г. Новокузнецк
- Красногиро Т.В.*** — генеральному директору ЗАО “Медицинские технологии”, г. Москва
- Ликстанову М.И.*** — главному врачу МУ “Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского”, г. Кемерово
- Рычагову И.П.*** — главному врачу ГУ “Кемеровская областная клиническая больница”, г. Кемерово