

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования
Министерство здравоохранения Челябинской области
ГОУ ВПО ЧелГМА Роздрава
Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования

**Система обязательного медицинского страхования:
актуальные проблемы и перспективы развития**

МАТЕРИАЛЫ
межрегиональной научно-практической конференции

26–27 августа 2010 года

Под редакцией исполнительного директора Челябинского областного фонда ОМС
М.Г. Вербитского

Издательство «Челябинская государственная медицинская академия»
Челябинск, 2010

УДК 369.22 (063)
ББК 65.272 я 43
С 40

Система обязательного медицинского страхования: актуальные проблемы и перспективы развития: Материалы межрегиональной научно-практической конференции / Под редакцией М.Г. Вербитского. – Челябинск: Изд-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2010. – 84 с.

Организатор научно-практической конференции:

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

М.Г. Вербитский – председатель редакционного совета,
исполнительный директор Челябинского областного фонда ОМС
Т.И. Инсарская – к. м. н., заместитель председателя редакционного совета,
заместитель исполнительного директора Челябинского областного фонда ОМС по медицинским вопросам

Редакционный совет:

М.Г. Москвичева – д. м. н., первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области
Е.Д. Корсакова – к. э. н., главный специалист Красноярского краевого фонда ОМС
Н.Г. Калева – к. м. н., ответственный секретарь редакционного совета, главный специалист Челябинского областного фонда ОМС

В сборнике представлены материалы научно-практической конференции, посвященной актуальным проблемам и перспективам развития системы обязательного медицинского страхования, повышения качества и доступности медицинских услуг в системе ОМС. Материалы представляют интерес для работников системы ОМС, организаторов здравоохранения, руководителей ЛПУ, врачей, экономистов, представителей исполнительной и законодательной власти муниципальных образований, преподавателей медицинских вузов.

ISBN 978-5-94507-128-5

© Коллектив авторов, 2010
© Челябинский областной фонд ОМС, 2010
© Издательство «Челябинская государственная медицинская академия», 2010

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
<i>Вербитский М.Г., Инсарская Т.И.</i> Повышение эффективности здравоохранения через реформирование системы обязательного медицинского страхования	5
<i>Долгушин И.И., Волчегорский И.А., Щетинин В.Б., Яйцев С.В.</i> Актуальные вопросы подготовки медицинских кадров в Челябинской области	7
<i>Инсарская Т.И., Красовская Е.В.</i> Актуальные вопросы при проведении вневедомственного контроля качества медицинской помощи	11
<i>Инсарская Т.И., Красовская Е.В.</i> Защита прав застрахованных граждан – приоритетное направление работы ЧОФОМС	13
<i>Инсарская Т.И., Красовская Е.В.</i> Медико-экономическая экспертиза как основной способ оценки эффективности расходования средств ОМС (на примере Челябинской области)	15
<i>Калева Н.Г.</i> Интегральная модель аудита качества медицинской помощи	18
<i>Калева Н.Г., Кравченко Д.А.</i> Качественное информирование застрахованных граждан о системе обязательного медицинского страхования	22
<i>Кетова Г.Г., Цветов В.М., Анюшкин В.В., Астапенкова Ю.В.</i> Рациональное использование лекарственных средств, роль клинико-экономического анализа	24
<i>Кирюшкин М.В., Бойченко М.В., Голованова И.С.</i> Медицинская помощь гражданам вне территории страхования	26
<i>Ковтун А.А.</i> Право граждан на выбор страховой медицинской организации	29
<i>Козаченко С.В., Злобина В.Н.</i> Проблемы реализации Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (на примере Красноярского края)	33
<i>Корсакова Е.Д.</i> Совершенствование государственного финансового контроля при финансировании Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи	38
<i>Кузнецов Д.Ю.</i> Зачем нужны страховые медицинские организации?	43
<i>Москвичева М.Г.</i> Основные итоги реформирования инфраструктуры здравоохранения Челябинской области в 2005–2009 годах	51
<i>Окушко Н.Б.</i> Актуальные вопросы экономики медицинского страхования и здравоохранения	59
<i>Шеметова М.В., Красильникова Л.А., Кукина Е.В., Пирская Н.В., Челищева М.Ю.</i> «АНО МСЧ»: мифы и реальность, или Особенности работы негосударственных медицинских организаций в современных условиях	64
<i>Ушаков И.В.</i> Для чего нужны инновации в здравоохранении?	74

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данный сборник включает материалы научно-практической конференции, посвященной актуальным проблемам и перспективам развития системы обязательного медицинского страхования. Система ОМС создана и функционирует в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Её основными задачами являются: создание и совершенствование механизмов финансирования учреждений здравоохранения, контроль качества медицинской помощи и защита прав застрахованных граждан. Именно система ОМС на сегодняшний день является наиболее устойчивым каналом финансирования медицинских учреждений. В Челябинской области доля средств ОМС составляет от 40 до 70 % в общем объеме финансирования ЛПУ.

Задача повышения качества и доступности медицинской помощи во всем мире признана одной из важнейших проблем. Её решение предполагает существенную модернизацию здравоохранения в целом, в том числе реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье», повышение эффективности способов оплаты медицинской помощи и т. д. На сегодняшний день все участники системы ОМС нацелены на повышение качества бесплатной медицинской помощи, предоставляемой населению.

В 2010 году Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования впервые выступил организатором научно-практической конференции, которая призвана поднять проблемы, связанные с функционированием системы ОМС, и обсудить возможные пути их решения. Повестку дня составил широкий круг вопросов: от финансирования медицинских учреждений и защиты прав застрахованных граждан до вопросов рационального использования лекарственных средств и подготовки медицинских кадров.

В работе конференции приняли участие представители различных органов власти, страховой медицины, медицинских организаций из Челябинска, Магнитогорска, Красноярска, Иркутска и Москвы.

Исполнительный директор
Челябинского областного фонда
обязательного медицинского страхования

М.Г. ВЕРБИТСКИЙ

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

М.Г. Вербитский; Т.И. Инсарская, к. м. н.

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

Изменение подхода к организации оказания качественной медицинской помощи является велением времени.

Анализ деятельности медицинского учреждения позволяет руководителю определить приоритетные направления в организации оказания медицинской помощи в переходный период реализации программы Правительства Российской Федерации – модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы.

Реализация Программы направлена на решение следующих основных задач:

1. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.
2. Внедрение современных информационных систем в здравоохранении.
3. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

Прогнозируемыми индикативными показателями при реализации Программы будут:

- сбалансированность коечного фонда;
- повышение интенсивности работы коек;
- приоритетное развитие стационарзамещающих технологий при амбулаторно-поликлинических учреждениях и отделений неотложной помощи;
- повышение социального статуса врача и профориентация студентов.

Анализ деятельности медицинского учреждения позволяет пересмотреть потребность в стационарном коечном фонде. Особенно четко несбалансированность коечного фонда и недостаточная интенсивность работы койки видны при представлении медицинскими учреждениями данных при составлении муниципальной заявки на следующий год. Ряду руководителей приходится при этом сокращать количество коек, изменять их профильность.

Остановимся на работе реанимационной койки. ЧОФОМС ввел дополнительный дифференцированный тариф на лечение пациентов в отделении реанимации в зависимости от сроков лечения. Введение этого тарифа обусловлено большой нагрузкой на проведение лечения пациента в экстренных ситуациях. Считаем необходимым использовать этот тариф после оперативного лечения, когда необходимо проведение контроля восстановления основных функций организма.

Основой интенсивности работы круглосуточной койки, по нашему мнению, является максимальное проведение обследования пациента в первые сутки госпитализации («эффект первых суток»). Именно в первые сутки все подразделения медицинского учреждения должны участвовать в своевременной постановке диагноза, определении тактики и объема лечебных мероприятий.

Определение цели госпитализации, как врачом приемного отделения, так и заведующим отделением, отраженной в медицинской карте стационарного больного, является критерием в достижении клинико-лабораторной стабилизации.

Нами этот термин введен в определении «законченного случая», а значит и 100% оплаты тарифа. Во многих регионах РФ тариф лечения пациента на круглосуточной койке состоит из двух – период интенсивного лечения и период долечивания. По нашему мнению, именно клинико-лабораторная стабилизация соответствует интенсивному периоду. Целесообразно период интенсивного лечения проводить на круглосуточной койке, а долечивание проводить на стационарзамещающих койках.

Обследование пациента в первые сутки в большинстве медицинских учреждений является неосуществимым из-за ограниченности возможностей лаборатории. Выходом из этого тупика является оснащение лаборатории аппаратами, работающими в автоматическом режиме и позволяющими быстро получить результат, из-

бежать кадрового дефицита. Другим решением, по нашему мнению, будет организация межрайонных консультативно-диагностических центров, которые смогут централизованно организовать большой спектр исследований.

Другая, не менее острая, проблема – очереди на параклинические исследования (ультразвуковые, эндоскопические, рентгеновские и т. д.). Выход, по нашему мнению, может быть только в материальной заинтересованности специалистов параклиники – установление стимулирующих надбавок за принятых сверх нормы пациентов. Решение главного врача о таком стимулировании бывает более действенным, чем борьба с «оседанием денег в карманах» специалистов за принятых без очереди пациентов. Челябинский областной ФОМС планирует разработать и ввести тарифы на оплату параклиники.

Особенно хочется обратить внимание на развитие малоинвазивных методов лечения. Это операции с применением эндоскопического оборудования, литотрипсия и т. д. Применение таких методик позволит резко снизить сроки круглосуточного лечения, добиться ранней активизации пациента, а значит и раннего перевода на стационарзамещающие технологии. Тариф при этом будет 100 % («обследование и лечение, не требующее длительного наблюдения»). По нашему мнению, это медицина завтрашнего дня.

Перевод пациентов на койки дневного пребывания при круглосуточном стационаре уже несколько лет широко используется медицинскими учреждениями. Изначально целью перевода было долечивание пациентов. Однако с учетом особенностей оплаты по пациенто-дням цель долечивания уже не прослеживается. Медицинские учреждения используют эти койки для «зарабатывания» денег. Анализ средних сроков лечения на койке дневного пребывания показывает, что они сравнялись со сроками лечения на круглосуточной койке. При экспертизе качества оказания медицинской помощи на койках дневного пребывания выявляются следующие дефекты: отсутствие определения цели перевода, практически у всех пациентов прекращается медикаментозная терапия, отсутствуют осмотры заведующих отделениями.

В свете реформирования здравоохранения акцент ставится на развитие стационарзамещающих технологий при амбулаторно-поликлинических учреждениях. Это дневной стационар при поликлинике, стационар на дому, стационар при офисе врача общей практики, стационар одного дня для проведения инвазивных исследований (биопсия) и проведения малых операций и прочих вмешательств.

В ходе выполнения Программы модернизации системы здравоохранения к 2013 году планируется перевод скорой помощи на оплату по тарифам ОМС. В связи с этим предлагается при амбулаторно-поликлинической службе развивать отделения неотложной помощи с расширением функций.

По-видимому, развитие дополнительных технологий оказания медицинской помощи повлечет изменение оплаты отдельных видов медицинской помощи.

Широкое использование существующих технологий может стать своеобразным «ренессансом» преемственности в оказании медицинской помощи различными подразделениями медицинского учреждения. Использование замкнутой цепи: поликлиника – круглосуточный стационар – стационарзамещающие технологии – участковый врач или врач общей практики – позволит, с одной стороны, повысить качество оказания медицинской помощи, своевременно выявлять заболевания, своевременно осуществлять диспансеризацию и проводить профилактические мероприятия. С другой стороны, позволит нескольким подразделениям медицинского учреждения честно заработать деньги.

Впервые за много лет на уровне Правительства прозвучала фраза «повышение социальной роли врача». Уже разработана программа профессиональной ориентации студентов-медиков. Для реализации этой программы потребуются годы. Все осознают, что тот «золотой фонд» современного здравоохранения, который привык выносить все тяготы реформ, получать совершенно недостойную зарплату, нужно сохранять и рационально использовать кадровый ресурс с учетом современных реалий, создавать оптимальные условия для полного раскрытия их творческого потенциала.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*И.И. Долгушин, д. м. н.; И.А. Волчегорский, д. м. н.; В.Б. Щетинин, к. м. н.;
С.В. Яйцев, д. м. н.*

ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава

В Челябинской области подготовка медицинских кадров проводится в ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования», 9 медицинских училищах, Челябинском областном центре дополнительного профессионального образования специалистов здравоохранения.

В ЧелГМА обучение специалистов идет по следующим базовым программам высшего медицинского образования: лечебное дело (очное), педиатрия (очное), медико-профилактическое дело (очное), стоматология (очное, очно-заочное), фармация (очное, заочное), социальная работа (очное, заочное).

Послевузовское обучение проводится в интернатуре по 25 специальностям, ординатуре по 48 специальностям, аспирантуре по 29 специальностям, докторантуре по 2 специальностям.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 210 Н от 23.04.2009 «О номенклатуре специальностей специалистов» и приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 415 Н от 07.07.2009 «Об утверждении квалификационных требований к специалистам» в настоящее время есть возможность подготовки врачей по всем основным и дополнительным специальностям по окончании лечебного и педиатрического факультетов, разрешена подготовка в интернатуре по анестезиологии и реаниматологии, дерматовенерологии, онкологии, оториноларингологии, офтальмологии.

В 2010 году ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава получило лицензию на право подготовки по новым образовательным программам: эндокринология (интернатура), фармацевтическая технология (интернатура), управление и экономика фармации (интернатура), фармацевтическая химия и фармакогнозия (интернатура), челюстно-лицевая хирургия (ординатура), пластическая хирургия (ординатура, профессиональная переподготовка, повышение квалификации), рентгенэндоваскулярная диагностика и лечение (профессиональная переподготовка, повышение квалификации), косметология (профессиональная переподготовка, повышение квалификации), медико-социальная экспертиза (профессиональная переподготовка, повышение квалификации).

За период существования нашего вуза подготовлено 26 370 врачей, из них: 20 461 – по специальности «лечебное дело», 5 484 – по специальности «педиатрия», 283 – по специальности «стоматология», 142 – по специальности «медико-профилактическое дело», подготовлено 22 провизора и 548 специалистов – по специальности «сестринское дело».

Ежегодно ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава выпускает 587 студентов, 381 интерна, 160 ординаторов; проходят обучение 900 врачей.

Среднее медицинское и фармацевтическое образование проводится по следующим специальностям: лечебное дело (фельдшер), акушерское дело (акушерка), сестринское дело (медицинская сестра, медицинский брат), фармация (фармацевт), лабораторная диагностика (медицинский лабораторный техник). За 1999–2010 годы подготовлено 1 254 специалиста. Дополнительное среднее образование идет по программам: лечебное дело (фельдшер), акушерское дело (акушерка), сестринское дело (медицинская сестра, медицинский брат), фармация (фармацевт), лабораторная диагностика (медицинский лабораторный техник). В год выпускается 480 слушателей.

Анализируя обеспеченность нашей страны медицинскими кадрами в целом, следует отметить, что, по мнению ВОЗ, Россия занимает достойную позицию в мировом рейтинге по соответствующим показателям.

В настоящее время по численности врачей:

- 1-е место в мире – Китай – 1 862,6 тысячи;
- 2-е место в мире – США – 793,6 тысячи;
- 3-е место в мире – Индия – 614,6 тысячи;
- 4-е место в мире – Россия – 614,1 тысячи.

Количество врачей на 10 тысяч населения:

- 1-е место в мире – Куба – 64;
- 2-е место в мире – Греция – 54;
- 3-е место в мире – Белоруссия – 49;
- 4-е место в мире – Грузия – 45;
- 5-е место в мире – Россия – 43.

Количество больничных коек на 10 тысяч населения:

- 1-е место в мире – Япония – 139;
- 2-е место в мире – КНДР – 132;
- 3-е место в мире – Белоруссия – 112;
- 4-е место в мире – Россия – 97.

Обеспеченность врачами в 2010 году (на 10 тысяч населения; данные ВОЗ): Россия – 42, Франция – 37, Швеция – 36, Германия – 35, США – 27, Англия – 21; в мире в целом – 14.

Обеспеченность врачами (на 10 тысяч населения) в 2008 году (по данным Федеральной службы государственной статистики РФ): Российская Федерация – 49,6; Москва – 80,7; Московская область – 37,7; УрФО – 43,5; Свердловская область – 43,8; Тюменская область – 50,2; Курганская область – 28,5. Обеспеченность Челябинской области врачами весьма близка к общероссийскому показателю и составляет 40,6 на 10 тыс. населения. К сожалению, в настоящее время Министерство здравоохранения и социального развития РФ не определило целевые (желательные) уровни обеспеченности медицинскими кадрами, тем не менее министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова считает, что в России имеет место 27% дефицит врачей.

Обеспеченность врачами населения Челябинской области на 01.01.2010
(на 10 тысяч населения)

Наименование МО	Всего врачей	Терапевты	Педиатры	Хирурги
Всего по области	40,6	4,3	4,0	1,2
Челябинский ГО	40,1	6,0	5,5	1,4
Магнитогорский ГО	29,5	3,7	3,5	1,2
Октябрьский МР	11,2	1,9	1,5	1,1
Карталинский МР	10,5	1,6	2,5	0,7
Брединский МР	9,7	2,3	1,9	0,6
Карабашский ГО	14,3	1,9	2,6	0,6
Агаповский МР	5,9	1,4	0,3	0,3
ЮУЖД	31,8	6,8	0,3	1,9

В некоторых районах области очень низкая обеспеченность врачами, например: в Карталинском МР – 0,7 хирурга на 10 тыс. населения; в Агаповском МР – 0,3 педиатра и 0,3 хирурга на 10 тыс. населения.

Потребность Челябинской области в медицинских работниках

Годы	Врачи	Средние медицинские работники
2008	1 582	1 500
2010	1 356	790

Потребность Челябинской области в медицинских работниках из года в год остается высокой.

Заявки из Челябинской области на выпускников ЧелГМА

Годы	Челябинская область	Челябинск	Магнитогорск
2002	1 128	331	232
2003	1 240	330	137
2004	1 312	223	363
2005	1 378	275	431
2006	1 490	394	444
2007	1 508	370	392
2008	1 582	390	373
2009	1 636	308	206
2010	1 234	350	216

Результаты распределения и доезда выпускников

Показатели	2006	2007	2008	2009
Число выпускников	520	547	475	516
Распределены в ЛПУ Челябинской области	468 (90 %)	486 (89 %)	431 (90,7 %)	446 (86,4 %)
Приступили к работе в ЛПУ Челябинской области	203 (43 %)	127 (26 %)	215 (45,3 %)	222 (43 %)
Распределены в ЛПУ Федерального медико-биологического агентства РФ	13 (2,5 %)	13 (2,38 %)	15 (3,16 %)	7 (1,36 %)
Распределены в ЛПУ ЮУЖД	16 (3,08 %)	10 (1,83 %)	7 (1,47 %)	6 (1,16 %)
Выехали за пределы области, работают в других медицинских учреждениях	50 (9,62 %)	80 (14,62 %)	44 (9,26 %)	70 (13,56 %)

ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава ежегодно выпускает около 600 человек, имеют возможность пройти обучение в клинической интернатуре на бюджетной основе в ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава около 200 человек, в ГОУ ВПО УГМАДО Росздрава – 100 человек; оставшиеся 300 выпускников могут обучаться только на финансовой основе. В 2010 году ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава получило государственный заказ на постдипломное обучение специалистов в клинической интернатуре – 430 человек, в клинической ординатуре – 80 человек.

В настоящее время приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.07.2010 № 540 отменена должность врача-интерна и провизора-интерна в больницах, выпускники могут проходить только клиническую интернатуру. Планируется отменить интернатуру с 2015 года (на основании проекта нового образовательного стандарта, проекта Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ»).

Министерство здравоохранения и социального развития РФ в письме от 19.03.2009 № 16-4/10/2-1797 определяет порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников (далее – Порядок), утвержденный настоящим приказом, который распространяется на лиц (далее – медицинские специалисты, специалисты), имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, не соответствующее занимаемым должностям в учреждениях здравоохранения, не получивших послевузовского и (или) дополнительного профессионального образования, установленного действующими нормативными правовыми актами, но имеющих опыт практической работы по врачебной (провизорской) специальности и осуществляющих непрерывную деятельность по соответствующим специальностям более 5 лет.

Право образовательного учреждения: на основании документов, подтверждающих получение высшего, послевузовского и дополнительного профессионального образования, стаж профессиональной деятельности по специальности, и с учетом итогов проведенного вступительного испытания образовательное учреждение в соответствии с пунктом 6 Порядка самостоятельно определяет сроки, формы, содержание и технологии обучения. Продолжительность обучения устанавливается образовательным учреждением с учетом продолжительности ранее освоенных учебных планов и программ, имеющегося уровня профессиональных знаний, умений и практических навыков у конкретного специалиста. Кроме документов об образовании государственного (высшее и дополнительное профессиональное образование, аспирантура) и ведомственного (интернатура, ординатура) образца, могут учитываться документы, выданные образовательными и научно-исследовательскими учреждениями и учреждениями здравоохранения, подтверждающие прохождение стажировки. Основным документом о трудовой деятельности и трудовом стаже является трудовая книжка.

Заключение. В целом ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава обладает практически всеобъемлющими возможностями по подготовке специалистов здравоохранения различного профиля для территорий Челябинской области.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВНЕВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Т.И. Инсарская, к. м. н.; Е.В. Красовская

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

В структуре Челябинского областного фонда ОМС вопросы анализа вневедомственного контроля качества медицинской помощи на территории Челябинской области, работа с обращениями граждан до 2009 года были возложены на отдел защиты прав застрахованных и медицинской экспертно-аналитической работы.

Особенностью отдела является выделение раздела по формированию муниципальных (государственных) заказов на территории области, анализ утвержденных объемных показателей в ежемесячном режиме и контроль предъявленных к оплате медицинскими учреждениями завышенных объемов.

Объемы оказания медицинской помощи на протяжении 5 лет имеют стойкую тенденцию к увеличению. Количество пролеченных больных увеличивается ежегодно на 1,7–2,9 %.

Одной из причин является способ оплаты, при котором заработанные медицинским учреждением денежные средства напрямую зависят от объема выполненных медицинских услуг.

В связи с этим Положение по вневедомственному контролю качества медицинской помощи в системе ОМС Челябинской области, наряду с плановой экспертизой, утверждает целевой маршрут страховых медицинских организаций в медицинские учреждения, превысившие плановые объемы медицинской помощи. Страховые медицинские организации за 2009 год провели 125 экспертиз качества по результатам медико-экономического анализа. Только за 6 месяцев 2010 года количество таких возросло в 55 раз и составило 6 853 экспертизы.

Кроме того, приказом фонда утвержден порядок проверки сотрудниками фонда медицинских учреждений с превышением объемных показателей с целью выяснения возможных причин, а также определения тематики экспертиз качества медицинской помощи. Только сотрудниками отдела защиты прав застрахованных и медицинской экспертно-аналитической работы за период 2009 года было проведено свыше 40 подобных проверок. Инициировано 36 целевых и тематических экспертиз качества медицинской помощи.

Вневедомственный контроль в Челябинской области проводится во всех медицинских учреждениях системы обязательного медицинского страхования шестью страховыми медицинскими организациями с привлечением 181 внештатного эксперта системы обязательного медицинского страхования, входящего в регистр внештатных экспертов Челябинской области.

Спорные вопросы, возникшие при проведении экспертизы качества медицинской помощи в связи с несогласием главных врачей медицинских учреждений, в 2009 году рассматривались на 4 заседаниях экспертной комиссии, утвержденной приказом Министерства здравоохранения ЧО и Челябинским областным фондом ОМС.

По результатам 6 месяцев и года формируется анализ по вневедомственному контролю объемов и качества медицинской помощи, который направляется в Министерство здравоохранения Челябинской области для ознакомления и принятия возможных управленческих решений.

По итогам первого полугодия 2010 года в сравнении с аналогичным периодом 2009 года уровень дефектов повысился с 21 на 100 экспертиз до 25 в стационаре и с 18 до 22 на 100 экспертиз в поликлинике.

Данные, полученные по итогам года, учитываются при формировании муниципальных (государственных) заказов и используются для принятия управленческих решений по формированию потоков больных на лечение.

Аналитические данные качественных и объемных показателей по медицинскому учреждению в целом и в разрезе профилей в части ОМС позволяют медицинскому учреждению рационально перепрофилировать коечный фонд с учетом потребности, усилить ведомственный контроль в зонах неэффективности.

Помимо предоставления результатов экспертного контроля в Министерство здравоохранения Челябинской области, данная информация доводится до управлений здравоохранением муниципальных образований, глав администрации городов и районов.

В течение двух лет в соответствии с утвержденным графиком проведены выездные кустовые совещания. Целями совещаний являлись: информирование глав городов, районов и заместителей по социальным вопросам о результатах работы медицинских учреждений, определение зон неэффективности в их работе, анализ обращений граждан с предоставлением структуры обращений по каждой территории медицинского учреждения, а также результатов экспертного контроля в разрезе учреждения с учетом профилей.

По итогам таких совещаний разрабатывались мероприятия, направленные на устранение выявленных недостатков в работе.

ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ ЧОФОМС

Т.И. Инсарская, к. м. н.; Е.В. Красовская

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

В Челябинском областном фонде ОМС вопросы защиты прав застрахованных граждан до 2010 года были возложены на отдел защиты прав застрахованных и медицинской экспертно-аналитической работы.

Данное направление включало в себя:

- работу с устными и письменными обращениями граждан и их представителями по вопросам защиты прав граждан в получении медицинской помощи надлежащего качества;

- аналитическую работу по причинам обращений и совершенствованию механизмов защиты прав граждан;

- информационно-разъяснительную работу с субъектами ОМС по вопросам реализации прав граждан.

Фондом проводится ежемесячный мониторинг обращений граждан, поступающих в страховые медицинские организации, Челябинский областной фонд ОМС.

В первом полугодии 2010 года отмечен рост обращений граждан в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года в 1,3 раза (в том числе жалоб – в 1,2 раза). Обращает на себя внимание, что наибольший процент в обращениях составляют консультации – 91 % (первое полугодие 2009 года – 89 %), при этом количество **обоснованных** жалоб имеет тенденцию к снижению – с 292 до 249 (в 1,2 раза).

При анализе причин поступивших жалоб, в том числе обоснованных, лидируют:

1. Взимание денежных средств за медицинскую помощь, гарантированную территориальной программой.

2. Качество оказанной медицинской помощи.

3. Организация работы ЛПУ.

Рост обращений, как мы считаем, является не показателем ухудшения ситуации, а следствием совершенствования работы в этом направлении, а именно:

1. Открытие «горячей линии».

2. Усиление информированности граждан – размещение информации о правах граждан:

- на сайте Челябинского областного фонда;

- в медицинских учреждениях;

- прокат киноролика о реализации прав пациентов.

Количество экспертиз качества медицинской помощи по жалобам в 2009 году составило 323 случая (в 2008 году – 302 случая).

В 2009 году Челябинским областным фондом ОМС был разработан механизм возврата денежных средств (приказ от 17.06.2009 № 349 «Об утверждении положения о порядке возмещения гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Челябинской области, неправомерно понесенных ими расходов на оплату медицинской помощи»). В ряде медицинских учреждений страховыми медицинскими организациями были размещены формы заявлений на возврат затраченных средств при лечении.

Кроме того, для граждан даны разъяснения (сайт фонда, киноролик, средства массовой информации), что при сомнении больного в качественном оказании ему медицинской помощи эксперты СМО могут дать квалифицированное заключение после проведения экспертизы.

Таким образом, работа фонда по защите прав застрахованных, с одной стороны, увеличила поток обращений, но за счет разъяснительной работы снизилось количество обоснованных жалоб; с другой стороны, утвержденный порядок по возврату средств, затраченных пациентами на лечение, удерживает объем поступающих жалоб на достаточно высоком уровне.

С целью совершенствования работы по реализации прав пациента на доступность и качество медицинской помощи планируется организация «постов качества» в медицинских учреждениях Челябинской области. Задачами данного проекта являются:

- организация системы быстрого реагирования на обращения граждан;
- возможность своевременного предупреждения, выявления и (или) пресечения нарушений прав застрахованных граждан;
- организация «обратной связи» с населением об оценке деятельности медицинских учреждений;
- анализ системных проблем здравоохранения на территории Челябинской области и принятие управленческих решений для их устранения;
- повышение информированности граждан об их правах на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи.

МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА КАК ОСНОВНОЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС (НА ПРИМЕРЕ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Т.И. Инсарская, к. м. н.; Е.В. Красовская

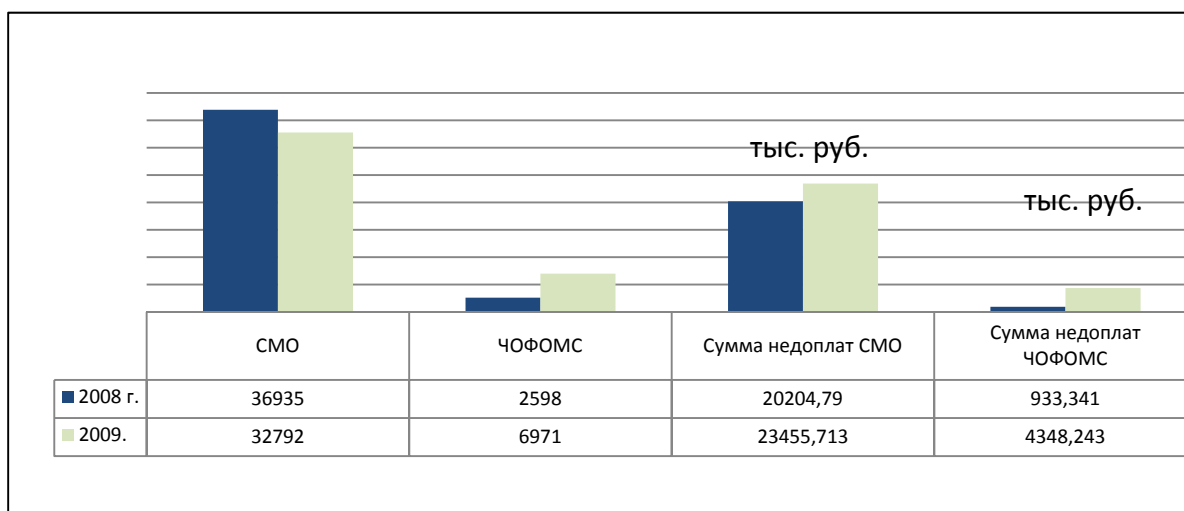
Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

В течение последних двух лет активизировалась работа фонда и СМО по проведению медико-экономической экспертизы (реэкспертизы) в связи с ежегодным приростом фактически оказанных медицинских услуг, а также с целью контроля применения дорогостоящих тарифов медицинскими учреждениями области и в соответствии с Положением о вневедомственном контроле в системе ОМС в Челябинской области.

В целом количество медико-экономических экспертиз увеличилось на 0,5% в 2009 году, при этом сумма недоплат возросла в 1,3 раза. Фондом инициировалось проведение целевого медико-экономического контроля объемов медицинской помощи, а также правильности применения новых тарифов или тарифов по оплате дорогостоящей медицинской помощи. За первое полугодие 2010 года количество экспертиз увеличилось в 1,2 раза, а суммы недоплат – в 1,4 раза по сравнению с аналогичным периодом 2009 года.

Сумма недоплат по медико-экономической экспертизе составила 17 526 320 руб. в первом полугодии 2010 года против 12 110 369 руб. в 2009 году.

В то же время возрастает удельный вес экспертной работы, проводимой сотрудниками фонда. Их количество увеличилось в 2,7 раза, при этом проведение данного вида экспертиз страховыми медицинскими организациями уменьшилась на 11%.



В структуре дефектов по медико-экономической экспертизе на 2,3% возросло количество случаев представленных счетов за «неоказанные медицинские услуги» и на 2,5% «непрофильной госпитализации».

Экономические потери при непрофильной госпитализации, указывающей в основном на недостатки в организации работы медицинского учреждения, по результатам медико-экономической экспертизы составили 2 331 341 руб.

Данные по непрофильной госпитализации доводятся до сведения администрации медицинских учреждений с рекомендациями перепрофилирования коечного фонда при формировании муниципальных (государственных) заказов на следующий год.

В 2010 году из перечня нарушений по медико-экономической экспертизе исключена необоснованная госпитализация. Данный дефект должен оцениваться внештатным экспертом качества.

Акцент в проведении медико-экономического контроля сделан на стационарные подразделения, оказывающие наиболее затратные виды медицинской помощи. Фондом проводится ежемесячный мониторинг выполнения утвержденных планов-заданий объемов медицинской помощи с размещением информации на сайте фонда. Структура дефектов по медико-экономической экспертизе в стационаре представлена в таблице:

	2009 г, %	Сумма недоплат, руб.	2008 г., %	Сумма недоплат, руб.
Другие способы завышения стоимости лечения	69,4	17 976 851	88,9	15 883 931
Непрофильная госпитализация	18,2	2 331 341	4,6	255 297
Отсутствие мед. документации, подтверждающей факт оказания мед. услуги	3,8	822 088	1	210 113
Необоснованная госпитализация	3	782 416	-	-
Включение в счет мед. услуг, не подлежащих финансированию из средств ОМС	1,5	573 552	4,8	1 170 480
Включение в счет неоказанной мед. услуги	1,2	213 059	0,7	44 650
Взимание платы за мед. услуги по ОМС (платные услуги или ДМС), счет за которые одновременно выставлен СМО	0,4	175 018	-	-

Необходимо отметить, что в 3 раза чаще стали встречаться случаи отсутствия медицинской документации, подтверждающий факт оказания медицинской услуги.

В амбулаторно-поликлинических подразделениях увеличилось количество нарушений, связанных с включением в счет неоказанной медицинской услуги или ее повторным включением в счет, а также взимание платы за медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию.

	2009 г. %	Сумма недоплат, руб.	2008 г., %	Сумма недоплат, руб.
Другие способы завышения стоимости лечения	63	2 252 467	65,9	2 047 062
Включение в счет неоказанной мед. услуги	19,6	983 873	15,9	704 440
Включение в счет мед. услуг, не подлежащих финансированию из средств ОМС	9,5	334 430	15,5	547 856
Повторное включение в счет одной и той же мед. услуги	4	135 593	-	-
Отсутствие мед. документации, подтверждающий факт оказания мед. услуги	3,6	434 045	2,7	267 701
Взимание платы за мед. услуги по ОМС (платные услуги или ДМС), счет за которые одновременно выставлен СМО	0,2	6 661	-	-
Непрофильная госпитализация	0,1	2 374	-	-

Результаты медико-экономического контроля выявили зоны неэффективности в организации работы медицинских учреждений и используются для совершенствования экспертного контроля.

Для устранения выявленных дефектов предусматриваются дополнительные пункты ответственности медицинскими учреждениями в договоре на предоставление лечебно-диагностической помощи между ЛПУ и СМО.

ИНТЕГРАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ АУДИТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Н.Г. Калева, к. м. н.

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

Качество медицинской помощи (КМП) определяется как соответствие ее структуры, объема, процесса, результата и стоимости установленным для них требованиям (1). Пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи, максимальным должно быть и взаимодействие пациента с системой медицинской помощи.

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) от 26.05.2008 № 111 определена организация вневедомственного контроля качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования (ОМС). Приказ предусматривает медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу страховых случаев и экспертизу КМП.

Экспертиза КМП проводится с целью выявления дефектов и ошибок, допущенных при оказании медицинской помощи, выявления причин их возникновения, составления экспертного заключения о надлежащем/ненадлежащем КМП, разработке рекомендаций по устранению причин и улучшению КМП.

В руководстве о системе менеджмента качества в здравоохранении в контексте международного стандарта ИСО 9001:2000 используется термин «аудит» – как проверка качества с целью достижения наилучших конечных результатов для пациентов/потребителей медицинских услуг и обеспечения их удовлетворенности.

Целью наших многолетних исследований является проведение сравнительного анализа динамики показателей КМП в сопоставлении с динамикой показателей финансирования, а также разработка оптимальной модели аудита качества лечебно-профилактической помощи.

Результаты сравнительного анализа показали, что с 2001 по 2005 год наблюдалось ежегодное неуклонное снижение частоты дефектов КМП (с показателем дефектов больше 0,04) в амбулаторно-поликлинической службе в целом – с 19 до 13 на 100 экспертиз, в педиатрической службе – с 18 до 9 на 100, а в терапевтической службе – с 19 до 12 на 100. Постепенное снижение частоты показателей дефектов КМП за этот период сочеталось с равномерным ростом финансирования всех служб здравоохранения и ростом заработной платы всех врачей.

С 2006 года началось выполнение приоритетного национального проекта «Здоровье», на осуществление которого государством выделялись ежегодно все возрастающие финансовые ресурсы, прежде всего на амбулаторно-поликлиническую помощь и высокотехнологичную. Значительно возросла оплата труда участковых врачей терапевтов и участковых врачей педиатров, улучшилось материально-техническое оснащение учреждений первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем произошел парадоксальный рост числа показателей дефектов КМП в амбулаторно-поликлиническом звене. В 2006 году число дефектов увеличилось в целом до 16 на 100 экспертиз, в педиатрической службе – до 11 на 100, в терапевтической – до 17 на 100. В последующие годы также наблюдался рост частоты дефектов в указанных службах: в 2007 году – в целом 16 на 100; в педиатрии – 15 на 100, в терапии – 17 на 100. В 2008 году показатели дефектов в данных службах составили 18, 15 и 22 на 100 экспертиз соответственно; в 2009 году – 21, 20, 23 на 100 экспертиз соответственно.

Проведенный нами анализ показал, что аналогичная динамика показателей частоты дефектов наблюдалась и в других поликлинических и стационарных службах. Причины этого парадоксального явления нами были рассмотрены ранее (2).

Одна из причин связана с переходом специалистов из поликлиник и стационаров в первичное звено здравоохранения в связи с увеличением денежных выплат медицинским работникам первичного звена, в то время как повышения заработной платы медицинских работников других поликлинических служб и работников стационаров не произошло, что не стимулировало качество работы последних. Сложилось ложное представление о том, что КМП в первичном звене здравоохранения зависит только от работников первичного звена, а не от специалистов и врачей других служб, работающих как в поликлиниках, так и в стационарах. Специалисты проходят углубленное обследование, устанавливают точный диагноз, назначают лечение, дают рекомендации по профилактике. Процесс КМП единый и неразрывный. Если не будет повышено качество специализированной помощи, как в поликлиниках, так и в стационарах, то не может произойти повышение КМП в первичном звене здравоохранения. Необходимость повышения заработной платы врачам первичного звена здравоохранения не вызывает сомнений. Однако нарушение принципа справедливости в оплате труда врачей других специальностей не могло не сказаться на показателях КМП. Само по себе повышение заработной платы еще не приводит к повышению компетентности врача первичного звена здравоохранения. Нужны годы, чтобы стать опытным врачом-клиницистом.

По нашему мнению, имеются наиболее весомые причины создавшейся ситуации. Они заключаются в отсутствии системы менеджмента качества в здравоохранении и отсутствии системы финансового контроллинга. Такая ситуация обусловлена также феноменом субоптимизации, который характеризуется диспропорциями финансирования в здравоохранении. Дефицит специалистов привел к увеличению очередей пациентов. Феноменом субоптимизации можно объяснить неэффективное использование кадровых, финансовых и материальных ресурсов.

Одной из важных причин неэффективного использования всех названных ресурсов здравоохранения является также несовершенство самой системы контроля КМП (3). Основным признаком ее несовершенства является проведение экспертной оценки эпизода или случая болезни ретроспективно по медицинской документации. В соответствии с рекомендациями ВОЗ современная модернизированная система первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи, включая высокотехнологичную, должна быть ориентирована на человека (4).

Нами разработана модель аудита качества в здравоохранении, которая означает системный интегрированный подход к оценке деятельности врача, среднего медперсонала, отдельных служб и систем государственного, муниципального и частного здравоохранения. Данная модель включает 10 аспектов.

Первый аспект аудита предусматривает выборочную (случайную) оценку качества медицинской помощи по традиционной методике, т. е. медицинской документации, отражающей деятельность врача при эпизоде или случае болезни.

Второй аспект аудита относится к методике реисследования больного. Он используется редко, по специальным показаниям.

Третий аспект аудита – это оценка инфраструктуры, медицинской службы, ЛПУ и отдельных их компонентов. На практике этот аспект осуществляется организациями и комиссиями по аккредитации и лицензированию.

Четвертый аспект – это аудит информационного обеспечения деятельности врачей, ЛПУ, служб, отрасли здравоохранения. Проведенные нами исследования по-

казали, что врачи не имеют полного набора стандартов (протоколов) ведения пациентов с различными заболеваниями, методических рекомендаций, поясняющих, как ими пользоваться. Врачи не обеспечены современной литературой, особенно переводной, не имеют выхода в Интернет. Эта проблема все еще остается нерешенной и негативно сказывается на КМП.

Пятый аспект аудита заключается в оценке компетенции врачей, их знаний, умений и навыков. Он проводится в основном при прохождении врачами обучения в системе дополнительного и послевузовского образования.

Шестой аспект связан с аккредитацией и лицензированием образовательных учреждений, оценкой качества вузовского, послевузовского и дополнительного образования. Речь идет об оценке качества системы подготовки кадров, врачей и средних медицинских работников.

Седьмой аспект аудита связан с анализом удовлетворенности пациентов работой конкретных врачей, ЛПУ, служб. Он включает также оценку приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений, рекомендаций и другие вопросы комплаентности.

Восьмой аспект аудита относится к анализу КМП в случаях летальных исходов. Нами совместно с В.Л. Коваленко, О.Ф. Калевым, Ю.Ю. Шамуровой в 2004 году было издано учебное пособие с грифом УМО «Клинико-патологоанатомическая экспертиза качества медицинской помощи в условиях страховой медицины», и разработан алгоритм медико-экспертной оценки с элементами юридического анализа летального исхода. Использование рекомендаций, изложенных в данном руководстве, приобретает особую значимость при экспертизе случаев преждевременной, предотвратимой смерти.

Девятый аспект обозначен нами как аудит медицинского обслуживания пациентов (5). Данный аспект имеет стержневое значение для оценки качества лечебно-профилактической помощи, включая здоровых людей. Действующая система контроля КМП неэффективна, так как ограничивается анализом случая болезни, а не экспертизы лечебно-профилактического обслуживания пациентов в течение длительного времени, как правило, не менее одного года. Аудит качества медицинского обслуживания коренным образом отличается от контроля и экспертизы КМП эпизода болезни или случая болезни при обращении за медицинской помощью. Аудит медицинского обслуживания позволяет оценить КМП не только при одном заболевании, но и их сочетании. Данный подход отвечает новому принципу модернизации первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на человека (4).

Последний, десятый, аспект называется популяционным. Он требует проведения специальных эпидемиологических исследований, которые могут обеспечить интегральную оценку состояния здоровья населения (здоров, практически здоров, болен) и распространенность факторов риска (поведенческие, биологические и факторы среды обитания). Данный аспект включает оценку качества ранней доклинической диагностики заболеваний, своевременности лечения и профилактики заболевания. Задачами этого аспекта является также получение информации об осведомленности людей о наличии у них заболеваний, адекватности лечения и причинах неэффективного лечения. Десятый аспект является чрезвычайно важным для перехода от контроля КМП к аудиту медицинского обслуживания и качества системы здравоохранения в целом.

Разработанная нами модель аудита КМП является научно обоснованной. Она отвечает новым принципам и требованиям организации первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на человека. Инфраструктура данной модели

аудита КМП может быть создана на базе территориальных фондов ОМС, что будет способствовать оптимизации управления финансовыми ресурсами, направленными на улучшение здоровья населения региона, доступности и качества медицинской помощи.

Литература

1. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: уч. пособие / Под ред. В.З. Кучеренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
2. Калева Н.Г. Роль врачей первичного звена здравоохранения и специалистов в повышении качества медицинской помощи. Материалы IV Межрегиональной научно-практической конференции Уральского федерального округа / Под редакцией профессора О.Ф. Калева, В.А. Шепелева. – Челябинск: Изд-во ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, 2007. – С. 33–38.
3. Калева Н.Г., Калев О.Ф. Аудит качества медицинской помощи: необходимость новых подходов. Актуальные проблемы охраны здоровья населения Челябинской области. Материалы V съезда врачей Челябинской области, посвященного 70-летию здравоохранения Челябинской области и 60-летию Челябинской государственной медицинской академии (25–26 ноября 2004 г.). – Т. 2. Сборник научно-практич. статей врачей Челябинской обл. – Челябинск: Изд-во «ЧелГМА», 2004. – С. 33–35.
4. Здоровье и системы здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2009. ЕРБ ВОЗ. ДК-2010. – 2100. – Копенгаген. Дания. postmaster@euro.WHO.int. Mednet.ru. – 205 с.
5. Калева Н.Г. От вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи к аудиту лечебно-профилактического обслуживания. Материалы областной научно-практической конференции, посвященной 65-летию ЧелГМА и памяти профессора Сеницына Петра Демьяновича / Под редакцией профессора О.Ф. Калева, В.А. Шепелева. – Челябинск: Изд-во ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава, 2009. – С. 69–72.

КАЧЕСТВЕННОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН О СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Н.Г. Калева, к. м. н.; Д.А. Кравченко

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

Интенсивное развитие информатики, информатизации, информационных ресурсов привело к появлению новой отрасли науки и практической деятельности – информатиологии. Сложносоставной термин информатиология состоит из двух слов: «информация» и «логия» и означает – наука об информации (естественной и искусственной).

В ноябре 2000 года в Москве состоялся Всемирный Информатиологический Форум (ВИФ). В работе Форума в Государственном Кремлевском Дворце участвовало 5 177 человек. Заместитель Генерального Секретаря ООН, академик МАИ Ю.М. Воронцов зачитал Обращение Генерального Секретаря ООН Кофи А. Аннана к участникам ВИФ 2000, в котором сказано: «Мир сейчас находится в центре информационной революции. Информация и знание быстро распространяются, как с точки зрения объема, так и с точки зрения доступности. Новые коммуникационные технологии предоставляют людям, которые принимают решения, новые беспрецедентные инструменты для дальнейшего развития... Информационная технология является относительно недорогой по сравнению с другими формами капитала. Все меньше и меньше она зависит от самих компьютеров или основных финансовых инвестиций, но все больше и больше от ума людей... Объединив наши усилия, мы сможем поставить информационные технологии на службу всему человечеству».

На ВИФ 2000 под эгидой ООН и Всемирного Информатиологического Парламента была одобрена и принята «Доктрина информатиологического развития человечества в XXI веке». В этой Доктрине сформулированы фундаментальные положения информатиологического развития человечества.

Принцип информатиологического подхода в исследованиях, построенных на базе естественной и искусственной информации, является безальтернативным и фундаментальным принципом научных исследований и социально-экономического развития мирового сообщества.

Информатиология впервые объяснила механизм всех процессов, явлений и состояний природы, в основе которого находится вездесущее фундаментальное (субэлементарное) отношение. Синонимом отношения является вездесущая фундаментальная информация и, наоборот, синонимом информации является отношение.

В Доктрине уделено большое внимание информатиолого-медицинским проблемам. Здоровье, как и счастье человека, оценивается лишь в комплексе его взаимоотносящихся состояний: физического, психологического, нравственного, эмоционального, интеллектуального и информатиологического. Все это составляет общее **информационное состояние человека**. Становится все очевиднее, что именно общее информационное состояние человека определяет и его внутреннее информационное состояние, а также его взаимоотношения с социальной и экологической средой. Информатиологи убеждены, что здоровье и состояние людей подчинено, как и все в мире, **универсальным законам сохранения информации, информационного единства и информационного равновесия Вселенной**. В Доктрине сказано, что «здоровье и счастливый человек – это информационно (а значит, и физически, и интеллектуально, и психологически, и морально, и эмоционально) уравновешенный человек, находящийся **в информационно уравновешенном обществе**, в обществе,

уравновешенном экономически и экологически, научно и технологически, политически и социально, нравственно и культурно, в поведении, в питании, в труде и отдыхе, в лечении и здоровом образе жизни».

Из изложенного становится понятным, что информациология имеет основополагающее значение для развития не только здравоохранения, практической медицины, но и системы обязательного медицинского страхования. От уровня развития информационного обеспечения системы ОМС, доступности и уровня информациологических технологий в страховой медицине во многом зависит защита прав застрахованных, доступность и качество медицинской помощи, эффективность использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов.

Достоверная, научно обоснованная информация в системе ОМС необходима для оценки медико-экономической эффективности и результативности всех осуществляемых проектов и программ и прежде всего – приоритетного национального проекта «Здоровье». Информациологическое обеспечение требует создания качественно новой информациологической инфраструктуры в системе обязательного медицинского страхования.

Медико-санитарная и медико-экономическая информация должна быть актуальной и легко доступной не только для системы ОМС и служб системы здравоохранения, но и для широкой общественности и населения. Системе ОМС в нашей стране исполняется два десятилетия. Тем не менее правовая культура застрахованных граждан остается на низком уровне. Пациенты недостаточно знают свои права, имеют поверхностные представления о страховой медицине, страховых медицинских организациях, предназначении страхового медицинского полиса и т. д. Это не столько их вина, сколько слабое информационное обеспечение населения. По существу, в системе ОМС не создана логически структурированная информациологическая служба.

Информациология – это новая наука. Информациологическим мышлением, знаниями, опытом, умениями должны овладевать все сотрудники не только в рамках деятельности своего отдела, но и активного взаимодействия с другими структурными подразделениями, а также населением через СМИ, общественными и научными организациями. Такой подход будет способствовать совершенствованию управления информационной системы, механизмами сбора, анализа, обеспечения качества, распространения информации и получения обратной связи. Также необходимо выполнение научных исследований в области информациологии системы ОМС.

В данной статье мы сделали попытку обосновать положение о необходимости создания информациологической структуры в рамках территориальных фондов ОМС на основе принципов современной науки информациологии. Информациологическая структура предназначена для информационного обеспечения самой системы ОМС и информационного обеспечения застрахованных граждан. По существу, речь идет о создании информационного центра, специализирующегося на взаимодействии с застрахованными гражданами по вопросам страховой медицины.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, РОЛЬ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

Г.Г. Кетова, д. м. н.; В.М. Цветов, к. м. н.; В.В. Анюшкин, Ю.В. Астапенкова

*ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава
Клиника ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава*

Перед главным врачом любого лечебно-профилактического учреждения постоянно встает вопрос о том, как экономно расходовать имеющиеся деньги. Понятно, что коммунальные платежи, выплаты по аренде являются неизбежными, и сэкономить на этих статьях расходов не удастся.

Реальная оценка и анализ затрат представляют интерес для главных врачей медицинских учреждений. Клинико-экономический анализ преподносит нам удивительные сюрпризы, вносит диссонанс в абсолютные истины, раскрывает парадоксы. В конечном счете, клинико-экономический анализ нужен руководителю как один из действенных инструментов обоснования принятия решений.

Что же можно проанализировать, кто это должен делать, как сделать такой анализ, какие решения принять по результатам клинико-экономического анализа – на эти вопросы мы постараемся ответить. В практической работе приходится уделять внимание трем видам анализа: ABC, VEN и частотному. Все три вида анализа объединяются термином «совокупный анализ затрат» и могут быть использованы в каждой медицинской или страховой организации, фондом ОМС или органом управления здравоохранением. Согласно приказу МЗ РФ от 22.10.2003 № 494 «О совершенствовании деятельности врачей – клинических фармакологов», в функции врача клинического фармаколога входит «с целью рационализации использования выделяемых финансовых средств – проведение 1 раз в год С анализа и доведение его результатов до сведения руководства ЛПУ для принятия решений».

Суть **ABC-анализа** состоит в ранжировании выбранных позиций по уровню затрат от наибольших к наименьшим. Этот анализ является обычной процедурой при оценке затрат и планировании расходов в любой коммерческой организации, даже не имеющей отношения к медицине. Вместе с тем применение этого анализа заслуживает пристального внимания, позволяет быстро и наглядно изучить распределение затрат, выявить наиболее затратные технологии.

VEN-анализ используется для ранжирования лекарственных средств по предложению ВОЗ около 20 лет. VEN-анализ предполагает присвоение определенного «индекса» важности: V (vital) – жизненная необходимость, E (essential) – важность, значимость, N (non-essential) – отсутствие значимости каждой анализируемой позиции.

Частотный анализ предполагает ранжирование выбранных позиций по частоте применения – от наиболее частых к наименее частым. Такой подход помогает сразу вычленить характеристику, связанную с частотой: например, затраты связаны с часто повторяющимися, но дешевыми услугами или с редкими, но имеющими очень высокую стоимость.

ABC-анализ предполагает распределение расходов на три группы: А – наиболее затратная (80 % всех расходов), В – среднетратные (15 % всех расходов) и малозатратная группа С (5 % всех затрат). Распределить на эти группы можно как затраты на лекарства, затраты на медицинские услуги, так и затраты в целом на заболевания.

Все препараты или медицинские услуги (отдельные списки), примененные в группе больных с определенным заболеванием, в отделении или в целом по организации, выстраиваются в таблицу в порядке от наиболее ресурсоемких к наименее ре-

сурсоемким. Обычно используют так называемый накопительный (кумулятивный) процент.

В зависимости от позиции исследования можно проводить ABC-анализ лекарственных средств следующих видов:

1. Анализ закупок различных лекарственных средств (препаратов) на уровне подразделения, медицинской организации, региона, в отдельной группе (например, льготного отпуска), отдельной службы или ведомства, страны в целом (например, по ввозу в Россию).
2. Анализ лекарств, применяемых при определенной патологии.
3. Анализ закупок и применения лекарственных средств определенных групп, при этом оптимально сведение лекарств в фармакотерапевтические группы.
4. Анализ использования определенных препаратов внутри одной фармакотерапевтической группы (например – антибиотики или гипотензивные средства).
5. Анализ с точки зрения оригинальных и генерических форм одного лекарственного средства.

Каждый из видов ABC-анализа имеет самостоятельное значение.

В реальной клинической практике обычно анализ делается вручную или в программе Excel, что громоздко и требует много времени.

Нами была сделана попытка создать программу с постепенным внедрением ее в практическую медицину путем непрерывного тестирования. Главный акцент сделан на создании единого информационного пространства и использовании возможностей современных информационных технологий как технической инфраструктуры для его полноценного функционирования.

Программа носит название Pharm Suite (<http://pharmsuite.ru>). В конце июля 2010 года ей исполнился 1 год. На данный период в программе разработано и тестируется несколько модулей.

Первый модуль – ABC-VEN анализ, позволяет производить клинико-экономические расчеты по использованию лекарственных препаратов. ABC-VEN анализы можно проводить отдельно по международным, торговым наименованиям и с учетом форм выпуска ЛП. Ко всей выборке возможно применение различных фильтров в виде даты или отделения больницы. Под отделением понимается любая обособленная единица лечебного учреждения. Так как препараты вначале поступают в больничную аптеку, то существует отдел «без отделения». Таким образом, можно проанализировать как вновь поступившие препараты, как и переданные в различные отделения. Существует возможность вести учет ЛС по источнику финансирования. При постепенном заполнении списка закупленных препаратов в разделе ABC-VEN анализа пополняется собственная база данных как торговых и международных наименований, так и форм их выпуска, что позволяет избежать при повторном вводе орфографических ошибок. Для компьютерного расчета именно орфография ввода – краеугольный камень. При неправильном вводе и последующем расчете часть значений может попадать в другие категории ABC, что искажает суть анализа. Этим грешат программы, в которых отсутствуют какого рода проверки. Имеется экспорт в MS Word и возможность объединения баз данных анализа из разных ЛПУ. Это удобно, если анализ проводить по городам или регионам. В самом конце распечатанного анализа присутствует несколько таблиц соответствия ABC-VEN в абсолютных и относительных цифрах, а также внутри категорий. Алгоритмы данного модуля используются в клинике ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава с 2005 года. По результатам этого клинико-экономического анализа формуляр клиники пересматривался несколько раз, что позволило уменьшить до нуля группу N во всех трех категориях (ABC). А также значительно уменьшило присутствие жизненно важнейших в B и C категориях.

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ГРАЖДАНАМ ВНЕ ТЕРРИТОРИИ СТРАХОВАНИЯ

М.В. Кирюшкин; М.В. Бойченко; И.С. Голованова

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования

Законом Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» закреплено право граждан на получение бесплатной медицинской помощи надлежащего качества на всей территории нашей страны, в том числе и за пределами постоянного места жительства, а также за пределами того региона, где гражданин застрахован по обязательному медицинскому страхованию.

В медицинские учреждения Челябинской области обращаются граждане, имеющие страховые полисы ОМС других субъектов РФ, в двух случаях:

- при временном пребывании в Челябинской области граждан, имеющих постоянную регистрацию в других регионах страны;
- граждане, имеющие постоянную регистрацию по месту жительства в Челябинской области, но работающие на предприятиях, зарегистрированных в качестве плательщика в иных субъектах РФ.

Число пациентов, предъявляющих при обращении в медицинские учреждения Челябинской области страховые полисы ОМС, выданные страховыми медицинскими организациями других регионов РФ, увеличивается ежегодно. Так, по сравнению с 2004 годом число случаев оказания медицинской помощи в МУ Челябинской области гражданам, застрахованным в других регионах РФ, увеличилось в 6,3 раза, а объемы финансовых средств, перечисленных в МУ на оплату оказанной данным гражданам медицинской помощи, – в 3,6 раза (рис. 1).

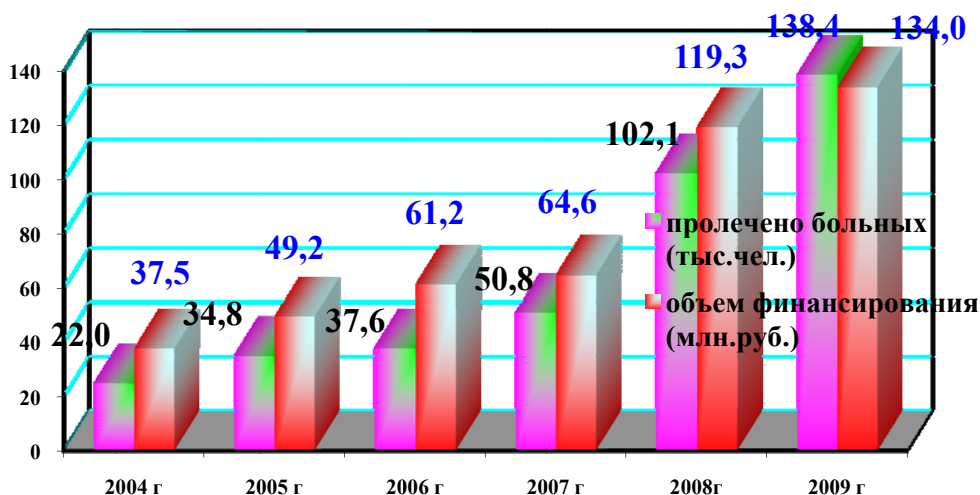


Рисунок 1. Динамика объемов медицинской помощи, оказанной в медицинских учреждениях Челябинской области застрахованным в иных субъектах РФ

Также увеличиваются объемы медицинской помощи, оказываемой в медицинских учреждениях других регионов России, гражданам, застрахованным в Челябинской области. Объемы финансовых средств, перечисленных в территориальные фонды ОМС на оплату этой медицинской помощи, по сравнению с 2004 годом увеличились в 4,2 раза, а число оказанных услуг – в 4,6 раза (рис. 2).

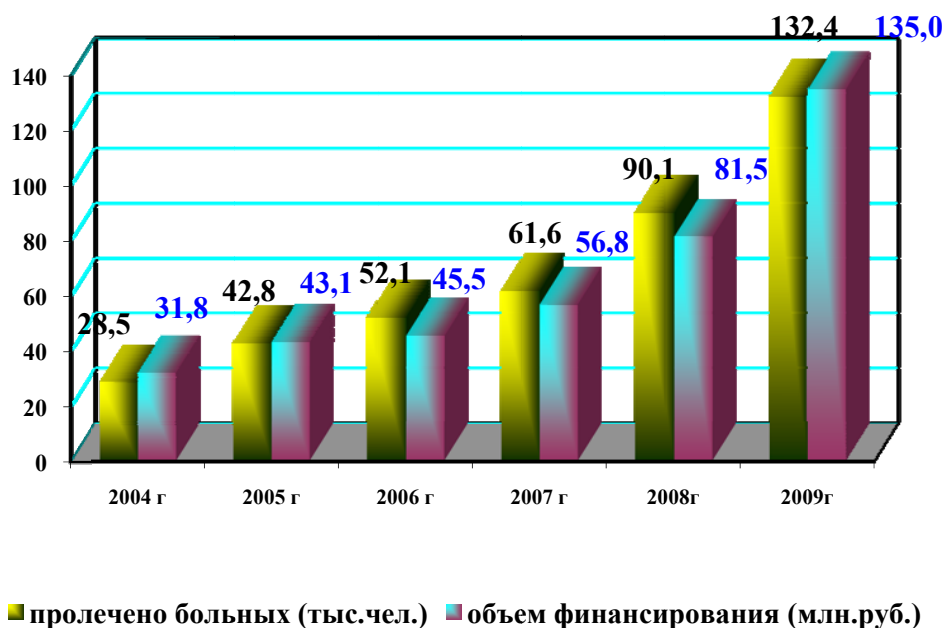


Рисунок 2. Динамика объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным на территории Челябинской области в медицинских учреждениях иных субъектов РФ

При осуществлении межтерриториальных расчетов Челябинский областной фонд ОМС взаимодействует с 85 территориальными фондами ОМС. Число страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование за пределами нашего региона, – 366. Граждане, застрахованные страховыми медицинскими организациями, действующими в системе ОМС Челябинской области, получают медицинскую помощь в более чем 8 тысячах медицинских учреждений по всей стране.

Медицинская помощь, оказанная гражданам вне территории страхования, оплачивается не за счет средств страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС, а за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС. Поэтому Федеральным фондом ОМС функции осуществления контроля объемов, качества, сроков и стоимости оказанной медицинской помощи возложены на территориальные фонды ОМС как по месту оказания медицинской помощи, так и по месту страхования.

Вневедомственный контроль объемов и качества медицинской помощи, оказанной в медицинских учреждениях Челябинской области застрахованным в иных субъектах РФ:

1. Медико-экономический контроль проводится в отношении 100 % предъявленных медицинскими учреждениями к оплате реестров счетов на оплату оказанной медицинской помощи.

В течение 2009 года медицинскими учреждениями Челябинской области предъявлено к оплате 3,2 тысячи счетов и реестров на оплату более 138 тысяч случаев оказания медицинской помощи застрахованным в иных субъектах РФ. По результатам МЭК выявлено 3 605 нарушений, основную часть которых составили неверное определение застрахованного к тому или иному региону страхования, необоснованное отнесение услуги к более дорогостоящей, повторное предъявление счета за одну и ту же услугу, применение недействующих тарифов, включение в счет услуг, не относящихся к межтерриториальным расчетам, и услуг, не входящих в базовую программу ОМС.

За 8 месяцев 2010 года предъявлено к оплате 162 тысячи случаев оказания медицинской помощи, при проведении МЭК выявлено 2 030 нарушений. Все выявленные ошибки формируются в Акт медико-экономического контроля и подлежат дополнительному рассмотрению и исправлению медицинским учреждением.

2. Медико-экономическая экспертиза проводится как по запросам ТФ ОМС по месту страхования, так и по результатам медико-экономического контроля реестров и счетов, предъявляемых на оплату медицинскими учреждениями Челябинской области. Проведение МЭЭ осуществляется штатными экспертами ЧОФОМС. С начала 2010 года проведено 30 экспертиз по результатам МЭК реестров и счетов, предъявляемых на оплату МУ Челябинской области, и 58 экспертиз по запросам фондов ОМС регионов страхования.

3. Экспертиза качества медицинской помощи проводится по запросам территориальных фондов ОМС по месту страхования. В сентябре-декабре 2009 года организовано проведение 66, а с начала 2010 года – 215 экспертиз качества медицинской помощи по запросам территориальных фондов по месту страхования граждан, получивших медицинскую помощь в МУ Челябинской области. Организация проведения ЭКМП включает в себя заключение договора с внештатным экспертом качества, включенным в областной регистр, обеспечение его необходимой медицинской документацией, предоставляемой медицинским учреждением, а также оформление акта ЭКМП и направление его в ТФ по месту страхования.

Вневедомственный контроль объемов и качества медицинской помощи, оказанной застрахованным Челябинской области в медицинских учреждениях других регионов РФ:

1. Медико-экономический контроль проводится в отношении 100 % предъявленных к оплате реестров счетов территориальными фондами ОМС по месту оказания медицинской помощи. В 2009 году проведен медико-экономический контроль более чем 132 тысяч случаев оказания медицинской помощи в медицинских учреждениях практически всех регионов РФ. По результатам МЭК выявлено 3 543 случая, требующих дополнительного рассмотрения и отклоненных от оплаты. Большую их часть (39 %) составили случаи предъявления к оплате медицинской помощи, оказанной гражданам, не застрахованным по ОМС в Челябинской области. Требуемыми проведения экспертизы качества медицинской помощи признаны 57 % случаев лечения.

За 9 месяцев 2010 года по результатам медико-экономического контроля 117 тысяч случаев оказания медицинской помощи выявлено 1 480 случаев, не подлежащих оплате либо требующих дополнительного рассмотрения. Среди них 52 % – это предъявление к оплате медицинской помощи гражданам, не застрахованным в Челябинской области, 47 % – случаи, требующие проведения медико-экономической экспертизы либо экспертизы качества медицинской помощи.

2. Проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, оказанной гражданам вне территории страхования, возможно только экспертами территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи. Экспертом ЧОФОМС как территориального фонда ОМС по месту страхования граждан проводится оценка экспертных заключений, предоставленных территориальными фондами ОМС других регионов РФ, для решения вопроса об оплате по результатам экспертизы. В течение 2009 года рассмотрено более 500 актов экспертизы качества медицинской помощи, а с начала 2010 года – около 700 актов ЭКМП и медико-экономической экспертизы.

Таким образом, осуществляя оплату медицинской помощи, оказываемой гражданам вне территории страхования, Челябинский областной фонд ОМС выполняет функции страховщика в части контроля объемов, качества, сроков и стоимости данного вида медицинской помощи.

ПРАВО ГРАЖДАН НА ВЫБОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А.А. Ковтун

ООО СМК «Астра-Металл», Магнитогорск

1. Правовые основы реализации права граждан на выбор страховой медицинской организации

Согласно ст. 6 Закона РФ № 1499-1 от 28 июня 1991 года «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», действующего в настоящее время, граждане Российской Федерации имеют право на выбор медицинской страховой организации.

Основными направлениями деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2012 года, утвержденными Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1663-р (ред. от 08.08.2009), предусмотрена в том числе «реализация на практике права граждан на выбор страховой медицинской организации».

Исходя из Конституционных норм (ст. 72) здравоохранение и обязательное медицинское страхование относятся к предмету совместного ведения Российской Федерации и ее субъектов.

Процедура выбора гражданином страховой медицинской организации федеральным законодательством не установлена.

Подпунктом 2 статьи 3 Федерального закона от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» установлено, что субъекты Российской Федерации вправе осуществлять собственное правовое регулирование по предметам совместного ведения до принятия федеральных законов. Такая позиция нашла отражение и в решениях Конституционного Суда Российской Федерации (Постановление от 15 декабря 2003 года № 19-П).

В соответствии с пп. 22 п. 2 ст. 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» к полномочиям администрации субъекта РФ отнесена организация обязательного медицинского страхования населения. Эти правовые нормы также предоставляют полномочия субъекту на отработку механизмов реализации права граждан на выбор страховой медицинской организации.

Учитывая возможность повышения эффективности использования средств системы обязательного медицинского страхования, повышения удовлетворенности граждан в условиях свободной конкуренции страховщиков, Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков обратился с письмом в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с просьбой высказать мнение о целесообразности исполнительным органам власти субъектов Российской Федерации в рамках своих компетенций разрабатывать соответствующие региональные нормативные правовые акты и вводить в регионах процедуру выбора гражданами страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, рассмотрев вышеназванное письмо, высказался о целесообразности разработки органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации соответствующих нормативных актов, обеспечивающих процедуру выбора гражданами страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования.

Кроме того, ФФОМС в информационных материалах «Об организации защиты прав граждан в системе ОМС» (письмо исх. № 6010/30-3/и от 30.11.2009) определил,

что выбор (замена) СМО осуществляется застрахованным лицом в соответствии с порядком, принятым на территории субъекта РФ, из числа СМО, имеющих лицензию на проведение ОМС на территории субъекта РФ, перечень которых публикуется ТФОМС в официальных периодических изданиях.

В ряде субъектов Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, Красноярский край и т. д.) приняты нормативные правовые акты, устанавливающие порядок реализации вышеназванной нормы закона.

В рамках реформирования здравоохранения премьер-министр РФ В.В. Путин, выступая на заседании президиума Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике, поручил Минздравсоцразвитию совместно с Минфином и ФФОМС оперативно разработать новую редакцию ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (внести новый закон в Госдуму не позднее июня 2010 года и принять – не позднее сентября 2010 года, ввести в действие с 01 января 2011 года). Министр здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голикова в своих выступлениях также неоднократно озвучивала данные даты.

В настоящее время ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» принят Государственной Думой РФ в первом чтении. В октябре 2010 года законопроект будет рассмотрен во втором чтении.

2. Практический опыт по реализации права неработающего гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования на территории Красноярского края в 2009 году

На территории Красноярского края неработающим гражданам возможность выбора (замены) страховой медицинской организации (далее – СМО) при обязательном медицинском страховании (далее – ОМС) предоставлена с октября 2009 года.

Постановлением Правительства Красноярского края от 06.10.2009 № 501-п (в редакции от 17.11.2009 № 585-п) «Об утверждении Порядка выбора (замены) страховой медицинской организации неработающим гражданином» (далее – Порядок) закреплены правовые нормы, обеспечивающие реализацию права выбора (замены) СМО неработающим гражданином Красноярского края.

Выбор (замена) СМО по обязательному медицинскому страхованию осуществляется неработающим гражданином (его законным представителем) на основании письменного заявления при предъявлении необходимых документов. Совершеннолетний дееспособный неработающий гражданин осуществляет право на выбор (замену) СМО самостоятельно, для граждан, являющихся недееспособными или ограниченно дееспособными, право на выбор (замену) СМО осуществляет законный представитель.

Неработающий гражданин (его законный представитель) самостоятельно выбирает СМО из числа СМО, имеющих лицензию на проведение ОМС на территории Красноярского края и заявивших о согласии осуществлять обязательное медицинское страхование на территории Красноярского края.

Порядок заявления СМО о согласии осуществлять ОМС неработающего населения края определен министерством здравоохранения Красноярского края – органом исполнительной власти края (далее – министерство здравоохранения), которое с 1 октября 2009 года является страхователем неработающего населения.

Кампанию страхования неработающих граждан: пенсионеров, студентов, детей, инвалидов, безработных граждан – на территории Красноярского края обеспечивали министерство здравоохранения, Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования (далее – краевой фонд ОМС) и страховые медицинские организации системы обязательного медицинского страхования края (далее – СМО).

Для проведения кампании краевым фондом ОМС и министерством здравоохранения проведен ряд совместных совещаний, в ходе которых был разработан план первоочередных мероприятий по организации ОМС неработающих граждан на территории Красноярского края, определены правила страхования, которые рекомендованы СМО в целях исключения случаев недобросовестной конкуренции и возникновения конфликтных ситуаций.

Проводились рабочие совещания с участниками системы ОМС, на которых рассматривались моделирование возможных ситуаций и предполагаемые риски при осуществлении страхования неработающих граждан в условиях выбора (замены) СМО.

Краевым фондом ОМС совместно с министерством здравоохранения были подготовлены и направлены в адрес глав администраций муниципальных образований края и министерства образования и науки Красноярского края разъяснения о проведении кампании по выбору (замене) СМО и обращение о предоставлении всем СМО равных условий при работе с неработающим населением.

В адрес руководителей учреждений здравоохранения края и руководителей СМО направлено разъяснение «Об оказании медицинской помощи неработающим гражданам в условиях реализации права на выбор СМО» с предложением обеспечить беспрепятственное оказание медицинской помощи всем неработающим гражданам.

Разработан и утвержден новый порядок формирования и ведения базы данных застрахованных граждан Красноярского края в условиях реализации свободного выбора неработающими гражданами СМО.

Внесены изменения и дополнения в договор о финансировании краевого фонда ОМС и СМО, учитывающие утвержденный порядок формирования и ведения базы данных застрахованных граждан и определяющие финансовую ответственность СМО за предоставление недостоверных данных о застрахованных гражданах.

В соответствии с утвержденным порядком ведения базы данных застрахованных граждан разработано необходимое программное обеспечение. В период выбора краевой фонд ОМС обеспечил своевременный прием и обработку данных о застрахованных неработающих гражданах на территории края, поступающих от СМО. Ежедневно проводился мониторинг выдачи полисов ОМС неработающим гражданам.

Краевым фондом ОМС совместно с министерством здравоохранения была организована работа по оформлению бланков полисов ОМС и бланков заявлений о выборе (замене) СМО, а также решены вопросы по их доставке в отдаленные северные территории. К моменту начала кампании в соответствии с заявками СМО было оформлено 117% полисов ОМС и изготовлено 107% заявлений от общего количества застрахованных неработающих граждан края.

2 ноября 2009 года состоялось подписание договоров об обязательном медицинском страховании неработающего населения Красноярского края между министерством здравоохранения и СМО, представившими в установленном порядке свое согласие на осуществление ОМС неработающих граждан Красноярского края.

Для информирования неработающих граждан министерством здравоохранения 3 ноября 2009 года опубликован в газете «Наш Красноярский край» и размещен на официальном сайте полный перечень СМО, которые получили право на ОМС неработающих граждан на территории Красноярского края.

Свой выбор неработающие жители в 2009 году осуществляют из четырех СМО и пяти филиалов СМО, а именно: ЗАО МСО «Надежда», ООО МСК «Медика-Восток», ЗАО СО «Корпорация медицинского страхования», филиал «Красноярск-РОСНО-МС» ОАО СК «РОСНО-МС», Красноярский и Норильский филиал «СК Согласие-М», Зеленогорский филиал МАСК «Макс-М», ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» в г. Красноярске, филиал ООО СК «Ингосстрах-М» в г. Красноярске.

Выбор СМО неработающими гражданами на территории Красноярского края в 2009 году осуществлялся с 3 ноября до 20 декабря.

Всем СМО были созданы равные стартовые условия по страхованию неработающего населения края: 3 ноября 2009 года в краевом фонде ОМС и филиалах краевого фонда ОМС, расположенных в отдаленных территориях (Таймыр, Эвенкия, Норильск), состоялась выдача подготовленных бланков полисов ОМС и бланков заявлений о выборе (замене) СМО одновременно всем СМО.

С целью информирования неработающего населения края о проведении кампании по выбору СМО подготовлен информационно-разъяснительный материал.

В краевой газете «Красноярский рабочий» и в газетах муниципальных образований края была опубликована статья С.В. Козаченко, директора краевого фонда ОМС, «ПОЛИС – ВСЕМ», «ГАРАНТИИ – КАЖДОМУ» о проведении в крае кампании по страхованию неработающего населения.

На сайте краевого фонда ОМС в разделе «ОМС в крае» создан специальный подраздел «Страхование неработающих граждан», где размещены нормативные документы, регламентирующие ОМС неработающих граждан, информация для неработающих граждан и перечень СМО, получивших право на страхование неработающего населения, с указанием адресов, телефонов, режима работы пунктов выдачи полисов ОМС. На сайте оперативно проводилось обновление информации о вновь открывающихся пунктах выдачи полисов ОМС.

С целью проведения консультаций для населения по организации обязательного медицинского страхования неработающих граждан был задействован телефон доверия «Право на здоровье» 8-800-700-000-3, для которого краевым фондом ОМС разработан перечень типичных вопросов и ответов.

В период проведения кампании по выбору СМО были разработаны, изготовлены и размещены в городе Красноярске и в муниципальных образованиях края, в самых посещаемых местах, информационные баннеры и плакаты.

Информационные плакаты изготовлены для каждой территории индивидуально. В плакатах указаны наименования СМО, имеющих право на ОМС неработающих граждан на данной территории, их адреса, телефоны, точный режим работы. Плакаты размещены в филиалах краевого фонда ОМС, управлениях (отделениях) Пенсионного фонда по Красноярскому краю, отделениях труда и занятости населения, медицинских учреждениях, высших учебных заведениях г. Красноярска, территориальных отделах агентства ЗАГС и других учреждениях и организациях.

На краевых телевизионных и радиоканалах в период проведения кампании осуществлялась трансляция информационного ролика по выбору неработающими гражданами страховой медицинской организации.

С целью исключения конфликтных ситуаций при страховании неработающих граждан краевым фондом ОМС и филиалами КФОМС ежедневно, в оперативном режиме, проводился мониторинг и анализ поступающих обращений и жалоб от неработающих граждан Красноярского края. По каждому случаю проводилась разъяснительная работа с заинтересованными сторонами и принимались необходимые меры по ликвидации причин, повлекших обращение граждан.

В результате проведенной краевым фондом ОМС и министерством здравоохранения организационной работы воспользовались правом и выбрали СМО за время проведения кампании с 3 ноября до 20 декабря 2009 года – 869 099 неработающих граждан, или 53,0 % от всех неработающих. Эти граждане получили новые страховые медицинские полисы обязательного страхования граждан.

По договорам ОМС министерства здравоохранения со СМО численность застрахованного неработающего населения по состоянию на 01.01.2010 составила 1 641 346 человек, или 56,8 % от населения края.

На основании вышеизложенного видится целесообразным применение положительного опыта Красноярского края по реализации права неработающего гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации в системе ОМС и на территории Челябинской области.

ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ)

С.В. Козаченко; В.Н. Злобина, к. м. н.

Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования

Приоритетом государственной политики в сфере здравоохранения является сохранение и улучшение качества жизни и здоровья населения. Ведущая роль в решении этой задачи принадлежит системе обязательного медицинского страхования (далее ОМС). При реализации Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в части программы ОМС в Красноярском крае сложились определенные проблемы, которые необходимо решить в целях обеспечения населения доступной и качественной медицинской помощью:

- недоступность ряда дорогостоящих видов помощи для граждан со средним и низким уровнем доходов;
- недостаточность информационно-разъяснительной работы среди населения;
- необходимость совершенствования организационных моделей оказания медицинской помощи.

Без реального решения этих проблем невозможно говорить о доступности качественной медицинской помощи в рамках государственных гарантий как на уровне Российской Федерации, так и на уровне конкретных субъектов России.

Красноярский краевой фонд ОМС и страховые медицинские организации (далее СМО) на территории Красноярского края в соответствии с действующим законодательством осуществляют деятельность по обеспечению и защите прав граждан на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества. В 2009 году на территории Красноярского края совместно с министерством здравоохранения края и СМО реализован ряд проектов, направленных на совершенствование информационно-разъяснительной работы среди населения, повышения доступности и качества медицинской помощи. Организована работа многоканальной круглосуточной телефонной линии «Право на здоровье», получил развитие институт страховых представителей в медицинских учреждениях «Посты качества», реализовано право граждан на выбор страховой медицинской организации, внедрен метод программно-целевой индексации для расчетов с больницами за оказанную медицинскую помощь.

Право граждан на выбор страховой медицинской организации определено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Для реализации этого права на территории Красноярского края был принят ряд нормативно-правовых актов, устанавливающих порядок, сроки и механизм предоставления неработающим гражданам самостоятельного выбора страховой медицинской организации. В соответствии с постановлением Правительства Красноярского края от 06.10.2009 № 501-п «Об утверждении Порядка выбора (замены) страховой медицинской организации неработающим гражданином» выбор страховой медицинской организации должен осуществляться из числа страховых медицинских организаций:

- имеющих лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования на территории края;
- изъявивших согласие на осуществление обязательного медицинского страхования неработающего населения края;
- заключивших договор страхования с министерством здравоохранения Красноярского края – страхователем неработающего населения.

Из 17 СМО, имеющих право на страхование неработающих граждан, своим правом воспользовались 8. В ходе реализации проекта на территории края было организовано 170 пунктов выдачи (замены) полисов. С 1 ноября по 20 декабря правом самостоятельного выбора СМО воспользовались 869,1 тысячи неработающих граждан, что составило 53 % от общего количества неработающих граждан.

Для повышения информированности граждан в вопросах получения бесплатной медицинской помощи и защиты их прав в феврале 2009 года фондом обязательного медицинского страхования совместно с министерством здравоохранения края и СМО начала работать круглосуточная бесплатная многоканальная телефонная линия 8-800-700-000-3 по вопросам доступности и качества медицинской помощи «Право на здоровье» (далее – телефон доверия).

Цель проекта – обеспечение и защита прав пациента на доступную и качественную помощь.

Задачи телефона доверия:

- повышение информированности граждан при получении бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи;
- организация «обратной связи» с населением края для получения информации об организации и порядке оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, о деятельности системы обязательного медицинского страхования и льготного лекарственного обеспечения;
- своевременное предупреждение, выявление и (или) пресечение нарушений законодательства об охране здоровья граждан, медицинском страховании;
- выявление и анализ системных проблем в сфере здравоохранения на территории Красноярского края;
- организация системы быстрого реагирования на обращения граждан.

Для обеспечения выполнения поставленных задач специалисты фонда нашли интересные технические решения. Использование «интеллектуального» многоканального телефонного номера, не имеющего ограничений по пропускной способности, позволяет расширять пропускную способность системы при увеличении количества одновременно поступающих звонков. В настоящее время одновременно обрабатывается до 30 звонков. Для работы был отобран оператор связи «Билайн», имеющий в своей структуре call-центр. Это позволяет принимать звонки, осуществлять обратный вызов (опросы населения, выполнять функции регистратуры и т. д.), проводить «прямые линии». Для контроля работы операторов, анализа сообщений вызовы автоматически фиксируются в специализированный электронный журнал. Электронный журнал представлен в виде веб-сервиса, что позволяет минимизировать временные затраты на информационный обмен и неограниченно расширять круг участников проекта. Комплексная программа информационного продвижения проекта предусматривает, помимо применения телефонной связи, разработку веб-портала для поддержки проекта. Застрахованный гражданин, находясь в любой точке России, набрав телефонный номер **8-800-700-000-3**, бесплатно в круглосуточном режиме получает компетентный ответ специалистов. В 2009 году на телефон доверия поступило 13 924 обращения (в среднем 44 обращения в сутки). По всем обращениям населению предоставлена консультативная и справочная информация, рассмотрены жалобы и заявления. За год работы телефон доверия стал инструментом информирования и защиты прав застрахованных, позволяющим не только оперативно реагировать по фактам нарушения прав граждан, но и благодаря возможности круглосуточного предоставления справочной информации о системе здравоохранения осуществлять профилактику этих нарушений. Проводимый регулярно анализ

поступающих на телефон доверия обращений граждан позволяет органам управления здравоохранением принимать решения, направленные на повышение качества и доступности оказания бесплатной медицинской помощи на всей территории Красноярского края. Кроме того, проведение посредством телефона доверия тематических «прямых линий» позволяет формировать у населения края культуру отношения к своему здоровью, стремления вести здоровый образ жизни. Результатом внедрения проекта должно стать создание единого информационного поля органов здравоохранения Красноярского края, фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций.

В целях обеспечения граждан качественной, доступной и бесплатной медицинской помощью в 2009 году получил развитие еще один проект краевого фонда ОМС (по согласованию с министерством здравоохранения края) – институт страховых представителей «Посты качества». Задача «Постов качества» – выявление фактов нарушений прав граждан, принятие мер по их устранению и предупреждению в момент получения медицинской помощи. На основании приказа КФОМС от 10 февраля 2009 года № 25 «Об организации работы страховых представителей в медицинских учреждениях» организована работа «Постов качества» в 5 медицинских учреждениях, перешедших на одноканальное финансирование. Страховыми представителями являются штатные работники страховых медицинских организаций, эксперты-организаторы. Работа страховых представителей организована в форме консультирования граждан и оперативного решения затруднений, возникающих при получении ими бесплатной медицинской помощи, осуществления контрольных проверок организации работы медицинских учреждений (очной экспертизы по технологии «срез дня»), анкетирования пациентов с целью изучения удовлетворенности качеством медицинской помощи.

За период работы с 20 марта по 31 декабря 2009 года к страховым представителям обратилось 755 пациентов, в том числе 695 – за консультациями. Основные вопросы обращений: получение, замена медицинского полиса обязательного страхования граждан, идентификация гражданина в базе застрахованного населения, организация работы ЛПУ, лекарственное обеспечение, оплата медицинских услуг. Организация работы «Постов качества» позволяет защитить пациента непосредственно в момент оказания ему медицинской помощи и предотвратить большую часть жалоб, связанных с нарушением прав граждан, застрахованных по ОМС.

В 2009 году был реализован проект «Программно-целевой индексации» с целью повышения эффективности использования имеющихся финансовых ресурсов, а также обеспечения государственных гарантий оказания бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи населению. Программно-целевая индексация – это метод оплаты стационарной помощи, который позволяет направить ограниченные финансовые ресурсы на лечение наиболее социально значимых в крае групп заболеваний и травм с применением современных технологий лечения, дорогостоящих лекарственных средств и расходных материалов и уйти от принципа индексации тарифов «тонким слоем по всему пирогу». В первую очередь средства были направлены на совершенствование медицинской помощи при заболеваниях, которые в крае являются основными причинами смертности, а лечение этих заболеваний недоступно населению из-за высокой стоимости. Для реализации этого проекта в ноябре 2008 года Согласительная комиссия системы ОМС утвердила организацию и порядок оплаты медицинской помощи стационара методом программно-целевой индексации тарифов. Индексация предусматривала дополнительное финансирование ряда лекарственных средств и расходных материалов:

- металлоконструкций – для выполнения операций малоинвазивного остеосинтеза при переломах костей, в том числе позвоночника и костей черепа, для челюстно-лицевых операций в стоматологии (взрослому и детскому населению);

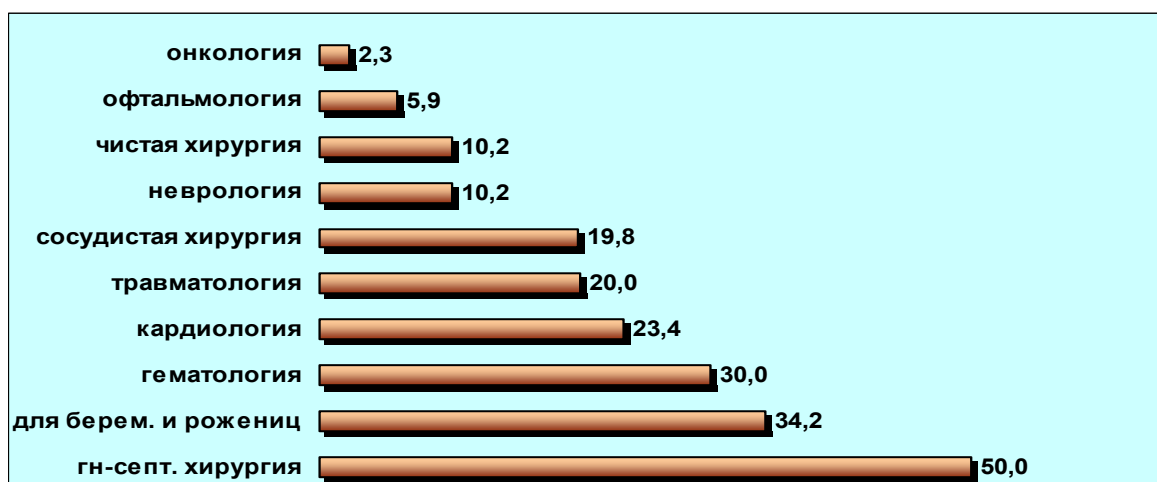
- сетчатых трансплантатов – для выполнения операций герниопластики при грыжах живота;

- хирургического набора и эластичных интраокулярных линз для выполнения операций факоэмульсификации в офтальмологии;

- дорогостоящих высокоэффективных лекарственных средств – при инфаркте миокарда, инсультах, атеросклерозе сосудов нижних конечностей, сепсисе, гемобластозах, у недоношенных новорожденных и в онкологии.

В 2009 году оплачено стационарное лечение с применением метода программно-целевой индексации 46 293 больным на сумму 306,2 млн рублей. Из них выписаны из стационара с выздоровлением 22 % пациентов, с улучшением (ремиссией) – 65,5 %, без перемен – 8 %, с ухудшением – 2 %, летальный исход наступил у 2,5 % больных от тяжести основного заболевания. С целью мониторинга реализации программно-целевой индексации проверены 54 учреждения здравоохранения, что составило 60 % от учреждений, участвующих в проекте. Результаты контроля предопределили ряд организационных мероприятий, направленных на корректировку механизма реализации программно-целевой индексации. Так, установлены ограничения по применению индексированных тарифов в ЦРБ (из 88 МУ, участвующих в проекте, осталось 44) в связи с отсутствием кадровых и технических возможностей выполнения высокоэффективных технологий лечения. На районном уровне (ЦРБ) метод применяется в соответствии со специальными разрешениями Согласительной комиссии системы ОМС. Учреждениям здравоохранения определен срок для организации предметно-количественного (персонифицированного) учета лекарственных средств и расходных материалов.

Увеличение стоимости лечения 1 больного в разрезе профилей (тыс. руб.)



Оценивая первые результаты проекта «Программно-целевой индексации», можно говорить, что этот метод носит инновационный характер, полностью соответствует системе целей и задач краевого здравоохранения, ориентирован на результат, свободно модифицируется в соответствии с организационно-функциональными особенностями муниципального здравоохранения края. Реализация проекта позволила получить:

- экономический эффект (снижение длительности лечения, рациональное использование средств, полное финансовое обеспечение тарифа);
- медицинский эффект (повышение качества медицинской помощи, возможность применять современные технологии лечения, снижение сроков временной нетрудоспособности, достижение стойкой ремиссии у ранее безнадежных больных);
- социальный эффект (обеспечение гражданам доступности современных технологий лечения, повышение удовлетворенности качеством медицинской помощи, улучшение качества жизни).

Литература

1. Постановление Правительства Красноярского края от 17.02.2009 № 76-п «О Программе государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи на 2009 год».
2. Постановление Правительства Красноярского края от 06.10.2009 № 501-п «Об утверждении Порядка выбора (замены) страховой медицинской организации неработающим гражданином».
3. Приказ Краевого фонда обязательного медицинского страхования от 10.02.2009 № 25 «Об организации работы страховых представителей в медицинских учреждениях».
4. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. Выпуск 2.-к49. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008. – 1376 с.
5. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: Методические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 60 с.
6. Черепов В.М. Одноканальное финансирование здравоохранения (на примере Московской области) // Банковское дело. – 2008. – № 94–97. – С. 12.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСОВОГО КОНТРОЛЯ ПРИ ФИНАНСИРОВАНИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Е.Д. Корсакова, к. э. н.

Красноярский краевой фонд обязательного медицинского страхования

Строгий и действенный государственный финансовый контроль является неотъемлемым элементом любого демократического общества, правового государства. Такой контроль обеспечивает предоставление обществу объективной информации об использовании государственных финансовых ресурсов, что, в свою очередь, предполагает ответственность органов власти за законность и эффективность финансового управления.

Контроль является завершающей стадией процесса государственного управления финансами. Государственный контроль реализуется в различных направлениях, но от имени и в интересах государства. Функциональная сущность контроля вытекает из объективной необходимости осуществления мониторинга процесса функционирования управляемого объекта с целью оценить обоснованность и эффективность принятых управленческих решений и результаты их выполнения, выявить отклонения от этих решений, устранить неблагоприятные ситуации и осуществлять корректировку действий.

Для того чтобы определить сущность и значение ГФК, уточним, что же такое контроль в принципе.

Под контролем в наиболее узком смысле (т. е. как функции или как стадии процесса управления) можно понимать совокупность следующих действий:

- 1) определение фактического состояния или действия управляемого звена системы управления организацией (объекта контроля);
- 2) сравнение фактических данных с требуемыми, т. е. с базой для сравнения, принятой в организации, либо заданной извне, либо основанной на рациональности;
- 3) оценка отклонений, превышающих предельно допустимый уровень, на предмет степени их влияния на аспекты функционирования организации;
- 4) выявление причин данных отклонений.

Сущность финансового контроля выражает следующая триада:

- 1) выявление разного рода нарушений (ошибок, злоупотреблений, включая мошенничество и т. п.) в процедурах управления государственными финансовыми потоками (в т. ч. в ведении бухгалтерского учета и составлении отчетности) и в финансово-хозяйственной деятельности хозяйствующих субъектов;
- 2) обеспечение устранения нарушений (т. е. принятие корректирующих мер по результатам контроля);
- 3) анализ факторов возникновения нарушений (включая определение мотивов нарушителей) и разработка профилактических мер по их предотвращению в будущем.

Последний аспект наиболее важен для контролеров, так как им необходимо не только выявить те или иные отклонения, но и дать рекомендации по их устранению и предотвращению в будущем. Другими словами, финансовый контроль, с одной стороны, обеспечивает возможность принятия эффективных управленческих решений, а с другой стороны, обеспечивает исполнение принятых решений.

Исходя из этого финансовый контроль можно рассматривать как один из элементов системы управления.

С учетом изложенного цели и задачи финансового контроля при финансировании Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (далее – ПГГ) можно представить в следующем виде (рис. 1).

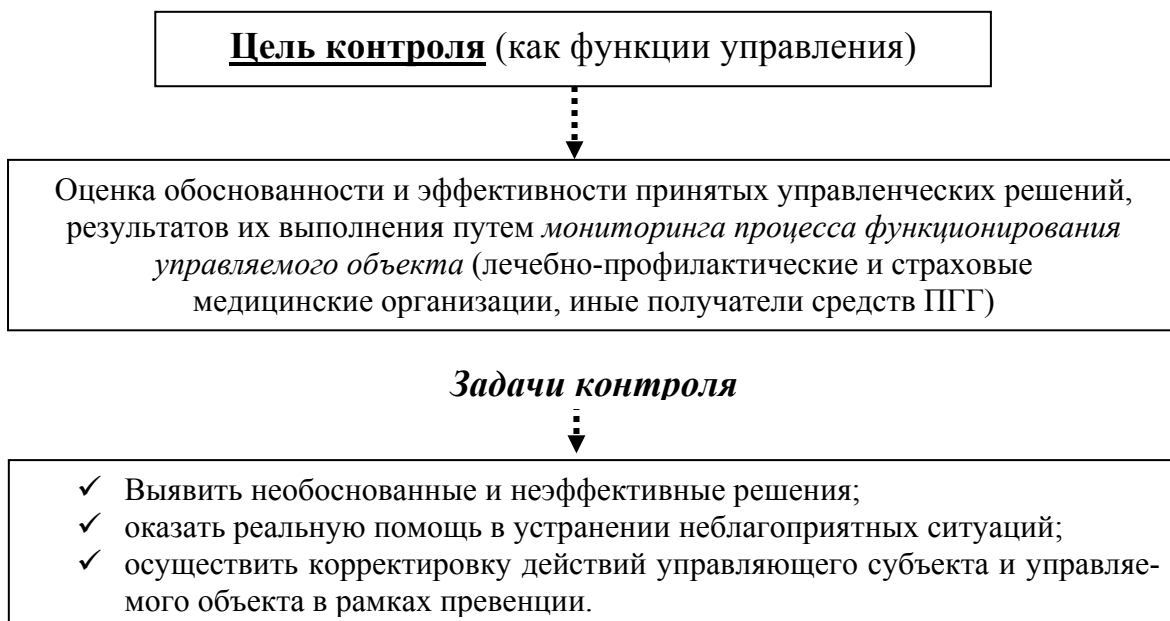


Рисунок 1. Цели и задачи финансового контроля исполнения ПГГ

Любая поставленная цель деятельности оценивается достижением соответствующих показателей. Эффективность финансового контроля – сложная экономическая категория. Она характеризуется определенными критериями и показателями.

Обычно когда рассматривают вопрос об эффективности управленческой деятельности, прежде всего имеют в виду адекватность достигнутых в процессе ее осуществления результатов намеченным целям, степень приближения результата к цели с одновременным учетом производственных затрат (времени, материальных и денежных средств, трудовых ресурсов и т. д.). С учетом этого положением критерием эффективности финансового контроля будет соотношение достигнутого контролирующим органом результата и поставленной цели.

Понятие эффективности финансового контроля тесно связано с понятием его результативности, поскольку результативность является ее главным критерием.

От критерия результативности неотделим критерий действенности финансового контроля, который отражает то положительное влияние, которое финансовый контроль оказывает на содержание деятельности проверяемого органа или лица, ее качество, умение контролирующего выправить положение: обеспечить своевременное и полное выполнение подконтрольным субъектом своих рекомендаций, указаний и предложений, а при необходимости добиться их выполнения, используя предоставленные законодательством полномочия.

Критерии эффективности финансового контроля (результативность, действенность, экономичность) позволяют судить о ней только в общей форме. Конкретно оценивать практические результаты финансового контроля помогают разработка и использование устойчивых, постоянных измерителей – показателей. Если критерии достижения цели контроля имеют общий характер, то для показателей характерно раскрытие внутреннего содержания контрольной работы, показ составных частей, из которых складывается полученный положительный результат, что и дает возможность оценивать качество контроля. Показатели играют двойную роль: с одной стороны, свидетельствуют об уровне работы контролирующего органа, являются осно-

вой оценки его работы, а с другой – выявляют и устраняют возникающие в подконтрольных субъектах нарушения. Показатели всегда должны содержать в себе количественную оценку проводимой контрольным органом работы.

Критерии эффективности финансового контроля обладают большей твердостью и устойчивостью, чем показатели. Это закономерно, поскольку показатели гораздо многочисленнее и разнообразнее, отражают различие задач конкретных проверок, специфику деятельности органов управления различными отраслями экономики.

Таким образом, если критерии эффективности финансового контроля отличаются единством, общим характером, то для показателей эффективности характерны конкретность, множественность и разнообразие.

При этом в практике контрольно-счетных органов Российской Федерации система оценки степени достижения цели финансового контроля достаточно детально сформирована только в Счетной палате Государственной Думы РФ. Обобщая опыт применения этих показателей и адаптируя их к системе ведомственного финансового контроля в государственной системе здравоохранения, можно предложить следующую систему оценки эффективности финансового контроля в здравоохранении (рис. 2).

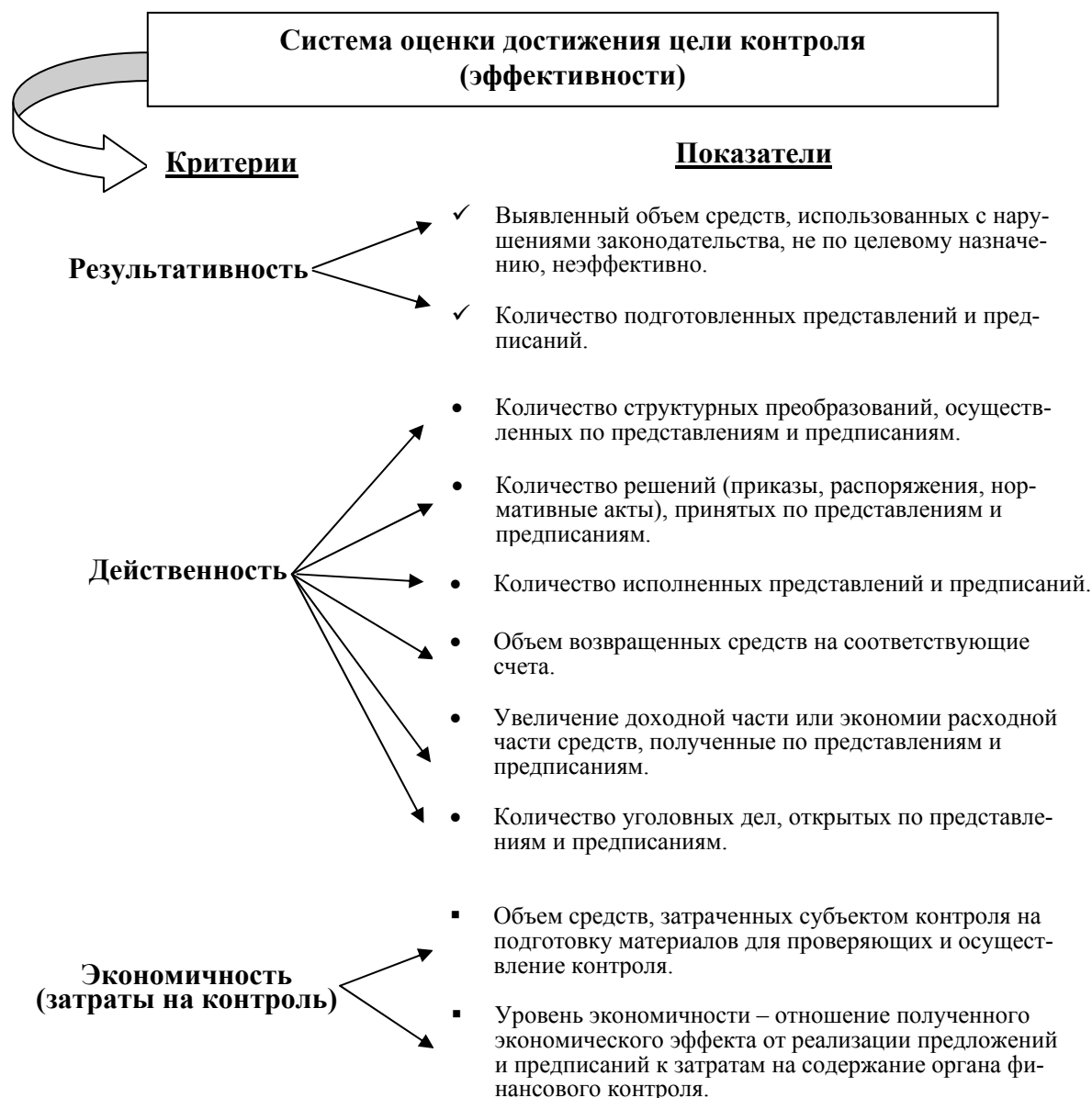


Рисунок 2. Система оценки эффективности финансового контроля в здравоохранении

Для повышения эффективности финансового контроля необходимо, во-первых, повышать качество работы инспекторского состава, который должен выявлять максимально возможное количество нарушений, во-вторых, снижать себестоимость контрольной работы.

Следует отметить, что в этой работе могут быть и определенные ограничения, которые заключаются в следующем: объем выявленных нарушений может снижаться по мере повышения результативности контроля, а сокращение себестоимости контрольной работы ограничивается необходимым уровнем ее качества. В идеале финансовый контроль должен привести к уменьшению нарушений, т. е. в перспективе он должен иметь профилактический характер.

Исходя из предлагаемой системы целей, задач и показателей достижения целей финансового контроля в здравоохранении можно сформировать основные *функции контрольно-ревизионного подразделения* территориальных фондов обязательного медицинского страхования:

- непрерывный мониторинг показателей объекта контроля (кого проверяем) по данным счетов-реестров, отчетам;
- выявление отклонений по результатам мониторинга (сравнение с плановыми значениями);
- анализ причин отклонения (факторный анализ, проверки, ревизии и др. методы);
- коррекция деятельности объекта контроля – формирование предложений, рассмотрение и контроль исполнения плана мероприятий по устранению отклонений;
- превенция (предупреждение) – обобщение причин отклонений, обсуждение, внесение изменений в нормативную и организационно-распорядительную документацию, методическое сопровождение контрольно-ревизионной деятельности;
- правоохрана – оформление и передача дел в прокуратуру.

Указанные функции контрольно-ревизионного подразделения в территориальном фонде обязательного медицинского страхования определяют организационно-функциональную схему контрольно-ревизионной деятельности (как вариант), позволяющую данные функции реализовать (рис. 3).



Рисунок 3. Примерная организационно-функциональная схема контрольно-ревизионной деятельности в ТФОМС

По нашему мнению, осмысление и использование предлагаемых теоретических и методических подходов к организации финансового контроля при финансировании Программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи и оценке эффективности финансового контроля позволит существенно повысить ответственность за результативность контроля и поднять на новую ступень эффективность деятельности территориальных контрольно-ревизионных служб в системе ОМС. Предлагаемые методические подходы могут использоваться для количественной оценки эффективности работы ревизоров, ревизионных отделов, отдельных направлений контроля, а также для стимулирования как отдельных сотрудников контрольно-ревизионных служб, так и служб в целом.

Таким образом, предлагаемые методические основы позволяют оценить эффективность финансового контроля как управленческого действия (функции), так и деятельности службы финансового контроля. Кроме того, они дают возможность сквозной оценки, т. е. приемлемы на различных уровнях управления службы финансового контроля (от рядового сотрудника до службы в целом), а также количественно определимы, что позволяет оценивать деятельность службы финансового контроля в динамике.

Литература

1. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07 1998 № 145-ФЗ (с изменениями и дополнениями).
2. Указ Президента РФ от 25.07.1996 № 1095 «О мерах по обеспечению государственного финансового контроля в РФ».
3. Постановление Правительства РФ от 12.05.1998 № 276 «О мерах по укреплению финансовой дисциплины».
4. Лимская декларация руководящих принципов контроля // Контроллинг, 1991. – № 1.
5. Декларация принципов деятельности контрольно-счетных органов Российской Федерации. – М.: Финансовый контроль, 2003.
6. Степашин С.В., Столяров Н.С., Шохин С.О., Жуков В.А. Государственный финансовый контроль. Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2004. – 557 с.

ЗАЧЕМ НУЖНЫ СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ?

Д.Ю. Кузнецов

Межрегиональный союз медицинских страховщиков

В течение ряда лет с определенной периодичностью в СМИ и на разных «открытых площадках» возникают дискуссии на тему целесообразности и эффективности функционирования существующей системы обязательного медицинского страхования. «Нужны ли нам страховщики?», «В чем смысл их существования?», «Выполняют ли они ту же работу, что и их коллеги за рубежом?» – эти вопросы звучат сейчас еще чаще. И это не удивительно. В Госдуму Российской Федерации внесен и принят в первом чтении проект Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», положения которого определяют на ближайшие годы вектор развития отечественной страховой медицины.

Так какую же роль играют медицинские страховщики сейчас, и какое место они должны занимать в «обновленной системе ОМС»?

За годы реализации системы обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации стали полноправным субъектом системы обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечившим реализацию значительных задач, а именно:

1. Выданы страховые полисы ОМС всему населению Российской Федерации.
2. Введение обязательного медицинского страхования впервые обеспечило оказание медицинской помощи гражданам на основании договоров, закрепляющих гарантии на оказание качественной медицинской помощи и материальную ответственность медицинских организаций. Страховыми медицинскими организациями реализован принцип договорной системы оказания медицинской помощи, отработан сложный механизм взаимодействия с медицинскими организациями.
3. Разработаны и внедрены в практику медицинских организаций автоматизированные системы персонифицированного учета застрахованных и оказанной медицинской помощи.
4. Разработаны методики и реализована тарификация медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями.
5. Реализован принцип оплаты медицинской помощи за фактически оказанные услуги, что позволило отойти от сметного финансирования лечебных учреждений и создать реальные предпосылки к переходу к конкурентной модели здравоохранения.
6. Создан независимый институт страховых медицинских организаций, осуществляющий оплату медицинской помощи, оказанной в системе ОМС, вневедомственный контроль качества оказанной медицинской помощи и защиту прав застрахованных на бесплатную медицинскую помощь.
7. Отработано взаимодействие между территориальными фондами обязательного медицинского страхования как провайдерами государственной политики в области ОМС в субъекте Российской Федерации и страховыми медицинскими организациями, реализующими практику обязательного медицинского страхования.
8. Осуществлена естественная селекция страховых медицинских организаций путем сохранения в системе ОМС компаний, соответствующих требованиям к финансовой устойчивости, установленным действующим законодательством.

В 2009 году СМО обеспечили (за счет эффективной деятельности по контролю объемов и качества оказанной застрахованным медицинской помощи) возврат в систему ОМС средств в сумме 12,56 млрд рублей, получив при этом на ведение дела 7,6 млрд рублей. Экономический эффект от деятельности СМО в денежном выражении в 2009 году составляет 5 млрд рублей, или около 60 % от средств, полученных стра-

ховыми медицинскими организациями на ведение дела от территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Таким образом, деятельность СМО в 2009 году повысила устойчивость территориальных программ ОМС на 12,56 млрд рублей, что сопоставимо с объемом нормированного страхового запаса, сформированного территориальными фондами обязательного медицинского страхования на конец 2009 года из средств территориальных программ ОМС, предусмотренных на 2009 год (по экспертным оценкам 13,07 млрд руб.).

На финансирование территориальных программ обязательного медицинского страхования из фондов ОМС в 2009 году в СМО поступило 464,7 млрд рублей.

В результате эффективного управления финансовыми ресурсами страховщики обеспечили поступление в систему ОМС дополнительных средств в сумме 1,73 млрд рублей за счет доходов, полученных от инвестиционной деятельности, экспертной деятельности, возврата в систему ОМС финансовых средств от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью застрахованных.

Для устранения причин, влияющих на качество и объем медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам, выявленных в результате экспертной деятельности, и повышения эффективности использования ресурсов ОМС медицинским организациям страховщиками направлено 3,94 млрд рублей. Израсходованные средства позволили внедрить новые медицинские технологии, обеспечить повышение квалификации врачей и провести другие мероприятия, влияющие на качество медицинской помощи.

Численность привлеченного страховыми медицинскими организациями персонала, осуществляющего обязательное медицинское страхование, составляет по экспертной оценке 25 тыс. человек. Административные расходы на 1 работника СМО в 2009 году составили 318,8 рубля в год. Вместе с тем с передачей функций страховых медицинских организаций государственным структурам по экспертным оценкам данные расходы возрастут в 1,5 раза, т. е. расходы на выполнение административных функций в сопоставимых к 2009 году ценах составят около 22,4 млрд рублей в год. Кроме того, единовременные затраты на создание инфраструктуры, обеспечивающей организацию обязательного медицинского страхования, составят около 4,5 млрд рублей. Таким образом, передача функций, выполняемых страховыми медицинскими организациями, государственным учреждениям потребует отвлечения средств ОМС в объеме до 23 млрд ежегодно (без учета единовременных затрат), что составит 4,3 % от стоимости базовых территориальных программ ОМС при сложившемся в 2009 году от этого же показателя норматива на ведение дела СМО 1,53 %.

Следовательно:

1. Деятельность страховых медицинских организаций (СМО) значительно повышает финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и уменьшает нагрузку на бюджеты.

В частности, в 2009 году бюджетные расходы на ТП ОМС (территориальные программы обязательного медицинского страхования) были существенно сокращены за счет деятельности СМО по контролю объемов и качества медицинской помощи: экономия страхового платежа составила 12,56 млрд руб., что превышает в 1,3 раза дефицит фактической стоимости ТП ОМС от утвержденной (9,49 млрд руб.) и в 1,7 раза – общий размер средств, затраченных на содержание СМО (расходы на ведение дела – 7,58 млрд руб.).

2. Страховые медицинские организации являются единственными независимыми защитниками прав гражданина в системе ОМС на качественную и доступную медицинскую помощь.

Осуществляя свою деятельность вне подчинения органам управления здравоохранением, СМО вынужденно конкурируют между собой, прежде всего, по качеству оказываемых услуг и уровню защиты прав застрахованных, включающему развитие системы информирования граждан, экспертизу качества и эффективности проведенного лечения, организацию досудебной и судебной защиты интересов застрахованных.

В рамках механизмов, предусмотренных новым законопроектом об обязательном медицинском страховании (свободный выбор гражданами СМО, ЛПУ, обязательное информирование СМО граждан о показателях работы ЛПУ и др.), данная конкуренция станет более действенной и приведет к повышению эффективности деятельности как СМО, так и ЛПУ в системе ОМС и повышению удовлетворенности граждан от взаимодействия с системой здравоохранения.

Учитывая накопленный опыт, имеющийся кадровый потенциал, а также мировой опыт медицинского страхования, присутствие СМО в системе ОМС должно быть не только законодательно закреплено, но и обеспечено необходимым перечнем прав и обязанностей, направленных на стимулирование конкуренции среди медицинских организаций, повышение качества предоставляемой медицинской помощи, расширение мотивации к индивидуальному подходу в работе с застрахованными гражданами. СМО должны:

- выступать в качестве «информированного покупателя» медицинских услуг для застрахованных и осуществлять при необходимости профессиональную помощь застрахованным в выборе медицинских организаций;
- определять виды, объемы, характер и стоимость «покупаемой» медицинской помощи для застрахованных (операционное планирование);
- осуществлять ОМС путем оплаты из сформированных страховых резервов медицинской помощи, оказанной вне зависимости от места проживания застрахованных;
- заключать договоры на предоставление медицинской помощи с ЛПУ, обеспечивающими предоставление застрахованным всего комплекса медицинских услуг, гарантированных программой государственных гарантий в рамках ОМС;
- осуществлять сопровождение застрахованных на этапах оказания медицинской помощи с целью обеспечения медицинских услуг соответствующего качества в необходимом объеме и в приемлемые сроки;
- управлять объемами медицинской помощи путем контроля обоснованности и сроков госпитализации, а также участвуя в процессе маршрутизации пациентов;
- осуществлять защиту прав застрахованных, вневедомственный контроль и экспертизу качества оказываемой медицинской помощи.

Принимать на себя и оплачивать из консолидированных страховых резервов риски, связанные с отклонением от плановых фактических расходов по оплате медицинских услуг.

3. Наличие СМО в системе обязательного медицинского страхования с тенденцией к увеличению функционала и использования механизмов управления средствами обязательного медицинского страхования соответствует мировым тенденциям развития медицинского страхования и будет дополнительным фактором, облегчающим интеграцию России в ВТО.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что государству эффективнее осуществлять обязательное медицинское страхование через страховые медицинские организации, накопившие за 17 лет деятельности опыт, материальную базу и значительный потенциал, который может быть реализован в рамках изменения законодательства, регулирующего деятельность по обеспечению населения услугами по обязательному медицинскому страхованию.

Приложение № 1

**Финансовые показатели ТП ОМС в 2009 году
(по данным отчета ФОМС)**

Наименование показателя	№ стр.	млрд руб.	% от факт. стоимости ТП ОМС
Расчетная стоимость ТП ОМС	1	669,25	
Утвержденная стоимость ТП ОМС	2	529,58	
Фактическая стоимость ТП ОМС	3	520,09	
Дефицит фактической стоимости над утвержденной	4	9,49	
Всего расходов по ТП ОМС, в том числе	5	520,09	
АУП ТФОМС	5.1	7,45	1,43
всего направлено в СМО, в том числе	5.2	464,71	
на РВД СМО	5.2.1	7,58	1,46
Субвенции	5.2.2	7,42	
Всего направлено в МО средств ОМС, в том числе	6	491,50	
направлено СМО на финансирование предупредительных мероприятий	6.1	3,94	
направлено в МО на оплату ТП ОМС, из них	6.2	486,00	
направлено СМО	6.2.1	451,62	
направлено в МО напрямую ТФОМС	6.2.2	34,38	
Объем НСЗ ТФОМС, не израсходованный в 2009 г. из средств ТП ОМС		13,55	2,61
Экономия страхового платежа по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП		12,56	2,41

Приложение № 2

Эффективность управления СМО средствами ОМС

Наименование показателя	№ стр.	Значение показателя		
		млрд руб.	% к объ- ему по- ступле- ний из ТФОМС (стр. 2.3)	% от де- фицита ТП ОМС
Дефицит фактической стоимости ТП ОМС над утвержденной	1	9,59		
Доходы СМО в 2009 г. всего, в том числе	2	466,43		
Текущие страховые платежи из ТФОМС на финансирование ТП ОМС, из них	2.1	457,28		
на РВД СМО	2.1.1	7,58	1,63	
дополнительные поступления из ТОФМС в виде субвенций на оп- лату мед. услуг	2.2	7,42		
всего поступило из ТФОМС из средств ТП ОМС в 2009 г. (стр. 2.1 + 2.2)	2.3	464,70		
другие доходы от деятельности по ОМС всего, в том числе	2.4	1,73	0,37	18,04
доходы от инвестирования резервов	2.4.1	0,66	0,14	6,88
штрафы, пени, регрессные иски	2.4.2	0,15	0,03	1,56
доходы от экспертной деятельно- сти и др.	2.4.3	0,91	0,20	9,49
Расходы СМО в 2009 г. всего, в том числе	3	465,39	100,15	
на оплату мед. услуг	3.1	451,60		
на РВД СМО	3.2	7,97		
на финансирование предупреди- тельных мероприятий	3.3	3,94		
возврат резервов	3.4	0,20		
Прочие расходы	3.5	1,65		
Объем резервов СМО на начало 2009 г.	4	26,40		
Объем резервов СМО на конец 2009 г.	5	31,00		
Увеличение резервов СМО за 2009 г.	6	4,60		
Эффективность управления сред- ствами ОМС (разница между сум- мой расходов СМО и объемом ре- зервов на конец 2009 г. и суммой средств ОМС, поступивших из ТФОМС, и объемом резервов на начало года)	7	5,29		55,16

Приложение № 3

Эффективность административных расходов СМО

Наименование показателя	№ стр.	Значение показателя	% от фактической стоимости ТП ОМС
Фактическая стоимость ТП ОМС, млрд руб.	1	520,09	
АУП ТФОМС, млрд руб.	2	7,45	1,43
РВД СМО, всего (млрд руб.), в том числе	3	7,97	1,53
от страховых платежей ТОФМС, млрд руб.	3.1	7,58	1,46
от инвестиционной, экспертной и др. направлений деятельности по ОМС, млрд руб.	3.2	0,39	
% средств РВД от других направлений деятельности по отношению к средствам РВД от страховых платежей	3.3	5,15	
Всего административные расходы (ТФОМС + СМО)	4	15,42	2,97
Численность работников СМО	5	25 000	
Численность работников ТФОМС	6	12 500	
Административные расходы на 1 работника СМО, в руб.	7	318,8	
Административные расходы на 1 работника ТФОМС, в руб.	8	596,11608	
Численность работников государственных структур передачи функций СМО (экспертная оценка)	9	37 500	
Прогнозируемые минимальные административные расходы государственных структур при передаче функций СМО, млрд руб. (без учета затрат на организацию инфраструктуры)	10	22,354353	4,30

Приложение № 4

**Информация из отчета
Федерального фонда обязательного медицинского страхования
(в частности – глава 4. Деятельность страховых медицинских организаций,
осуществляющих обязательное медицинское страхование)
Поступление и расходование средств ОМС в СМО в 2009 году**

	млн руб.
Поступило денежных средств в СМО, ВСЕГО:	466 400
<i>в том числе:</i>	
<i>для оплаты медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС</i>	449 700
<i>субвенции ТФОМС</i>	7 400
<i>доходы от использования временно свободных средств</i>	700
штрафы, пени, регрессные иски	100
прочие поступления	900
<i>на ведение дела СМО*</i>	7 600
Расходы средств ОМС СМО	
на оплату медицинской помощи	451 619
на предупредительные мероприятия	3 940
на ведение дела СМО, ВСЕГО:	9 810
ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СМО	
Экономия страхового платежа по результатам экспертизы	12 600
из них направлено:	
на оплату медицинской помощи	10 710
на устранение причин ненадлежащего качества медицинской помощи	1 348
на ведение дела СМО	542

* % на ведение дела СМО от общей суммы средств, поступивших за отчетный период

1,6%

Приложение № 5

Затраты на обеспечение деятельности 1 рабочего места

Компьютер, сервер (1/20)	40 500
Принтер, МФУ (при условии возможного сетевого ресурса)	10 000
Телефон, факс	10 000
Мебель	18 000
Прочие ОС	10 000
Коммуникации, ПО	17 500
Программные продукты специализированные	3 800
Защита персональных данных (152-ФЗ)	74 000
Обеспечение интернета, телефония, подключение	15 100
Места для застрахованных	20 000
Итого:	218 900

**Стоимость создания рабочих мест при формировании преемственной
СМО инфраструктуры, обеспечивающей доступность услуги
по ОМС для населения**

Статья	Кол-во	Затраты на 1 ед.	Затраты всего	Комментарии
Организа- ция рабо- чих мест*	19 043	218 900	4 168 512 700	Из расчета 1,37 на 10 тыс. человек. Всего 139 млн застрахованных
Обучение	19 043	10 000	190 430 000	
ИТОГО:			4 358 942 700	

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ИНФРАСТРУКТУРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005–2009 ГОДАХ

М.Г. Москвичева,

первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области, д. м. н.

С целью повышения эффективности управления ресурсами здравоохранения в государственных и муниципальных медицинских учреждениях в течение 2005–2009 годов в области проведена работа по оптимизации круглосуточных стационаров и развитию стационарзамещающих технологий, что является особо актуальным в свете Указа Президента РФ № 825 от 28.06.2007 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Челябинской области на 2005–2010 годы, принятой постановлением Правительства Челябинской области № 26-П от 17.03.2005, в течение пяти последних лет проводилась планомерная работа по повышению структурной эффективности системы здравоохранения, проведена оптимизация количества учреждений здравоохранения путем приведения в соответствие номенклатуре учреждений здравоохранения, а также путем сокращения неэффективно работающих коек, в результате чего в Челябинской области общее количество учреждений здравоохранения уменьшилось на 140 (или 37 %) (табл. 1).

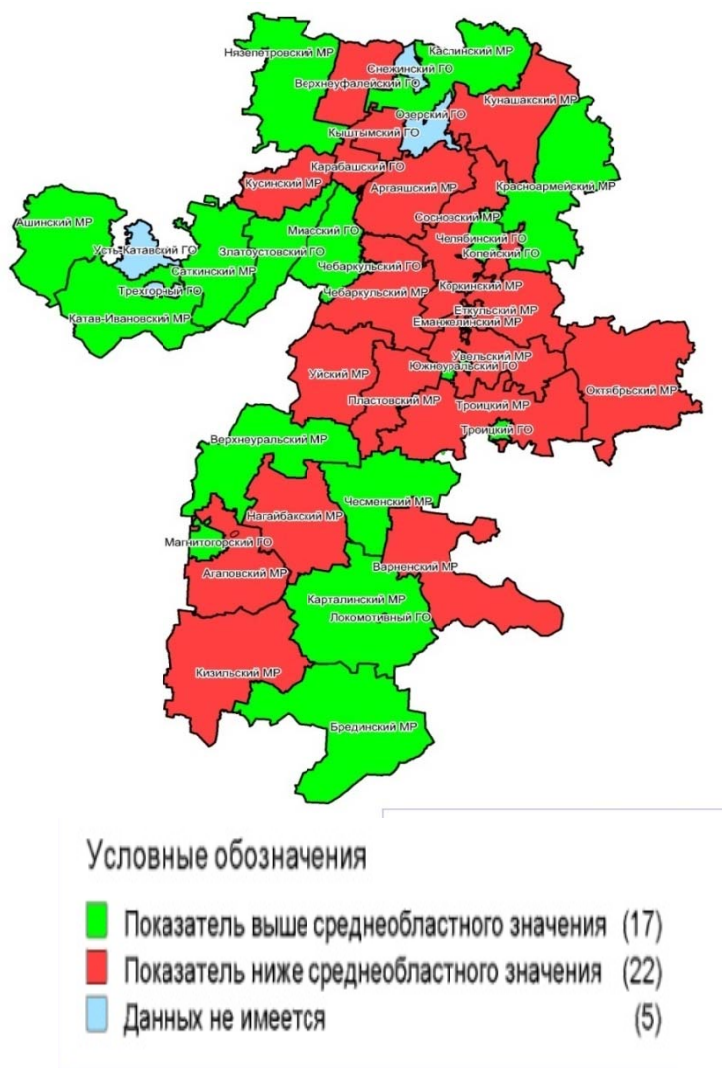
Таблица 1

Динамика количества учреждений здравоохранения области
за 2005–2009 годы

	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Количество государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (ед.)	382	272	262	247	242

Обеспеченность койками круглосуточного пребывания в Челябинской области сократилась по сравнению с 2005 годом на 16,9 %, с 102,5 до 85,2 койки на 10 тысяч населения. Показатель обеспеченности койками круглосуточного пребывания в Челябинской области практически достиг значения, рекомендуемого федеральной программой государственных гарантий. Так, обеспеченность койками круглосуточного пребывания в Челябинской области в 2009 году составила 85,2 на 10 000 населения при рекомендуемом значении 84,2.

Однако картографический анализ данного показателя свидетельствует о «мозаичной картине» обеспеченности койками на муниципальном (первичном) уровне (карта 1).



Карта 1. Обеспеченность круглосуточными койками (на 10 тыс. населения)

В абсолютном выражении сокращено 6 294 (17,4%) неэффективно работающих койки. Наибольшее сокращение стационарных коек произошло за счет коек инфекционного (14%), педиатрического (18%), хирургического (8%) и терапевтического (11%) профилей, общего профиля (13%) (рис. 1).

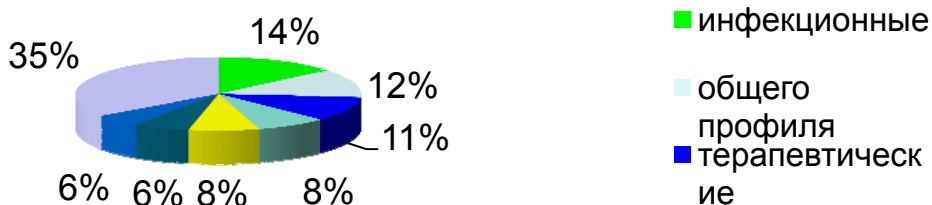


Рисунок 1. Структура сокращенного круглосуточного коечного фонда (%)

При этом число пролеченных больных имеет тенденцию к уменьшению: по круглосуточным стационарам с 243,7 в 2005 году до 224,6 на 1 тыс. населения в 2009 году.

Из 6 294 сокращенных коек круглосуточного стационара 1 783 койки (28,3 %) переведено в койки дневного стационара, 4 511 коек (71,7 %) сокращены как неэффективные (табл. 2).

Таблица 2

Обеспеченность населения больничными койками и работа коечного фонда за 2005–2009 годы

№ п/п	Наименование показателя	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Стационары круглосуточного пребывания:						
1.	Обеспеченность круглосуточными койками:					
	всего коек (тыс.)	36,2	35,56	33,68	31,6	29,9
	на 10 тыс. населения	102,5	101,1	95,9	90,1	85,2
2.	Число пролеченных больных:					
	всего (тыс.)	863,09	762,49	742,93	805,6	788,2
	на 1 тыс. населения	243,7	216,4	211,4	229,5	224,6

В развитии стационарной помощи в последние годы стала намечаться некоторая тенденция к усилению специализации коечного фонда. В структуре коечного фонда на конец 2009 года койки «базовых профилей» составили 39,5 %, специализированные – 60,5 %. Начата работа по разделению коечного фонда в зависимости от интенсивности проводимого лечения.

В составе «базовых профилей» максимальное количество занимают терапевтические койки (21,5 %), в структуре специализированных – психиатрические койки (18,5 %).

Одновременно с сокращением избыточного коечного фонда следует отметить положительную динамику показателей функции работы койки и средней длительности госпитального лечения, что прямо свидетельствует об интенсификации работы стационарной койки.

Функция работы койки в Челябинской области в 2009 году увеличилась по сравнению с 2005 годом на 2,5 % и составила 335 дней (при рекомендуемом нормативе 330 дней в году) преимущественно за счет областных учреждений здравоохранения (рис. 2).

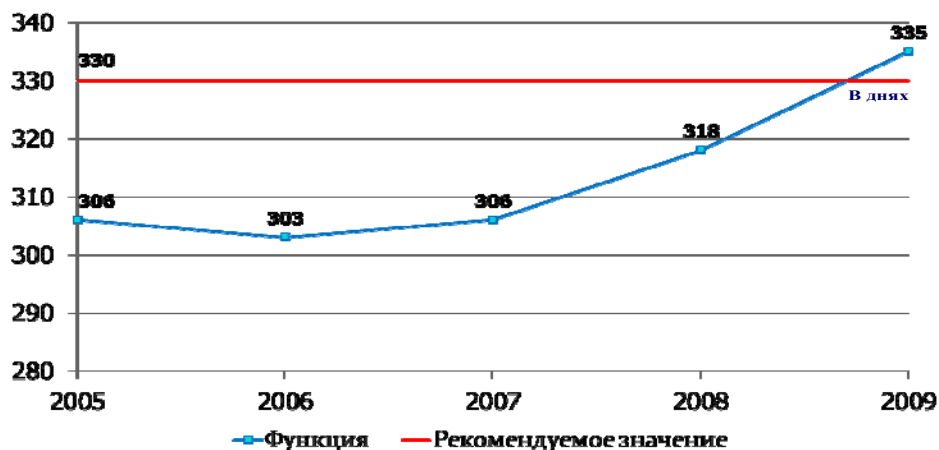


Рисунок 2. Динамика функции работы круглосуточной койки в днях

Средняя длительность пребывания больного в стационаре уменьшилась на 7,4 %, с 13,5 дня в 2005 году до 13,2 дня в 2009 году (рис. 3).

Наибольшая длительность стационарного лечения отмечается на фтизиатрических и психиатрических койках – среднее число дней пребывания больного на койке составило в 2009 году 86,4 и 57,5 дня соответственно. Это связано с переходом на соответствующие стандарты лечения, которые предусматривают изоляцию пациентов на весь период лечения.

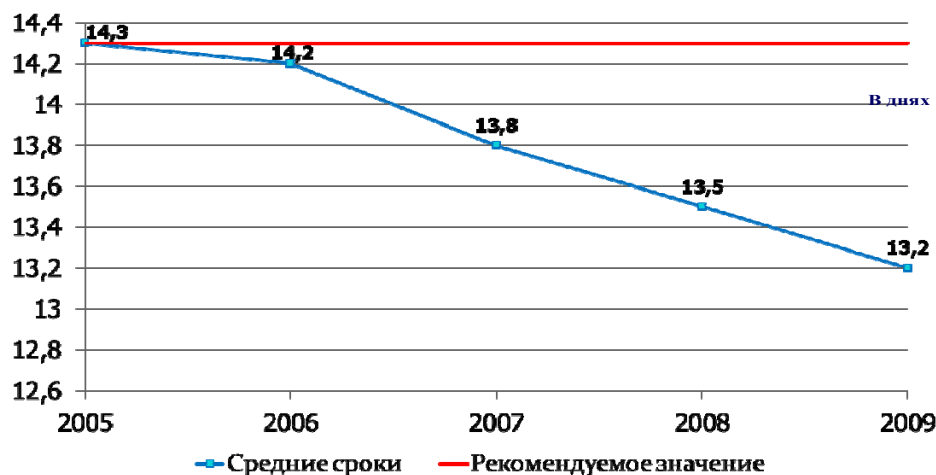


Рисунок 3. Динамика средней длительности лечения в стационаре, дни

В течение последних пяти лет в рамках проводимой работы по повышению структурной эффективности учреждений здравоохранения получили развитие стационарзамещающие технологии – дневные стационары на дому, центры амбулаторной хирургии и др. Количество мест в дневных стационарах за этот период увеличилось на 35,3 %, с 5,1 тыс. до 6,9 тыс. (рис. 4). Обеспеченность койками дневного пребывания в Челябинской области составила 19,5 при нормативе 19,7 на 10 тыс. населения.

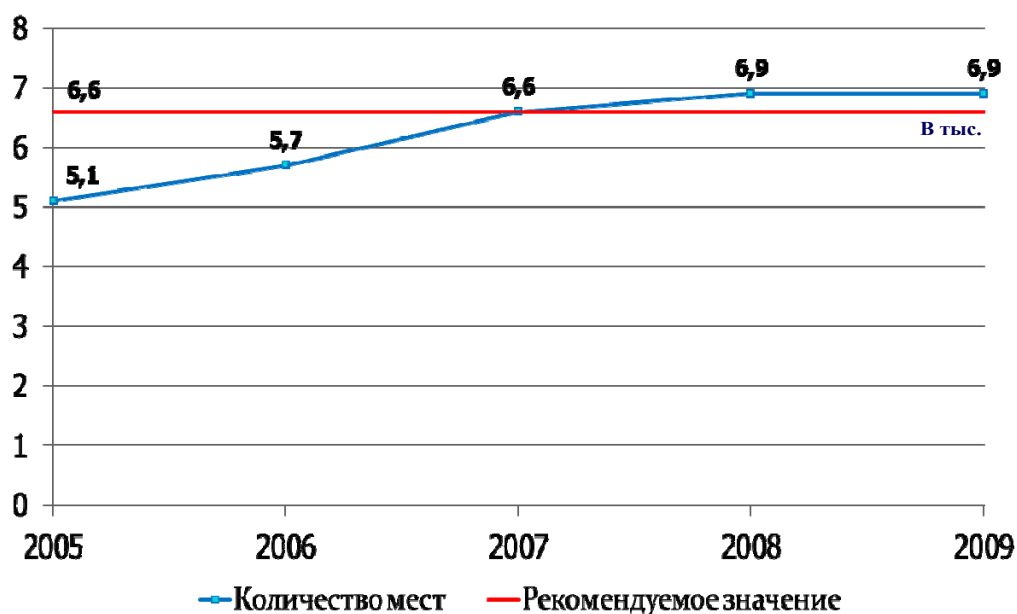


Рисунок 4. Динамика количества мест дневных стационаров (тыс.)

В структуре коек дневного пребывания 20,0 % составляют койки общего профиля (участковые больницы), 19,0 % – терапевтические, 11,0 % – гинекологические, 7,0 % – хирургические, 7,0 % – педиатрические, 6,0 % – неврологические (рис. 5).

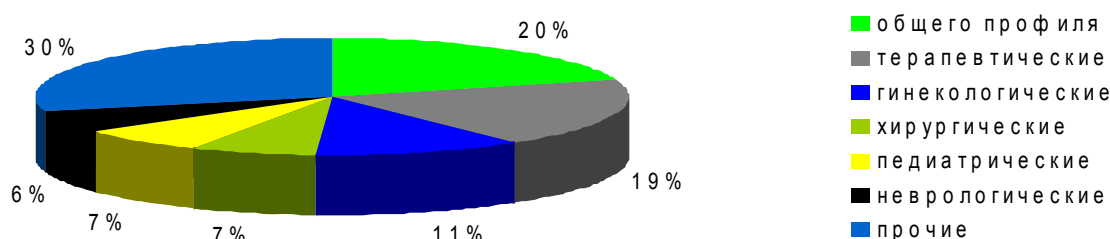


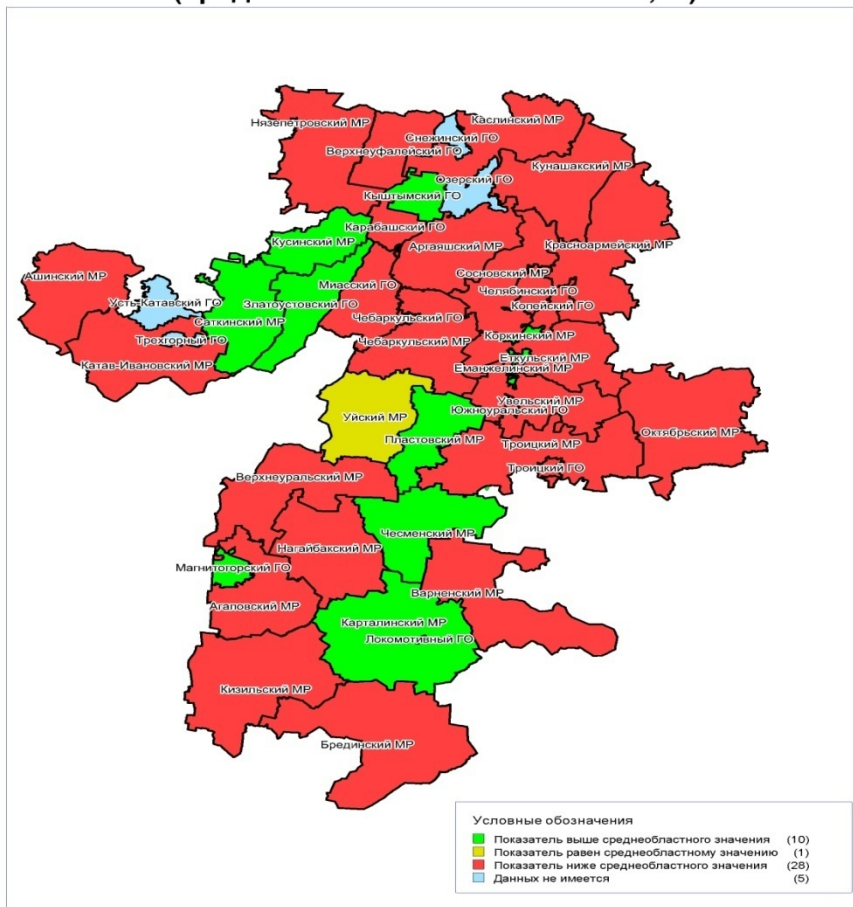
Рисунок 5. Структура прироста мест дневного пребывания (%)

По результатам работы в 2009 году объемы медицинской помощи, выполненные в условиях дневного стационара, превысили норматив программы государственных гарантий.

Несмотря на достижение сбалансированности медицинской помощи, оказываемой в круглосуточных и дневных стационарах, в разрезе муниципальных образований наблюдается неоднозначная картина, что свидетельствует о необходимости продолжения работы по оптимизации деятельности муниципальных учреждений здравоохранения (карта 2).

Реализация приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения и областной целевой программы «Здоровье» заметно улучшила ресурсное обеспечение амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи области.

**Число пациенто дней
на 1 жителя в год
по состоянию на 01.01.2010г
(среднеобластной показатель - 0,59)**



Карта 2. Работа дневных стационаров области

В течение 2005–2009 годов отмечается рост количества амбулаторно-поликлинических посещений на 1 жителя на 13,7% (2005 год – 30,227 млн посещений, или 8,6 на 1 жителя; 2009 год – 34,381 млн посещений, или 9,8 на 1 жителя). Норматив Программы государственных гарантий составляет 9,198 посещения в расчете на 1 жителя (рис. 6).

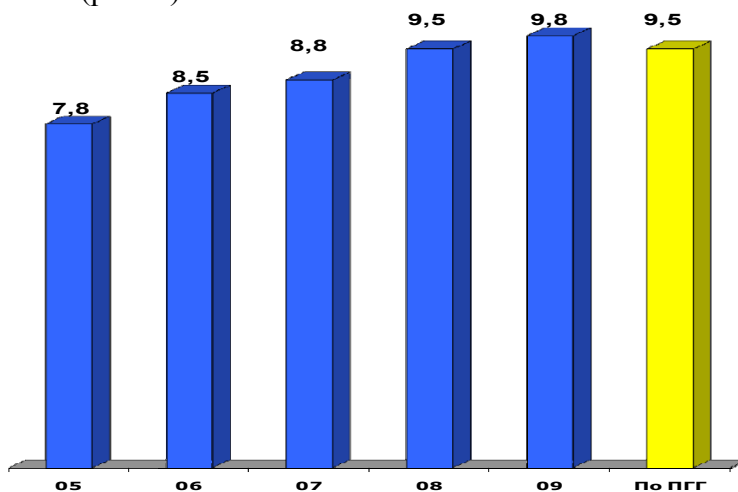


Рисунок 6. Динамика числа амбулаторно-поликлинических посещений (на 1 жителя в год)

В рамках реализации национального проекта «Здоровье», в соответствии с Концепцией развития общих врачебных практик, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 19.02.2004 № 13-П за 2006–2008 годы было выделено 204,25 млн рублей консолидированного бюджета области на проведение мероприятий по развитию общих врачебных практик в сельской местности.

Количество офисов врача общей практики в Челябинской области выросло в 2005–2009 году с 14 до 114, а обеспеченность врачами общей практики увеличилась соответственно с 0,15 до 0,47 (рис. 7).

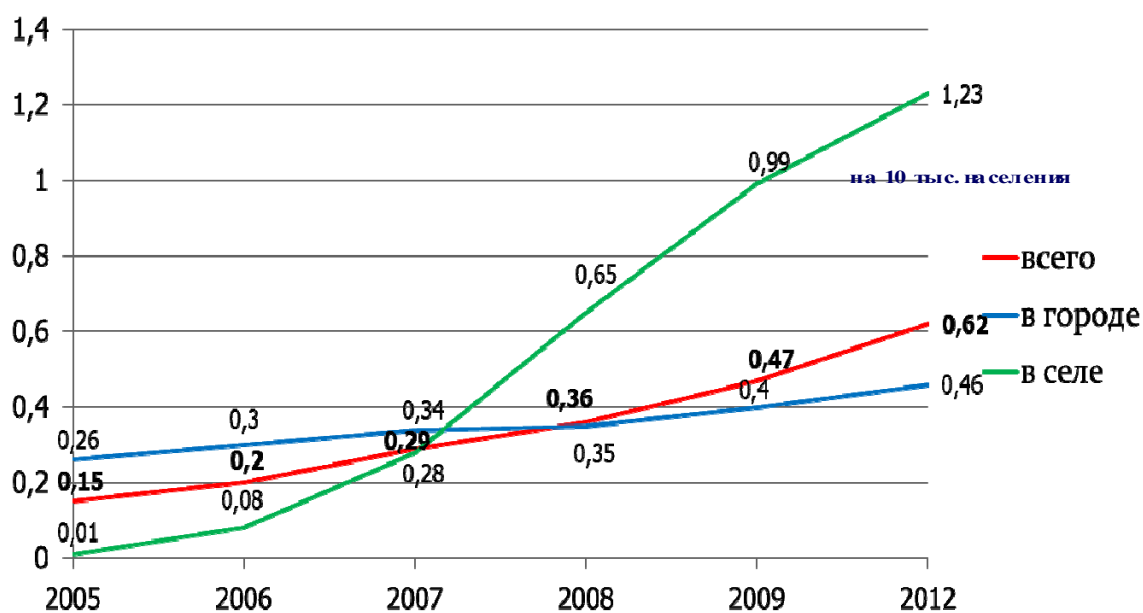


Рисунок 7. Динамика и прогноз обеспеченности населения Челябинской области врачами общей практики за 2005–2009 годы

В рамках национального проекта в сфере здравоохранения и ОЦП «Здоровье» в Челябинской области на 2006–2010 годы предоставлена возможность обучения и повышения квалификации как врачей общей практики, так и средних медицинских работников, работающих в ОВП. Предусмотрена профессиональная переподготовка врачей общей практики (семейных врачей): на кафедре госпитальной терапии и семейной медицины ГОУ ВПО ЧелГМА Росздрава и на кафедре терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава».

По данным Федерального регистра в 2010 году в области работает 167 врачей общей практики (семейных врачей).

Внедрены новые организационные формы ОВП – наряду с традиционными групповыми и индивидуальными ОВП организованы ОВП с дневным стационаром и ОВП со стационаром на дому, что позволило сократить число коек круглосуточно-го пребывания в участковых больницах без снижения доступности стационарной помощи сельскому населению.

В результате последовательной реализации мероприятий по внедрению обще-врачебных практик:

1. Увеличился с 0,02 до 0,47 охват всего населения районов врачами общей практики.

2. Сокращен на 35 % неэффективно работающий коечный фонд участковых больниц.

3. Оптимизированы бюджетные ассигнования, что привело к увеличению качества оказываемых медицинских услуг, доступности, мобильности, формированию более высокой степени удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи.

В результате проводимой реструктуризации амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи получены положительные результаты показателей эффективности службы скорой медицинской помощи.

Среднее число вызовов скорой медицинской помощи на 1 000 населения в 2009 году по области составило 316, что не превышает рекомендованного территориальной программой государственных гарантий показателя – 318.

Таким образом, в результате проведенной работы по повышению структурной эффективности системы здравоохранения удалось, в соответствии с задачами, определенными концепцией развития здравоохранения Челябинской области на 2005–2010 годы, оптимизировать сеть учреждений здравоохранения, структуру коечного фонда и достичь показателей эффективности работы, в целом соответствующих нормативным значениям программы государственных гарантий. Это позволило системе здравоохранения Челябинской области по итогам 2009 года занять 9-е место среди всех регионов Российской Федерации по рейтингу субъектов в соответствии с Указом Президента РФ № 825 от 28.06.2007 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКОНОМИКИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н.Б. Окушко, к. ф-м. н.

Некоммерческая организация «Сибирский фонд развития менеджмента, социальной сферы и страхования», г. Кемерово

Ресурсы здравоохранения – денежные средства, квалифицированные кадры, оборудование – ограничены. Даже в очень благополучных западных странах есть множество медицинских технологий, не доступных для каждого, кому они были бы показаны. В российской системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования проблема ограниченности ресурсов также стоит очень остро. Поэтому одной из основных экономических задач обязательного медицинского страхования, как и здравоохранения в целом, является наиболее эффективное использование этих ограниченных ресурсов.

Имея разные функции в рамках системы обязательного медицинского страхования, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации подходят к решению проблемы оптимизации использования ресурсов по-разному. Рассмотрим некоторые методы решения этой проблемы субъектами ОМС.

Формализованная технология принятия решений

Задача организаций, оплачивающих медицинскую помощь, – эффективное планирование территориальной программы ОМС и распределение ресурсов между медицинскими организациями – поставщиками медицинских услуг таким образом, чтобы население *всей территории* получило максимально доступную и качественную медицинскую помощь в рамках этой программы. При этом могут использоваться достаточно разнообразные методы стимулирования оптимизации использования ресурсов на уровне медицинских организаций.

Решение этой задачи требует принятия множества управленческих решений по самым разнообразным вопросам: выбор направлений оптимизации структуры медицинской помощи, выбор системы оплаты медицинской помощи (то есть совокупности методов оплаты, применяемых в системе ОМС), разработка и выбор целевых программ и многие другие.

Принятие всех этих решений должно осуществляться на основе тщательного анализа всех возможных последствий принимаемых решений и затрат, необходимых для их осуществления. Для облегчения и оптимизации процесса принятия крупных управленческих решений в развитых западных странах прибегают к формализованной технологии принятия решений. Эта технология состоит из нескольких этапов.

1. Анализ существующего положения и выбор стратегии. Анализ выполняется на основе изучения показателей деятельности системы ОМС за предыдущие годы, изменения потребностей населения в медицинской помощи, конкурентных отношений медицинских организаций. Анализ должен выделить сильные и слабые стороны существующего положения дел, показать возможности положительных изменений и узкие места, которые могут помешать внедрению желаемых изменений. На основе анализа текущего положения выбирается стратегия развития системы ОМС в избранном направлении.

2. Постановка общей цели и конкретных задач. На основании стратегии формируются цели и конкретные задачи, которые требуется решить для достижения этих целей. Эти задачи должны быть достижимыми, актуальными и определенными во времени. Задачи должны формулироваться на основе достижения конечных результатов, а не средств их достижения. Например, задачей может быть увеличение доступности УЗИ-диагностики для населения города, а не покупка аппаратов для

УЗ-исследований для каждой из семи поликлиник города; повышение доступности квалифицированной гинекологической медицинской помощи женщинам района, а не введение дополнительной ставки гинеколога в поликлинике; выбор системы оплаты медицинской помощи, стимулирующей эффективную и рациональную деятельность медицинских организаций, а не введение фондодержания. Такая постановка задач существенно расширяет выбор вариантов их решения. Например, если необходимо увеличить доступность УЗ-исследований, оптимальным решением может оказаться не закупка семи аппаратов УЗИ для разных поликлиник, по крайней мере – сразу, а организация центра ультразвуковых исследований на базе одной из поликлиник, где есть квалифицированные кадры (или возможность быстрой подготовки этих кадров).

Одновременно с задачами должны быть сформулированы критерии, характеризующие степень достижения поставленных целей. Критерии должны быть четкими и определенными, независимыми, по возможности – количественными и не допускать двойственных трактовок. Необходимо также выбрать показатели, на основании которых будет оцениваться выполнение каждого из критериев. Так, для анализа вариантов уже рассматривавшейся задачи повышения доступности УЗ-исследований могут применяться такие критерии, как увеличение числа исследований, время ожидания исследования, простота решения кадровых проблем, транспортная доступность для жителей города, время на реализацию решения.

3. Составление полного перечня альтернативных вариантов достижения целей. На этом пути рассматриваются все возможные пути достижения поставленных целей, никакие ограничения пока в расчет не принимаются. Помимо других возможностей, полный перечень вариантов должен включать в себя альтернативу, позволяющую получить наилучший результат (даже если ее реализация невозможна – например, из-за финансовых ограничений), и альтернативу минимальных изменений (состоящих, например, в ремонте существующего оборудования).

4. Сокращение перечня предложенных альтернатив. Полный список альтернатив может оказаться как небольшим, включающим три-четыре варианта, так и достаточно длинным. В последнем случае еще до количественного сопоставления альтернатив перечень необходимо сократить, объединив близкие предложения и исключив заведомо неприемлемые варианты.

5. Оценка ожидаемых результатов по каждому из вариантов при помощи разработанных ранее критериев. Поскольку ожидаемые результаты могут быть количественно и качественно разнородными, результаты можно сопоставить, прибегнув к формальной оценке выполнения критериев в баллах. Такая оценка состоит из двух частей: оценки веса каждого из выбранных ранее критериев и оценки выполнения каждого критерия – также в баллах. Балл, начисляемый за выполнение каждого критерия, умножается на вес критерия, и сумма баллов по всем критериям составляет полный балл, начисляемый по каждому из альтернативных вариантов.

6. Анализ затрат на внедрение предлагаемых альтернатив и потенциальной выгоды (например, сокращения расходов на определенные виды помощи) **от их внедрения.**

7. Рассмотрение неопределенностей и рисков. Оценка как затрат, так и ожидаемых результатов не может быть выполнена абсолютно точно. Поэтому следует учесть возможные отклонения как затрат, так и результатов от ожидаемых показателей, связанные, например, с изменением внешних условий.

8. Сопоставление затрат (или выгоды) и результатов и выбор предпочтительной альтернативы. При этом не обязательно введение каких-либо формальных коэффициентов: иногда достаточно сопоставить ожидаемые результаты от альтернатив, сопряженных с примерно равными затратами, или, наоборот, ожидаемые затраты при близких ожидаемых результатах. Это позволит отсеять заведомо непригод-

ные слишком затратные или малоэффективные альтернативы. Некоторые варианты могут оказаться близкими и по ожидаемым затратам, и по результату, тогда их можно рассмотреть более внимательно, учитывая дополнительные факторы, и сделать окончательный выбор.

Описанная технология, несомненно, не является универсальной, но применение ее (или хотя бы ряда ее этапов) существенно облегчает процесс достижения консенсуса при коллегиальном обсуждении и принятии управленческих решений. Она дает также уверенность при обосновании принятых решений всем, чье мнение важно для их реализации.

Бизнес-планирование в медицинской организации. SWOT-анализ

Важнейшим инструментом повышения локальной эффективности деятельности любой медицинской организации, в том числе – работающей в системе ОМС, является бизнес-планирование. Очень часто бизнес-планирование связывают исключительно с предпринимательской деятельностью медицинской организации. Это неверно. Основная цель бизнес-планирования – обеспечение условий для выполнения медицинской организацией своей миссии, в частности, реализации муниципального задания. Достижение этой цели, в свою очередь, требует обеспечения финансовой устойчивости медицинской организации как в краткосрочном, так и в долгосрочном плане.

Бизнес-планирование отличается от других методов планирования тремя особенностями. Это:

- направленность на потребителя. Медицинская организация должна удовлетворять запросы и ожидания потребителей. В условиях конкуренции нечувствительность к этим запросам может привести к краху организации;
- учет как внутренних, так и внешних факторов. Уделяется внимание как особенностям организации и ее потребностям, так и внешним факторам, которые влияют на будущее состояние дел: деятельности конкурентов, изменению демографической или политической ситуации;
- непрерывность. Бизнес-планирование отличается от планирования задания или проекта отсутствием конечной точки. В бизнес-плане всегда есть цели, но эти цели регулярно обновляются и замещаются

На начальном этапе этот процесс бизнес-планирования требует достаточно больших усилий и затрат рабочего времени руководителей. Однако это избавляет организацию от многих сложностей в будущем: дальнейшее планирование оказывается более простым, а все необходимые изменения вносятся в бизнес-план по мере необходимости.

Бизнес-планирование – это процесс, и процесс сложный, итеративный, проходящий через ряд шагов. Бизнес-план должен, прежде всего, дать конкретные ответы на три вопроса: что надо сделать, как это сделать, и какие ресурсы для этого нужны. На эти же вопросы должен ответить и любой другой план, однако особенность бизнес-планирования состоит в том, что при многоплановости бизнес-планирования подробности ответов на эти вопросы для разных временных горизонтов должны также быть различными. Невозможно запланировать на десять лет вперед все доходы или расходы медицинской организации с точностью до рубля, все оказываемые ею услуги и многое другое: среда деятельности организации быстро изменяется, и иногда эти изменения предсказать невозможно. Поэтому в долгосрочном плане желательно лишь обрисовать перспективу, к которой стремится организация, и задать некоторые общие цели. Однако на ближайшие годы бизнес-план должен быть намного более подробным и конкретным.

Процесс разработки бизнес-плана начинается с анализа текущего положения медицинской организации. В англоязычной литературе этот процесс назван SWOT-

анализом (S – strength – сила, W – weakness – слабость, O – opportunities – возможности, T – throats – узкие места, препятствия).

На врезке представлена общая схема SWOT-анализа медицинской организации.

В верхней части представленной схемы анализируются сильные и слабые стороны медицинской организации: оказываемые ею услуги, кадры, материально-техническая база, финансовое положение. Учитывая, что практически все медицинские организации, работающие в системе ОМС, получают финансирование из нескольких источников (ОМС, ДМС, платные услуги, договорные отношения с предприятиями), для оценки финансового положения необходимо оценить роль всех этих источников.

Схема SWOT-анализа для медицинской организации	
Сильные стороны	Слабые стороны
1. Оказываемые услуги: виды, стоимость, спрос, уникальность, место реализации, качество, доступность, сервис, работа с потребителями	
2. Кадры: наличие, квалификация, текучесть и т. д., готовность и внедрение новых медицинских и организационных технологий	
3. Материально-техническая база: износ, новое оборудование	
4. Финансовое положение: источники дохода, долги	
Возможности	Проблемы
1. Возможные потребители – удержание имеющихся, расширение за счет увеличения номенклатуры услуг, рекламы и других маркетинговых мероприятий	
2. Конкуренты (сравнить по номенклатуре, стоимости, качеству, доступности, месту реализации, сервису)	
3. Возможность и целесообразность внедрения новых медицинских технологий	
4. Возможность и целесообразность внедрения новых медико-организационных и организационных технологий	

Нижняя часть схемы – анализ существующих и потенциальных потребителей медицинской организации и конкурентных медицинских организаций.

Анализ потребителей очень важен. Приведем простой пример. В городе с монопольным градообразующим предприятием медицинские организации не смогли выполнить планы-задания, которые были им даны на основании анализа результатов за предыдущие годы, и стали терять доходы. Анализ потребителей показал, что новый собственник предприятия отказывается продлевать контракты тем работником, которые отсутствовали на рабочем месте более 3 дней в году, даже по болезни. В городе достаточно высокий уровень безработицы, и боязнь потерять работу заставляла работников предприятия отказываться от стационарного лечения и даже от посещения поликлиники до тех пор, пока их состояние не становилось угрожающим. В результате не только снизились объемы оказываемых услуг, но и поступающие в стационар пациенты были в более тяжелом состоянии, чем ранее. Решением проблемы стала организация ночных стационаров и стационаров выходного дня, где пациенты могли получить необходимое лечение в нерабочее время.

Анализ конкурентов может показать, на какую долю рынка медицинских услуг организация может рассчитывать. Часто медицинские организации недооценивают роль конкурентов, в то время как при достаточном развитии транспорта пациент может обратиться за медицинской помощью не только в соседнюю медицинскую организацию, но и в областной центр, и даже в другую область, если сочтет, что там ему услуги будут оказаны более квалифицированно. Планы, разработанные на основе ошибочных оценок, могут оказаться невыполнимыми.

На основе анализа текущего положения делаются выводы о целесообразности и возможности внедрения новых медицинских, медико-организационных или организационных технологий, выбирается маркетинговая стратегия, ставятся конкретные цели и задачи, оцениваются ресурсы, необходимые для решения поставленных задач. После оценки требуемых ресурсов в натуральном выражении оцениваются ожидаемые доходы и расходы медицинской организации, выполняется анализ рентабельности. Если результат анализа рентабельности неутешителен (ожидаются убытки), в бизнес-план вносятся коррективы: изменяются методы решения поставленных задач или даже сами задачи. Наконец, разрабатываются финансовый план и план действий на ближайшее время (обычно год) и менее подробный план на более отдаленный период (три – пять лет). Начинается работа по бизнес-плану, при этом все показатели регулярно контролируются. При выявлении отклонений, благоприятных или неблагоприятных, причины этих отклонений анализируются, и в бизнес-план вносятся необходимые коррективы. В дальнейшем необходимо лишь фиксировать изменения текущего положения и постепенно менять цели и задачи на более актуальные, естественно, внося коррективы и в финансовое планирование.

Следует отметить, что грамотно разработанный бизнес-план важен не только для внутренней деятельности медицинской организации. Он может поддержать имидж организации как высокопрофессиональной и обеспечить высокий деловой уровень в переговорах со страховыми медицинскими организациями, например, при согласовании муниципального задания.

Информационные технологии

Сопоставляя две вышеприведенные технологии, нетрудно отметить, что обе они базируются на тщательном анализе имеющейся ситуации, серьезном анализе затрат и принятии управленческих решений на основе сопоставления возможных затрат и результатов. Однако каждое из этих действий требует работы с большими массивами информации, которая должна быть постоянно под рукой. Поэтому многие участники системы ОМС придают достаточно большое значение развитию таких технологий. Важность своевременного получения и обработки информации трудно переоценить. Так, в последнее время большое внимание уделяется фармацевтическому менеджменту и применению фармакоэкономического анализа для планирования и оптимизации лекарственного обеспечения. Однако оптимизация лекарственного обеспечения должна базироваться на анализе текущего опыта лекарственных назначений в соответствии с принятыми в медицинских организациях стандартами лечения. Такой анализ зачастую оказывается невозможен просто потому, что организация не располагает данными о медикаментах, которые пациенты оплачивали самостоятельно, если только пациенты не обращались в страховые организации с требованием возместить ущерб. Ведение электронных историй болезни, в которые включаются все назначения и фиксируются все источники финансирования, может облегчить формирование базы данных использованных медикаментов с указанием того, за счет каких средств они приобретены, что позволит оценить реальную стоимость медикаментозного лечения. А сопоставление этих данных с данными по закупкам даст информацию о рациональности закупок и, возможно, о необходимости своевременной их коррекции.

«АНО МСЧ»: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ, ИЛИ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*М.В. Шеметова, Л.А. Красильникова, Е.В. Кукина,
Н.В. Пирская, М.Ю. Челищева*

Происходящие социально-экономические преобразования в стране повышают интерес к экономическим аспектам состояния здоровья населения и результатам финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций (МО).

В настоящее время самостоятельность государственных МО в экономической сфере не соответствует степени ответственности ни коллективов, ни руководителей персонально за результаты хозяйствования. При этом в стране уже сформирован и развивается негосударственный сектор здравоохранения, представленный коммерческими и некоммерческими МО.

Закономерным является обсуждение предстоящей реорганизации бюджетных (государственных и муниципальных) лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в одну из существующих организационно-правовых форм, предусмотренных действующим законодательством, в зависимости от коммерческого или некоммерческого характера деятельности создаваемого юридического лица.

В этой связи представляет интерес, на наш взгляд, опыт поэтапной реорганизации городской больницы г. Магнитогорска и медицинской службы ОАО «ММК» в автономную некоммерческую организацию «Медико-санитарная часть администрации г. Магнитогорска и ОАО «ММК» (АНО МСЧ), проводимой с 1994 года по настоящее время.

До 1994 года в городе Магнитогорске существовала медико-санитарная часть ММК «открытого» типа. В июле 1994 года постановлением мэра города финансирование цеховой службы и сети здравпунктов было прекращено. Для сохранения медицинской помощи работникам предприятия совет директоров ММК принял решение о создании нового структурного подразделения – Центра промышленной медицины, объединяющего здравпункты, «заводскую» поликлинику и женскую консультацию.

В 1996 году по инициативе комбината была создана объединенная МСЧ с двумя учредителями (администрация г. Магнитогорска и ОАО «ММК») как некоммерческая организация в форме «учреждение». В 2001 году учреждение «МСЧ АГ и ОАО «ММК» было реорганизовано в автономную некоммерческую организацию (АНО) того же названия как не имеющую членства организацию, созданную на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области здравоохранения.

В настоящее время АНО МСЧ является полноценным субъектом хозяйственного оборота со всем набором прав и ответственности юридического лица в отличие от муниципальных учреждений здравоохранения.

Объединенная МСЧ в соответствии с ее Уставом – часть системы здравоохранения муниципального образования «Магнитогорск». Для получения первичной медико-санитарной помощи к АНО МСЧ по Постановлению Главы города прикреплено 40 % взрослого населения города. В МСЧ работает 2 560 человек.

Основными нормативными документами, регламентирующими и достаточными для создания и реорганизации лечебно-профилактических учреждений, являются:

- Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993);
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№ 5487-1 от 22.07.1993);

- «Об упорядочении государственной регистрации предприятий и предпринимателей на территории Российской Федерации». (Указ президента Российской Федерации № 1482 от 08.07.1994);
- Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (Постановление Правительства РФ № 1387 от 05.11.1997);
- Федеральный закон «О некоммерческих организациях» (№ 7-ФЗ от 12.01.1996);
- Федеральный закон «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (№ 154-ФЗ от 28.08.1995);
- Федеральный закон «Об акционерных обществах» (№ 208-ФЗ от 24.11.1995);
- Гражданский кодекс Российской Федерации (№ 51-ФЗ от 30.11.1994).

Гражданский кодекс (ГК) РФ устанавливает основные положения, согласно которым юридические лица могут создаваться и функционировать только в такой организационно-правовой форме, которая прямо предусмотрена законом. Для коммерческих организаций перечень организационно-правовых форм предусмотрен самим ГК (п. 2 ст. 50), а для некоммерческих содержащийся в ГК перечень дополнен Федеральным законом «О некоммерческих организациях» (№ 7-ФЗ от 12.01.1996).

Юридические лица в соответствии со статьей 50 ГК РФ подразделяются на коммерческие и некоммерческие организации. Основной целью деятельности коммерческих организаций является извлечение прибыли и распределение ее между участниками.

Цели же создания некоммерческих организаций могут быть различными: социальные, благотворительные, культурные, образовательные, научные, управленческие, охрана здоровья граждан, развитие физической культуры и спорта, удовлетворение духовных и иных нематериальных потребностей. Все некоммерческие организации имеют целевую (специальную) правоспособность (п. 1 ст. 49 ГК РФ), т. е. только те гражданские права и обязанности, которые предусмотрены в их учредительных документах и соответствуют целям их деятельности. Поэтому в учредительных документах некоммерческих организаций должны быть определены предмет и цели их деятельности (ст. 52 ГК РФ).

Выбор конкретной организационно-правовой формы создаваемой медицинской организации определяется следующими критериями:

1. Соответствие интересам учредителей (в нашем случае – администрация города и ОАО «ММК»):
 - ✓ создается некоммерческая организация;
 - ✓ право собственности на имущество, которым должно быть надделено вновь создаваемое ЛПУ, как медицинского, так и немедицинского (здания, сооружения, оборудование и т. д.) назначения, должно быть сохранено за учредителями;
 - ✓ возможность многоканального финансирования медицинской организации из независимых источников (бюджет города, ФОМС, средства ОАО «ММК», платные услуги, работа по договорам, благотворительные взносы и др.);
 - ✓ со стороны учредителей должна иметься возможность управления оперативной деятельностью некоммерческой организацией, формирования ее стратегических планов, контроля за рациональным использованием ресурсов.
2. Возможность участия нескольких учредителей в создании НКО.
3. Соответствие действующему законодательству.

Сравнительная характеристика организационно-правовых форм некоммерческих организаций (НКО) проводилась по следующим равнозначимым критериям:

учредители, членство, учредительные документы, право собственности учредителей на переданное имущество (вносы), ответственность по обязательствам организации, органы управления, предпринимательская деятельность, создание других организаций, преобразование, ликвидация.

Организационно-правовые формы НКО предусмотрены действующим законодательством: потребительский кооператив, общественная организация, фонд, ассоциация или союз, учреждение, некоммерческое партнерство, автономная некоммерческая организация (АНО).

Сравнивая цели создания учреждения и АНО, можно отметить, что цель создания учреждения – осуществление управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера, а цель же создания АНО – предоставление услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг.

Важным, на наш взгляд, является следующее:

- во-первых, учредители АНО не отвечают по обязательствам созданной ими организации, а организация не несет ответственности по долгам учредителей; при недостатке денежных средств для удовлетворения требований кредиторов у «учреждения» его учредители несут субсидиарную ответственность по долгам;

- во-вторых, учредители АНО могут пользоваться ее услугами только на равных условиях с другими лицами.

Имущество, переданное в АНО учредителями, является ее собственностью. Медицинская организация в форме «учреждение» в большей степени зависит от воли собственника, так как не имеет самостоятельной имущественной базы для функционирования: собственник передает ему имущество лишь в оперативное управление.

В связи с тем, что АНО является собственником имущества, появляется возможность работы с кредитными учреждениями как при возникновении экстренных ситуаций, так и при реализации коммерческих проектов. В учреждениях, не являющихся собственниками имущества, возможность такого кредитования отсутствует.

В области управления АНО в федеральных законах содержится минимум обязательных предписаний, законодатель тем самым предоставляет учредителям свободу выбора системы управления организацией.

Органами управления АНО МСЧ являются: Правление как высший коллегиальный орган и Главный врач как единоличный исполнительный орган. Основная функция Правления АНО МСЧ – обеспечение соблюдения некоммерческой организацией целей, в интересах которых она была создана.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что реорганизация в АНО стала возможна лишь на втором этапе развития медицинской организации нового типа, когда собственниками (администрацией муниципального образования и ОАО «ММК») был преодолен первоначальный, наиболее сложный, период согласования во многом несовпадающих между собой интересов. Участие менеджеров комбината в работе Правления МСЧ позволило изменить подходы к организации ее финансово-хозяйственной деятельности.

В МСЧ была разработана и внедрена система управленческого учета (УУ) как основа для принятия своевременных управленческих решений в долгосрочной и краткосрочной перспективах.

Основой организации УУ МСЧ является консолидированный бюджет (КБ). Ключевое значение его заключается в том, что в нем, с одной стороны, определена производственная программа по каждому подразделению, увязанная с долгосрочными целями и задачами организации, с другой стороны, обозначены необходимые ресурсы (плановые доходы и расходы) для реализации этой производственной про-

граммы. Формирование КБ осуществляется на различные периоды времени в несколько этапов.

В управлении производственно-финансовой деятельностью АНО МСЧ выделено несколько центров ответственности (доходы, расходы, себестоимость и качество медицинской помощи), что обусловлено необходимостью делегирования полномочий и последующей ответственности руководителям подразделений и служб для организации эффективной работы по достижению целей МСЧ в целом. Следует отметить, что в системе УУ необходимо формирование информации о доходах, расходах и результатах деятельности в необходимых для целей управления аналитических разрезах и группах показателей. Информация УУ предназначена для «внутреннего пользования» руководителей организации, является коммерческой тайной и носит строго конфиденциальный характер.

Медицинская организация в форме АНО выступает в роли собственника средств производства и продуктов труда, ее дальнейшее развитие во многом зависит от их сохранности и эффективности использования. Организация системы УУ выдвинула объективную необходимость значительного повышения внимания к вопросам организации действенного внутреннего контроля, в связи с этим в АНО МСЧ создан отдел внутреннего аудита.

Следует отметить некоторые особенности работы МО в современных условиях:

- отсутствие гарантированного (по срокам, объемам, формам оплаты) поступления средств, характерного для прежней социалистической системы бюджетно-сметного финансирования, а в связи с этим – постоянная необходимость обеспечения доходной части МО;

- многоканальное финансирование со своими «правилами игры» для каждого финансового потока;

- работа МО с различными способами (формами) оплаты медицинских услуг, а также оплаты больницами выполненных ремонтов, коммунальных услуг, расчетов по налогам и сборам и других расчетов по обеспечению жизнедеятельности учреждения.

Источниками формирования имущества АНО МСЧ являются:

- регулярные и единовременные поступления от учредителей;
- добровольные и имущественные взносы и пожертвования;
- гранты или иные финансовые обязательства, связанные с осуществлением или вытекающие из целей организации и ее основных видов деятельности;

- выручка от реализации товаров, работ, услуг;

- доходы от хозяйственной деятельности;

- дивиденды (доходы, проценты), получаемые по акциям, облигациям, другим ценным бумагам и вкладам;

- доходы, получаемые от собственности некоммерческой организации;

- другие не запрещенные законом поступления.

При формировании эффективных потоков финансовых ресурсов были поставлены следующие задачи:

- 1) выявление достаточности средств, необходимых для функционирования МСЧ;

- 2) прогнозирование сбалансированности и синхронизации притока денежных средств по объемам и времени для обеспечения текущей и перспективной деятельности организации;

- 3) определение эффективности и интенсивности;

- 4) использование ресурсов в процессе хозяйственной, инвестиционной и финансовой деятельности.

В связи с проведенной реорганизацией МСЧ в 2001 году в автономную некоммерческую организацию изменилась структура ее доходов. За 10 лет консолидиро-

ванные доходы МСЧ увеличились в 7,2 раза, при этом бюджетные средства увеличились в 5,9 раза (с 9,6 % в 1999 году до 7,9 % в 2009 году), средства ФОМС увеличились в 5,4 раза (с 44,4 % в 1999 году до 33,3 % в 2009 году) (рис. 1).

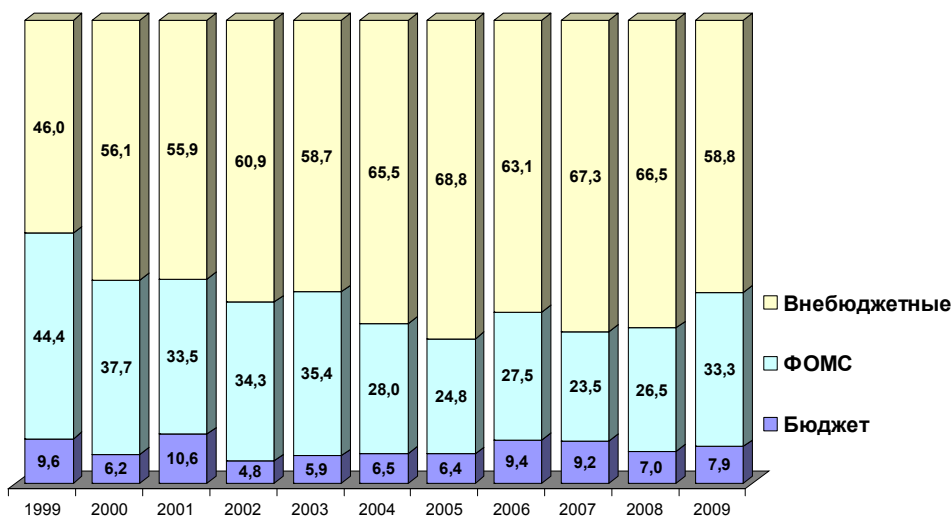


Рисунок 1. Структура доходов АНО «МСЧ АГ и ОАО «ММК» по источникам финансирования, 1999–2009 годы, %

Важнейшим источником финансирования МСЧ является система медицинского страхования (обязательное, корпоративное и индивидуальное добровольное).

Объем внебюджетных средств, привлеченных в МСЧ, за этот же период увеличился в 9,2 раза (с 45,9 % в 1999 году до 58,8 % в 2009 году).

После реорганизации объединенной МСЧ в АНО ведущими направлениями работы определены: социальное развитие коллектива, внедрение стимулирующих систем оплаты труда персонала, обучение и переподготовка кадров, автоматизация ЛПУ, обеспечение работоспособности имеющегося оборудования.

Средняя заработная плата персонала МСЧ за анализируемый период времени увеличилась с 7 870,0 руб. в месяц в 2005 году до 14 658,5 руб. в месяц в 2010 году. Для медсанчасти характерен опережающий рост доходов сотрудников по сравнению с ростом величины прожиточного минимума для трудоспособного населения в стране и Челябинской области, наибольшие темпы прироста среднемесячной зарплаты стали отмечаться после реорганизации МСЧ в АНО в 2001 году. Кроме того, за счет средств организации работники МСЧ имеют дополнительный социальный пакет.

Подходы к формированию системы оплаты труда в медицинских организациях разнообразны. В основном они базируются на действующем законодательстве, которое предусматривает различные критериальные особенности для учреждений разных форм собственности и подчинения. Но каждый главный врач ждет от системы оплаты труда справедливого и рационального распределения средств между работниками в зависимости от их вклада в МО.

Руководитель может провести ревизию штатного расписания, сократить излишние ставки, оптимизировать организационную структуру штата. При этом формирование фонда оплаты труда производится из всех источников финансирования, включая средства, полученные из внебюджетных источников.

Оплата труда при этом используется как фактор мотивации сотрудников к повышению профессионального и образовательного статуса, качества труда, ответственности за результаты деятельности.

Возникает возможность контролировать и оценивать труд работников по тем параметрам, которые являются значимыми, и направлять внимание и усилия на развитие тех направлений деятельности, которые являются важными с точки зрения организации в целом. В зависимости от миссии, ценностей и стратегических целей каждой организации строится и система мотивации сотрудников.

Мотивация деятельности работников медицинских учреждений является проблемой исключительно острой, при этом малоизученной и не имеющей типовых решений или предложений по решению.

Согласно «теории ожидания» Виктора Врума, работающий человек постоянно пребывает в состоянии трех ожиданий:

1) ожидания в отношении «затраты труда – результаты», что означает потребность видеть и осознавать результаты труда;

2) ожидания в отношении «затраты труда – вознаграждение», что связано непосредственно с оплатой труда;

3) ожидания валентности вознаграждения, что означает соответствие вознаграждения ожиданиям работника.

Положение об оплате труда – документ, отражающий политику медицинской организации в сфере оплаты труда работников и регламентирующий взаимоотношения между работодателем и работником по поводу вознаграждения за труд; является неотъемлемой частью коллективного договора.

Формируя Положение об оплате труда, медицинская организация устанавливает оптимальную с точки зрения конкретного учреждения систему вознаграждения сотрудников, которая не только отвечала бы основным его целям, но и поддерживала бы основные функции заработной платы.

Практическая ценность Положения об оплате труда:

- формирование единой внутренней нормативной базы для расчета дополнительной заработной платы работников;
- недопущение множественности Положений об оплате труда по разным источникам финансирования и видам выплат;
- обеспечение возможности планирования заработной платы с точки зрения долевой составляющей в общих доходах и с точки зрения абсолютной величины;
- обеспечение возможности оперативного переориентирования в соответствии с развитием медицинской организации, ее структурными изменениями, сменой приоритетов и взаимоотношений внутри организации;
- учет всех источников финансирования для обеспечения их наиболее полного и рационального использования;
- управляемость фонда оплаты труда, то есть возможность контроля обеспечения соответствия темпов роста доходов и расходов на оплату труда;
- обеспечение прозрачности начисления оплаты труда, что, в свою очередь, формирует доверие между сотрудниками и администрацией.

Оплата труда работникам АНО «МСЧ администрации г. Магнитогорска и ОАО «ММК» осуществляется на основании Трудового кодекса РФ, приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ, приказов Управления здравоохранения г. Магнитогорска, Коллективного договора и других нормативно-правовых документов, регламентирующих оплату труда работников здравоохранения.

Заработная плата работников в целом состоит из постоянной и переменной частей. Постоянная часть включает в себя выплаты обязательного характера.

Переменная часть заработной платы (премия) носит поощрительный, стимулирующий характер, выплачивается с учетом выполнения производственной программы из заработанных средств в текущем месяце.

При формировании фонда оплаты труда учитываются все источники финансовых средств, указанных в уставе АНО МСЧ АГ и ОАО «ММК».

Распределение должностей по источникам финансирования на 01.07.2010 представлено в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение должностей по источникам финансирования
на 01.07.2010**

Категория персонала	Бюджет	ФОМС	Внебюджетные	Всего
Врачи	52,75	366,25	165,25	584,25
Средний	75,50	800,50	552,25	1 428,25
Младший	46,00	405,50	160,00	611,50
Прочий	3,00	275,25	191,00	469,25
Всего	177,25	1 847,50	1 068,50	3 093,25

Сумма средств из Муниципального контракта, направляемая в фонд оплаты труда, определяется на основе тарификации работников и утвержденной сметы расходов на отчетный год и практически вся уходит на выплату постоянной части оплаты труда.

Сумма средств, полученных в рамках договора с ЧО ФОМС на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию за оказанные услуги в рамках территориальной программы по обязательному медицинскому страхованию и рассчитанных исходя из утвержденной доли заработной платы в структуре тарифа от суммы доходов по выставленным счетам-реестрам за пролеченных больных.

Указанные средства, а также средства, полученные от предпринимательской деятельности, идут на формирование не только постоянной, но переменной части оплаты труда.

Сформированный таким образом фонд оплаты труда зависит от выполнения производственной программы и ежемесячно утверждается главным врачом.

По результатам хронометражных исследований утверждены нормативы времени для выполнения исследований (инструментальных, лабораторных и т. д.).

Ежемесячно утверждается производственная программа для всех подразделений и отделений МСЧ, а также планируемые объемы доходов и расходов.

Анализ доходности отделений стационара и подразделений МСЧ проводится ежемесячно (рис. 2).

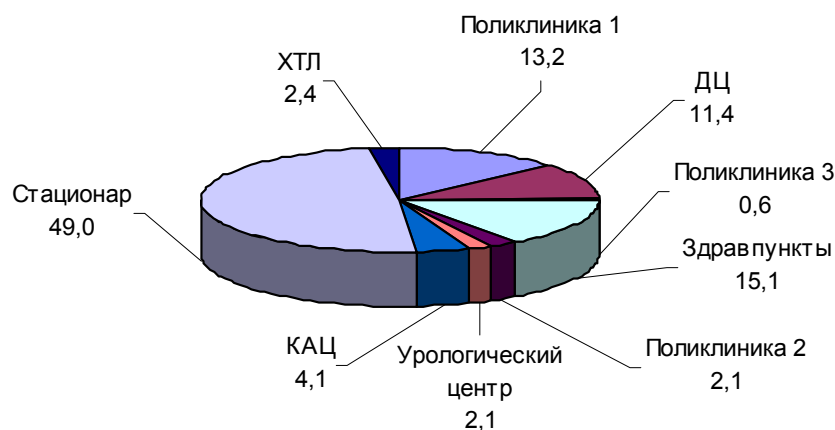


Рисунок 2. Структура доходности МСЧ по подразделениям на 01.07.2010, %

Лимиты использования ресурсов по «медикаментам» формируются:

- по направлениям:

- ✓ аптека – отв. Коваленко Т.Н.,
- ✓ медицинский склад – отв. Сендецкая Л.Н.,
- ✓ лабораторные реактивы, хим. посуда – отв. Асафьева Л.Ф;

- по источникам финансирования:

- ✓ бюджет города,
- ✓ ФОМС,
- ✓ благотворительность БОФ «Металлург»,
- ✓ предпринимательская деятельность;

- по подразделениям АНО «МСЧ».

За период деятельности МСЧ произошло изменение структуры коечного фонда (рис. 3.), увеличение оборота коек и сокращение длительности пребывания больных в круглосуточном многопрофильном стационаре до 10,3 дня.

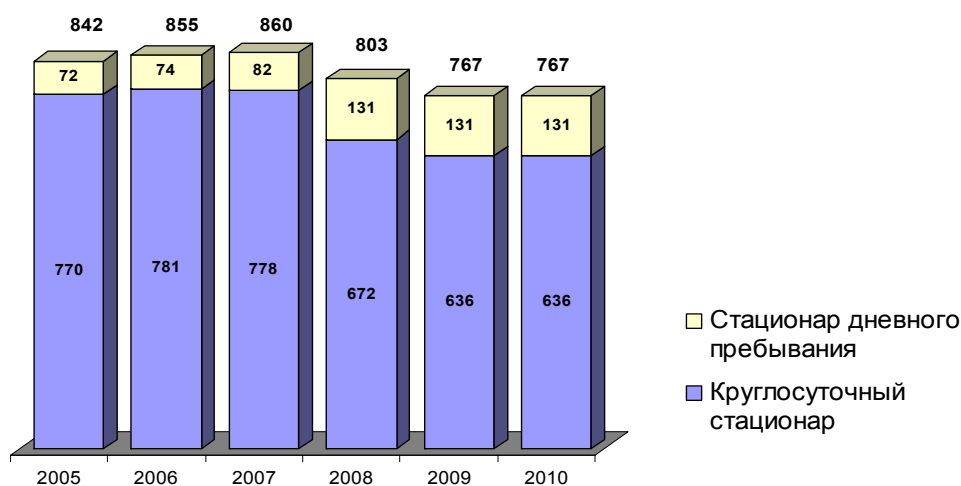


Рисунок 3. Коечный фонд стационара АНО «МСЧ АГ и ОАО «ММК», койки на конец отчетного периода, 2005–2010 годы (6 мес.)

Важнейшей проблемой является также и то, что в РФ в связи с произошедшими изменениями социально-экономической модели государства основным принципом здравоохранения на постсоветском пространстве явилась всеобщность и доступность бесплатной медицинской помощи в объеме государственных гарантий для

населения вне зависимости от социального и профессионального статуса человека, его места проживания.

При этом не учитывается, что определенные группы трудоспособного населения работают в условиях воздействия вредных и опасных факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса и имеют повышенный риск развития профессиональных заболеваний и производственно-обусловленных нарушений здоровья, потребность в большем объеме медицинской помощи (лечебной и профилактической).

Высшим руководством страны здоровье граждан определено в качестве национального приоритета и гаранта обеспечения безопасности государства. За счет средств государственных внебюджетных фондов (ФСС, ФОМС) с 2006 года в рамках реализации НПП «Здоровье» проводятся медицинские осмотры (дополнительные, углубленные) работников бюджетной сферы и занятых на работах с вредными и/или опасными производственными факторами.

Представителями делового сообщества РФ, членами Российского союза промышленников и предпринимателей (работодателей) в 2004 году утверждена социальная хартия российского бизнеса, в которой определено: «Мы признаем работников важнейшей ценностью любой компании... Мы стремимся создавать и поддерживать такие условия труда, которые не наносят ущерб здоровью и человеческому достоинству работников. Мы обеспечиваем охрану труда работников, принимаем меры по снижению рисков несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

К сожалению, центры медицины труда не включены в действующий «Список должностей и учреждений», работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, что не способствует формированию в РФ сети центров МТ, привлечению к работе в уже действующих медицинских организациях квалифицированных специалистов.

Важнейшее направление работы МСЧ – профилактическое:

- ✓ аттестация рабочих мест;
- ✓ создана АСУ «МСЧ» с базой персонифицированных данных о здоровье более 286 тыс. человек;
- ✓ проводится скрининг на выявление злокачественных новообразований видимых локализаций с исследованием онкомаркеров, формируются группы риска по основным классам заболеваний, в т. ч. профессиональным, проводятся экспресс-тесты на выявление наркотической зависимости;
- ✓ организован маммологический скрининг по клиническим критериям ВОЗ, а также в профессиональных группах повышенного канцерогенного риска;
- ✓ в состав бригады включены врач-уролог и врач-онколог;
- ✓ сохранены инженерно-врачебные бригады.

Доступны не только металлургам, но и населению юга Челябинской области высокотехнологичные методы диагностики и лечения:

- ✓ консервативные и интервенционные технологии в лечении коронарной болезни и нарушений ритма и проводимости сердца;
- ✓ эндоскопические и лазерные малоинвазивные вмешательства в нейрохирургии, ортопедии, травматологии, хирургии, офтальмологии, ЛОР, гинекологии;
- ✓ эндопротезирование крупных суставов, в т. ч. билатеральное;
- ✓ анестезиологии и реаниматологии с адекватной транспортировкой больных на реанимобилях и т. д.

В течение 15 лет для трудоустройства беременных женщин функционировал цех «Здоровье», в котором было организовано швейное производство.

С 1 июня 2004 года по инициативе генерального директора ОАО «ММК» В.Ф. Рашникова, поддержанной губернатором Челябинской области, в Магнитогорске начала действовать новая программа охраны материнства, отцовства и детства. На базе БОФ «Металлург» и АНО «МСЧ» был создан Центр «Материнство». Беременные женщины не работают, за ними сохраняется средняя заработная плата.

Особенностью решения проблемы сохранения репродуктивного потенциала работающих в Магнитогорске стало создание уролоandroлогической службы. Работает поэтапная система оказания специализированной помощи мужчинам.

Выводы:

1. В Магнитогорске создана модель государственно-частного партнерства в форме негосударственной некоммерческой организации, социальная и экономическая эффективность которой подтверждена 13-летним опытом работы.
2. Консолидация ресурсов (материальных, кадровых, финансовых, интеллектуальных) муниципалитета, бизнеса и негосударственного некоммерческого сектора позволяет эффективно реализовывать социальные функции государства. Эта проблема особенно актуальна для «моногородов».
3. В АНО «МСЧ АГ и ОАО «ММК» внедрена система общественного самоуправления через Правление.
4. На ММК формируется научно обоснованная система оценки и управления профессиональными рисками.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНЫ ИННОВАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ?

И.В. Ушаков, к. м. н.

Иркутский диагностический центр, г. Иркутск

Современное российское здравоохранение, несмотря на серьезные финансовые вливания государства в его развитие, представляет собой, по моему мнению, некую аморфную сферу с броуновским движением в ней массы различных успешных и безуспешных проектов, идей, концепций, законодательных инициатив, путей решений проблем, противоречий, даже конфликтов. Мы уже все стали за 20 лет ветеранами этого броуновского движения. Ситуация очень похожа на хаос. А по теории хаоса сложные системы (к каковым относятся, конечно, система здравоохранения и медицинские учреждения) очень зависимы от первоначальных условий, и небольшие изменения в среде ведут к непредсказуемым последствиям. Это как эффект бабочки – взмах ее крыльев над Атлантикой может при стечении обстоятельств и с большой долей вероятности вызвать ураган в Тихом океане.

Наверное, поэтому в нашем здравоохранении делаются очень осторожные шаги (это называется сейчас модернизацией), тормозятся радикальные изменения, и о реформах говорить уже не приходится. Хотя последние законодательные инициативы Правительства (в частности 83-ФЗ) вселяют сдержанный оптимизм по поводу реальности таких изменений.

Здравоохранение, как известно, высокочрезвычайно затратная отрасль народного хозяйства. И мы напрямую зависим от экономического состояния страны. А с этим у нас пока не все гладко. Последнее время руководители нашего государства все более критично отзываются о российской экономике. Президент Дмитрий Медведев называет ее отсталой и неконкурентоспособной в современном мире. Заместитель главы администрации президента Владислав Сурков сравнивает экономику страны с бронепоездом без локомотива. «В нем сидят люди с компьютерами и гламурные дамы, однако бронированные листы почти отвалились, а сам поезд идет очень медленно, – подчеркивает Сурков. – Еще немного, и он вообще остановится». Сырьевая зависимость ВВП России остается колоссальной. Увеличивается налоговое бремя на предприятия. И в этой ситуации, несмотря на жесткое сопротивление министра финансов Российской Федерации Алексея Кудрина, Правительство подтвердило решение увеличить с 2011 года на 2 % взносы на ОМС, что привлечет в систему дополнительные средства. Конечно, эта дополнительная финансовая нагрузка ляжет на все предприятия и организации, в том числе медицинские (так, у нас увеличится 2 статья на 32 %!). Последние известные инициативы В. Путина, изложенные на отчете в Госдуме и на заседании совета Президиума по нацпроектам, направлены на эффективное использование в течение 2011–2012 годов этих дополнительных средств (всего на 2 года – 460 млрд рублей, из них 300 млрд рублей на ремонт и оснащение оборудованием ЛПУ, 24 млрд рублей – на внедрение информационных систем, 136 млрд рублей, по сути, на повышение тарифов в системе ОМС). Это, конечно, очень хорошо. И сейчас идет активная работа в этом направлении. Однако такое увеличение финансирования здравоохранения может привести только к временному улучшению ситуации (опыт реализации ряда направлений нацпроекта и других программ подтверждает это). По мнению многих ведущих специалистов, в том числе зарубежных, для решения проблем в здравоохранении, **кроме увеличения финансирования, необходимо внедрять современные технологии менеджмента в деятельность медицинских учреждений.** И в первую очередь изменять, и порой радикально, внутриучрежденческие процессы. Только тогда деньги заработают, и отдача от финансирования будет высокоэффективной. В Европе, США многие такие технологии стано-

вятся стандартами, медицинские учреждения не получают аккредитацию без их внедрения. В ряде стран внедрение современных управленческих технологий в здравоохранении становится государственной задачей! Какие еще ключевые проблемы подвигают нас или, по крайней мере, должны подвигнуть к необходимости изменений и внедрению современных технологий менеджмента?

1. Практически все социологические исследования последних лет, проведенные по всей стране, говорят о том, что до 80% жителей России не удовлетворены качеством медицинской помощи. Причем эти данные мало зависят от различия социальных групп, местожительства, состояния здоровья респондентов.
2. За годы социально-экономических реформ и формирования рыночных отношений в России на фоне интенсивного внедрения современных технологий менеджмента в практику бизнеса, производства и другие сферы управление учреждениями здравоохранения осталось во многом по сути «советским». Появившиеся за последние 5–7 лет инновационные программы подготовки менеджеров здравоохранения (например, получение второго, медицинского, менеджерского высшего образования) только усугубляют проблему. Есть единицы территорий и учреждений, в которых применяются новейшие зарубежные управленческие технологии. И там, где это происходит, результат очевиден. Но системно ничего не меняется. Более того, успех отдельных ЛПУ часто вызывает негатив и непонимание со стороны коллег и органов управления здравоохранением.
3. Действующие нормативные организационно-распорядительные документы, регламентирующие деятельность ЛПУ, отнюдь не способствуют эффективности их функционирования. Во многом они усложняют их работу, требуя заполнять огромное количество никому не нужных отчетов, за которыми уже вообще не видно пациента.
4. На основе этих устаревших и малоэффективных управленческих технологий, с затратой порой огромных финансовых средств, создаются информационные системы, которые априори не могут значительно повысить эффективность деятельности как ЛПУ, так и системы здравоохранения в целом. А об облегчении труда медицинского работника при таком подходе к созданию информационной системы говорить и не приходится! Даже в такой стране, как США, не получено достоверных данных о повышении эффективности и качества медицинской помощи от внедрения информационных технологий. Есть, конечно, в России исключения и в этом вопросе.
5. За последние годы значительно усилилось психологическое давление на врачей. Сегодня можно уже говорить не только о потребительском «экстремизме» по отношению к медицинским работникам, который в нашей стране набирает обороты, но и об управленческом «экстремизме». Не создавая нормальных условий для работы, мы постоянно повышаем требования к врачам. Отсюда массовое развитие состояния хронического стресса и синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников. Анализируя медицинские форумы в Интернете, приходишь к выводу, что неудовлетворенность системой здравоохранения в России у медицинских работников выше, чем у пациентов! Хотя, конечно, проблемы деонтологии и этики стоят у нас в стране остро.
6. Еще один вопрос – это большие сроки ожидания пациентом любого этапа оказания медицинской помощи. Ожидание же пациентом получения конкретной медицинской услуги в сотни раз по времени дольше, чем ее проведение! Простыми директивами сроки ожидания и проведения консульта-

- ций, диагностических исследований, госпитального лечения не сократить. Мы не научились еще понимать, что любые ожидания – это большие потери, как для пациента, так и для ЛПУ.
7. Сегодня много говорится о неэффективных расходах в здравоохранении, т. е. преобладании финансирования стационарной медицинской помощи над амбулаторной. В среднем, по данным Минздрава, они составляют чуть более 4%. А кто-нибудь считал, какие потери несет здравоохранение, например, от перепроизводства? Так, по данным ряда исследователей, до 60% лабораторных исследований ничего не дают ни врачу, ни пациенту! Из них около 25% дублируются, 20% – это дефекты исследований на разных этапах (преаналитическом, аналитическом, постаналитическом), 20% – ненужные анализы, в том числе невостребованные, остальное – это банальные приписки. По нашим расчетам, такие потери в Иркутской области достигают ежегодно более 300 млн руб. Близка к вышеописанной и ситуация в ультразвуковой, функциональной, лучевой диагностике и т. д. А потери от поздней диагностики заболеваний или от получения гистологического заключения через 2–5 недель после биопсии?! Что говорить о наших ЛПУ, когда даже в высокоразвитых странах потери в учреждениях здравоохранения колоссальны! А внедрение современных технологий менеджмента снижает эти потери на сотни миллионов рублей!
 8. Грядущие изменения законодательной базы также могут стать проблемой для многих ЛПУ. Не комментируя и не обсуждая закон 83-ФЗ от 8 мая 2010 года «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», законопроекты об обязательном медицинском страховании, об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, все-таки коснемся одной стороны их введения в действие с 2011 года. Свободный допуск в систему ОМС частных медицинских организаций может сформировать конкурентную среду на рынке медицинских услуг. Если это произойдет (а это вполне реально), даже при неполных тарифах бизнес найдет способ компенсировать выпадающие доходы, потому что он этому обучен и имеет уже достаточный опыт того, как, где и на чем делать деньги! В бизнесе есть очень профессиональные менеджеры! Плюс свободный (хоть и относительный) выбор врача и ЛПУ пациентом. Все это может привести к оттоку пациентов из ЛПУ, а это прямой путь к банкротству ЛПУ, хотя законодатели утверждают, что это невозможно. Пока не возможно. Добавьте сюда одноканальное финансирование, и вы получите серьезный пакет рисков для ЛПУ и его главного врача в условиях конкуренции. Сотрудничая с частными медицинскими организациями, я вижу их настрой. Они серьезно готовятся. А мы? К тому же ясно, что государство не может и не сможет полностью обеспечить население качественной бесплатной медицинской помощью. Это абсолютно очевидно. Поэтому поиск альтернатив продолжается.

В бизнес-среде бытует такое выражение: «Или ты быстрый, или ты мертвый». В нынешних условиях завершения системного экономического кризиса, начала модернизации здравоохранения и изменения законодательной базы можно перефразировать его так: «Или ты эффективный, или ты мертвый». Мы должны стать более эффективными и сделать более эффективными свои учреждения. Качество медицинской помощи напрямую связано с эффективностью и качеством управления. И поэтому если мы постоянно говорим о необходимости повышения качества медицинской помощи, то в первую очередь должны изменить парадигму здравоохранения

(хотя вообще была ли она, я не помню). Считаю, что новая парадигма должна звучать следующим образом: **качественная медицинская помощь возможна только при качественном менеджменте**. Данная парадигма основана на принципе, сформулированном творцом японского экономического чуда, гуру современного менеджмента Э. Демингом: **90 % процентов проблем с качеством обусловлено неэффективным менеджментом. Я считаю, что восприятие и понимание этого принципа должно быть основой для современного менеджера здравоохранения.**

Это была первая часть моего выступления. Она больше, наверное, носила философский характер. А сейчас хотелось бы поделиться с вами уже нашим практическим 11-летним опытом внедрения инновационных управленческих технологий в деятельность ИДЦ. Этот опыт убедительно доказывает, что новые управленческие технологии способны значительно повысить эффективность деятельности ЛПУ и качество медицинской помощи. Хотя для нас абсолютно понятно, что эти технологии универсальны и они могут применяться в любых медицинских организациях (диагностические центры, поликлиники, больницы и пр.) любых организационно-правовых форм, при их внедрении и создании инновационной системы управления диагностическим центром мы руководствовались принципом менеджмента, который можно называть принципом «4 нет»:

- **нет абсолютно идеальных управленческих технологий и систем управления;**
- **нет абсолютно идеальных организаций (учреждений);**
- **нет абсолютно идеальных, не совершающих ошибки руководителей, даже если они имеют серьезное менеджментское образование (МВА, МРА);**
- **нет абсолютно идеальных управленческих решений.**

Почему мы так считаем? Во-первых, мировой опыт доказывает это. Во-вторых, если ты чего-то достиг и не движешься вперед, не изменяешься, постоянно не улучшаешь свою деятельность, может наступить коллапс. Все в мире подчиняется закону жизненного цикла. Хотим мы этого или не хотим. Ничто не вечно. Все меняется. Не исключение и медицинские организации. Поэтому мы считаем очень важным знание и понимание этапов жизненного цикла. И рано или поздно перед нами встанет задача управления им. На слайде t – это время развития организации, s – некие показатели успешности (для понимания жизненного цикла не важно какие). Этапы организационного развития – это формирование (или рождение), рост, стабилизация, стагнация, кризис (или хаос), распад (реформирование или смерть). a, b, c, d – цели развития организации на разных этапах. Цели достигаются на этапе стабилизации. Как видно из слайда, если мы на этом этапе не начнем формировать новые цели – это прямой путь к стагнации, хаосу и распаду организации. Для формирования новых, измененных целей необходимо проводить анализ внешней и внутренней среды, в первую очередь с целью фокусировки различных рисков, разрабатывать стратегию изменений, начинать поиск и внедрение новых технологий менеджмента, проводить работу по обоснованию и объяснению необходимости изменений сотрудникам ИДЦ. Ведь если они не поймут этого или будут бойкотировать перемены, поставленных целей не достигнуть. А что может быть дальше, вы знаете.

Охарактеризую этапы развития ИДЦ от цели к цели в соответствии с законом жизненного цикла в виде этапов внедрения современных технологий менеджмента, которые, конечно, являются инновационными.

1-й этап: создание центра, 1997–1999 – моя стажировка в Японии по вопросам менеджмента здравоохранения, сотрудничество с САФом (сибирско-американский факультет менеджмента и международного бизнеса) ИГУ. 5 выпускников этого фа-

культета в 1998–1999 годах писали дипломные работы по нашим темам и далее работали у нас. Формирование команды.

2-й этап – 1999–2002 – внедрение в практическую деятельность технологии управления персоналом, маркетинга, бенчмаркинга, CALS, реинжиниринга бизнес-процессов, TQM, цикла PDCA, мое второе высшее образование (специальности: менеджмент организации и электронный бизнес на САФе). Начало стандартизации деятельности ИДЦ. Этот этап можно охарактеризовать как движение на ощупь и где-то даже по минному полю. А минное поле – это не всегда желаемое восприятие внедрения новых управленческих технологий со стороны коллектива. Попадешь не туда – получишь взрыв негатива. Риски были велики. Чтобы их минимизировать, была создана корпоративная культура ИДЦ, сформирован серьезный социальный пакет. И это все сработало.

3-й этап – 2003–2008 – окончание стандартизации всех сфер деятельности ИДЦ, разработка СМК, получение сертификата соответствия СМК стандартам ИСО 9001:2000, внедрение логистических технологий. Обучение 8 сотрудников ИДЦ по Правительственной программе подготовки управленческих кадров. Создание менеджмент-ориентированной информационной системы.

4-й этап – 2009–2012 – совершенствование СМК, сертификация по ИСО 9001:2008, 100% компьютеризация всех сфер деятельности ИДЦ, сертификация по OHSAS, внедрение технологий бюджетирования, BSC, бережливого производства, 6 сигм. Обучение еще 3 сотрудников по той же программе. Обучение 2 сотрудников на MBA.

Сейчас идет интенсивная работа над разработкой стратегии следующего этапа развития ИДЦ.

О стандартах ИСО и возможности их применения в учреждениях здравоохранения написано уже много. Я и не ставил целью статьи описание стандартов и технологии их внедрения. Ниже поговорим только о нескольких принципах стандартов, а точнее системы менеджмента качества. Хочу отметить, что ИДЦ – одно из первых учреждений в России, которое построило систему менеджмента качества в соответствии с международными стандартами ИСО 9001:2000.

В настоящее время внедрены или находятся на стадии внедрения системы менеджмента качества в Ханты-Мансийской окружной больнице, Ростовском, Новосибирском НИИТО, частных медицинских организациях (ИНВИТРО) и ряде других ЛПУ России. Существенным шагом вперед стало введение в действие с 1 января 2010 года ГОСТ Р 53092-2008 «Системы менеджмента качества. Рекомендации по улучшению процессов в учреждениях здравоохранения» (стандарт идентичен соглашению международной экспертной группы ISO IWA 1:2005, которое разрабатывалось более 3 лет 130 экспертами из разных стран). Введение этих стандартов в действие значительно облегчает работу по разработке и внедрению системы менеджмента качества в ЛПУ, так как в них даются конкретные рекомендации и пояснения применительно к медицинской деятельности по каждому пункту стандарта. Появился конкретный инструмент, позволяющий быстро и эффективно изменить подходы к управлению качеством в ЛПУ и в системе здравоохранения в целом.

Кстати, следует отметить, что Минздрав РФ в настоящее время рекомендует всем медицинским вузам разработать и внедрить СМК в соответствии со стандартами ИСО в образовательную деятельность. Наш университет и ГИДУВ уже активно занимаются этой работой.

Анализируя опыт внедрения стандартов ИСО многих предприятий и учреждений, а также собственный опыт, хотел бы выделить и ряд проблем, с которыми сталкиваются практически все, кто прошел этот путь. Это проблемы, связанные вообще со стандартами ИСО, и проблемы восприятия нововведений персоналом. Я думаю,

эти данные будут интересны и полезны тем ЛПУ, которые захотят внедрять стандарты у себя, чтобы избежать этих проблем.

В настоящее время резко усилилась критика стандартов ИСО. Один из ведущих в мире специалистов в области качества Тито Конти считает, что со стандартами ИСО были связаны слишком большие ожидания, которые не оправдались почти у 60 % организаций, внедривших их. Сейчас в мире около 1 млн организаций имеют сертификат соответствия SMK стандартам ИСО 9001. На эту работу за 8 лет потрачено около 80 млрд долларов. Профессор Виля Винсен, генеральный директор «ВНИИС», считает, что это брошенный в мировую экономику финансовый пузырь, не обеспеченный реальными ценностями. Почему это происходит? И в чем проблема стандартов ИСО?

1. По мере увеличения числа сертифицированных организаций и снижения качества сертификаций она перестала считаться конкурентным преимуществом. В здравоохранении об этих преимуществах вообще не говорится. Потребитель не реагирует на сертификат, а выход на международный рынок нам пока не грозит.
2. Претензия стандартов ИСО на охват менеджмента всей организации является чистой иллюзией и зачастую – серьезной иллюзией с серьезными последствиями.
3. Стандарты ИСО ввели понятие системы менеджмента качества в отрыве от системы менеджмента организации.
4. Системы менеджмента качества, построенные на основе ИСО, становятся формальными, неким пропуском в мир бизнес-элиты. Подготовил документы (чаще всего это делают сторонние компании, иногда за серьезные деньги), получил сертификат, повесил его на стенку, поместил на упаковку, убрал документы в стол – и работаешь, как работал.
5. Наличие сертификата не гарантирует финансового успеха и экономического развития организации. Мы это испытали на себе в 2009 году, когда резко (на 36 %) нам сократили финансирование по ОМС. Пришлось радикально изменить многие бизнес-процессы, применяя уже другие управленческие технологии, и мы сохранили свои позиции.

Как известно, одним из 8 принципов стандартов ИСО является вовлечение всех сотрудников в процесс создания, внедрения и функционирования системы менеджмента качества. Если этого не происходит, если руководство ЛПУ не смогло убедить персонал в необходимости создания SMK, а пытается внедрить ее жесткими административными методами, будет создана почва для конфликтов, которые сведут на нет все усилия, и проект провалится. Можно выделить следующие проблемы восприятия нововведений персоналом:

1. Непринятие отдельными сотрудниками и руководителями стратегического решения о создании системы и вообще нежелание перемен: зачем что-то менять, если и так все хорошо.
2. Наличие внутренних барьеров между подразделениями, отсутствие понимания общих целей организации, разрыв доверия между разными уровнями персонала.
3. Дисбаланс ответственности и полномочий.
4. Качество понимается только как качество медицинских услуг, а не как качество процессов, ресурсов, управленческих решений.
5. Система управления документами SMK привела к увеличению времени на написание, согласование, оформление документов, поддержание их акту-

- альности, к появлению огромного числа шаблонов и форм, методических инструкций по написанию и оформлению документов.
6. Ряд документов СМК разрабатывается без участия персонала, которому предписывается их исполнение.
 7. Управление документацией разделяется на два параллельных потока – управление документацией СМК и управление остальной документацией. Зачастую эти 2 потока дублируют друг друга.
 8. Отсутствие мотивации персонала к внедрению СМК.
 9. Нежелание выявлять и показывать проблемы. Внутренние аудиты не соответствуют нашему менталитету: «Не выносить сор из избы». Каждое структурное подразделение – «государство в государстве». Начальство любит только «победные» рапорты, зачем же его огорчать.
 10. Проблемы обучения персонала принципам СМК.

И как следствие всего этого – сопротивление внедрению СМК в организации.

В 2009 году нами проведен анализ оценки значимости проблем нововведений персоналом. Руководители структурных подразделений должны были оценить значимость 9 основных проблем от 0 до 100 %. Чем выше процент, тем выше значимость проблемы. Результаты:

1. Нежелание вообще перемен – 15 %.
2. Зачем нужны нововведения, если и так все хорошо – 35 %.
3. Большое количество документов СМК – 70 %.
4. Низкая мотивация персонала – 65 %.
5. Формальность СМК – 33 %.
6. Жесткость требований СМК – 28 %.
7. Низкая эффективность обучения принципам СМК – 38 %.
8. Необоснованно высокая ответственность персонала – 28 %.
9. Выдаем желаемое за действительное – 30 %.

Несмотря на то, что во многом это субъективные мнения наших сотрудников, они стали основой для работы над управлением проблемами.

Если существуют такие проблемы, как самих стандартов, так и восприятия их персоналом, и довольно серьезные, то могут возникнуть вопросы: «А зачем все это надо? Зачем нам наступать на те же грабли? Может, лучше пойти другим путем, без ИСО? Или вообще ничего не делать. За нас все сделает министерство». Я бы не стал говорить столь категорично.

- 1) Если изменения не нужны ЛПУ, то Министерство здравоохранения уж точно не поможет.
- 2) Все же преимуществ такого подхода намного больше, чем недостатков и проблем.
- 3) Работа над стандартами ИСО позволяет радикально изменить бизнес-процессы ЛПУ, значительно повысив их эффективность.
- 4) Как я уже говорил, введен в действие стандарт ГОСТ Р ИСО 53092, и он решает многие проблемы.
- 5) Недостатки ИСО можно компенсировать внедрением других технологий менеджмента. 4-й этап развития ИДЦ с 2009 по 2012 год как раз направлен на это. Система сбалансированных показателей, бережливое производство, 6 сигм, интегрированные в ИСО, – вот путь к совершенству управления медицинским учреждением. Этим путем идут ведущие клиники мира.

Немного о системном подходе, в защиту стандартов ИСО.

Системный подход в соответствии с международными стандартами ИСО 9001:2000 является одним из ключевых принципов менеджмента качества. В соответствии с вышеуказанными стандартами **системный подход – это выявление, понимание и управление взаимосвязанными процессами как системой, что содействует результативности и эффективности организации для достижения ее целей. Результативность – это отношение плана к достигнутому результату. Эффективность – это отношение результата к затратам.**

Ключевые слова здесь, конечно, «**взаимосвязанные процессы**». Невозможно представить себе процессы оказания медицинской помощи независимо от процессов, обеспечивающих деятельность ЛПУ, процессы формирования бюджета – от процессов закупок медикаментов и других расходных материалов, процессы управления кадрами – от процессов управления и оценки качества. Если процессы в учреждении начинают самостоятельную жизнь и теряется их связь с другими процессами, начинаются сбои в системе, возникают в итоге проблемы, зачастую серьезные, и с качеством медицинской помощи. Это как пазлы – неправильно поставишь хотя бы одну деталь, не получишь целостной картины. Однако пазлы – это хоть и **система, но закрытая**. Поставил правильно последний – картина закончена. Далее внешняя среда практически на них не влияет. Если, конечно, все не развалить.

Медицинские же учреждения являются **открытыми системами**. Влияние на такие системы внешней среды, как я уже говорил, огромное. Это и социально-экономическая ситуация в мире, стране и области, демография, федеральное и региональное законодательство, политика государства и правительства Иркутской области в отношении здравоохранения, экология, партнеры, конкуренты и многое другое. Ключевую роль в открытых системах играют люди (социальный компонент). Однако без использования медицинской техники и технологий, а также без обеспечивающей инженерно-технической инфраструктуры представить современное ЛПУ невозможно. Поэтому ЛПУ, как и многие другие организации, являются **социотехническими системами**.

Сегодня системный подход – это мощный инструмент, позволяющий в короткие сроки находить новые, эффективные решения возникающих проблем, эффективно достигать целей, поставленных медицинским учреждением, и управлять планируемыми изменениями. Что такие изменения необходимо проводить, думаю, сомнений нет. Как раз системный подход позволяет пересмотреть многие наши представления о медицинском учреждении.

Итак, медицинское учреждение – это открытая социотехническая система. Система – это совокупность взаимосвязанных процессов. Управление взаимосвязанными процессами – это системный подход.

Уже всем понятно, что без компьютеризации ЛПУ добиться повышения качества медицинской помощи будет крайне сложно. Однако возникают вопросы, что мы автоматизируем и компьютеризируем. Устаревшие неэффективные бизнес-процессы, только усложняющие работу персонала? Статистический учет с его низкой достоверностью и приписками? Или только медицинскую документацию, с которой тоже хватает проблем?

Мы назвали свою информационную систему менеджмент-ориентированной, подчеркивая этим то, что система занимается не только сбором и обработкой данных, но и управлением всеми процессами ИДЦ. Система создана в 2001 году, она развивается параллельно с развитием системы управления ИДЦ. Вообще создание системы в том виде, как она есть, это счастливое стечение обстоятельств. После дефолта 1998 года в Иркутске были закрыты филиалы американских компаний, которые занимались разработкой программных продуктов. Я пригласил амбициозных, молодых, но уже опытных программистов работать в ИДЦ. Наши желания и их зна-

ния создать инновационный программный продукт, которого еще не было в России, совпали.

Ключевые характеристики системы:

- 1) Система построена с использованием компьютерных программ с открытыми кодами, свободно распространяемых через Интернет и не требующих лицензионных платежей, в частности Linux. Кстати, теперь это политика государства (так, Правительство РФ рекомендует создавать Интернет-порталы по предоставлению государственных услуг на программных продуктах с открытым кодом; компания «Ростехнология» приобретает блокирующий пакет акций компании Read Heart, разрабатывающей программы в Linux; Правительство приняло решение по созданию российской офисной программы на основе Linux; Правительство рекомендует применение программ с открытым кодом Open office для всех образовательных учреждений в рамках национального проекта).
- 2) Компьютеризированы бизнес-процессы, подвергнутые реинжинирингу в соответствии с международными стандартами менеджмента качества ИСО 9001 и другими технологиями менеджмента. Более 30 типов стандартов (не считая наших, региональных и федеральных медицинских стандартов) интегрированы в информационную систему.
- 3) Безотказность высокая скорость работы системы (за последние 3 года не было ни одного сбоя в системе).
- 4) Защищенность системы.
- 5) Компьютеризированы все рабочие места сотрудников (более 250).
- 6) Интеллектуальные протоколы исследований и консультаций врачей.
- 7) В базе данных (центр обработки данных) находится вся информация (исследования, консультации, графики, таблицы, снимки, видео и пр.) более чем на 800 тысяч пациентов – около 100 млн записей или около 20 млн исследований за 9 лет.
- 8) Статистическая обработка любых данных, в том числе финансово-экономических, за любой промежуток времени, по любым заданным или фиксированным параметрам, любого объема в режиме реального времени OLAP-сервер (система «бизнес-аналитика»).
- 9) Возможность быстрой интеграции в систему любых сторонних программных продуктов (не все необходимо делать своими руками). Сервис ориентированная архитектура (SOA).
- 10) Система внутренних коммуникаций (внутренний сайт, миранда, электронная почта). Так, через внутренний сайт оформляются заявки в инженерную службу, отдел информационных технологий, отдел медтехники. Также осуществляется доступ в электронную библиотеку врача, в системы «тайм-менеджмент», «бизнес-аналитика», «электронный документооборот» (ввод в действие – 4-й квартал 2010 года) – здесь имеется в виду только делопроизводство. Остальной документооборот на 100 % безбумажный.
- 11) Все отчеты могут быть получены в табличном и графическом виде, по любым параметрам, любого объема, за любое время в режиме on-line, в течение нескольких секунд. В частности, система ежедневно мониторирует выполнение госзаказа как в объемных, так и финансовых показателях.

Одним из примеров эффективного применения инноваций является создание инновационного бизнес-процесса в отделе эндоскопии. Имея на старте традиционный, классический бизнес-процесс, мы, применяя информационные и управленческие инновации, о которых говорилось выше, и инновации медицинские (4 изобретения и 1 рацпредложение) в сочетании с современным медицинским оборудовани-

ем, в результате инновационной деятельности создали новый инновационный бизнес-процесс отдела эндоскопии. Этим процессом управляют пулы стандартов. Мы добились следующего. Увеличение объемов исследований за 1 год на 20 %, РХПГ, причем только оперативных и самых сложных, делается более 300 в год (40 % от общего количества по ИО), стентирование холедоха проводится только у нас, % осложнений при РХПГ составляет около 3,5 (по РФ 10 %, от 7 до 15), эндоузи – более 450 в год (95 % от общего количества по ИО), полипэктомий – более 700, УКЛ – 1.0. Сейчас отдел эндоскопии центра входит в пятерку лучших отделов России, а зав. отделом является главным эндоскопистом СФО. В течение 2010–2011 годов в отдел будет инвестировано более 35 млн рублей для его переоснащения.

Некоторые показатели и эффекты внедрения инновационных технологий менеджмента, интегрированных с инновационными компьютерными и медицинскими технологиями:

1. Результаты гистологических исследований до 90 % случаев предоставляются через сутки. Возможность экстренной гистологии в течение 15 минут. Централизация гистологических исследований.
2. Выявляемость онкопатологии ЖКТ в 0 (in situ) и I стадиях достигает 40 % (в РФ 5–7 %).
3. Уровень качества лечения (УКЛ) – 0,999.
4. Удовлетворенность пациентов – 86 % (в РФ до 30 %).
5. Динамика роста объемов медицинских услуг за 6 лет при том же штатном расписании – 225 %.
6. Динамика роста медицинских услуг на 1 врачебную должность за 6 лет – 195 %.
7. Динамика роста дохода на 1 врачебную должность составила 288 % (в 2010 году – 3,8 млн руб.).
8. Доля рабочего времени, затрачиваемого на пациента, составляет 95 %.
9. Время ожидания пациентом исследования или консультации в ИДЦ составляет максимум 15 мин.
10. Динамика коэффициента фондоотдачи за 6 лет составила 228 %.
11. Динамика роста зарплаты врачей за 5 лет составила 290 %.
12. Централизация лабораторных исследований (площадь ИО 768 тыс. кв. км, население 2,5 млн). 95 точек забора крови, вся логистика доставки разработана нами, термоконтейнеры, вакутейнеры, центрифуги покупали и поставляли в ЛПУ тоже мы. Результаты исследований автоматически отправляются в ЛПУ в течение суток. Система штрих-кодирования. Все процессы в отделе автоматизированы. Одна из самых крупных и мощных лабораторий за Уралом. Около 400 видов тестов.

ВЫВОДЫ

1. Простое увеличение финансирования здравоохранения не приведет к улучшению функционирования учреждений и системы здравоохранения в целом, повышению качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.
2. Разработка и внедрение системы менеджмента качества на основе МС ИСО повышает качество медицинских услуг и эффективность деятельности ЛПУ.
3. Проблемы и недостатки ИСО можно компенсировать путем интеграции современных систем менеджмента, что позволяет добиться эффекта синергии и повышает эффективность функционирования системы управления медицинским учреждением.

4. Для решения этих задач необходима консолидация усилий заинтересованных сторон (различные ЛПУ, региональные министерства, общественные организации, образовательные учреждения, ученые).
5. Нельзя разрабатывать и внедрять в медицинские учреждения информационные системы, построенные на основе старых неэффективных бизнес-процессов. Необходим реинжиниринг всех внутренних процессов ЛПУ с применением названных выше технологий менеджмента.
6. Медицинские информационные системы ЛПУ должны быть построены как сеть компьютеризированных процессов (менеджмент-ориентированная медицинская информационная система).
7. Качество медицинской помощи может быть значительно повышено при интеграции управленческих, информационных и медицинских инновационных технологий.

**Система обязательного медицинского страхования:
актуальные проблемы и перспективы развития**

МАТЕРИАЛЫ
межрегиональной научно-практической конференции

26–27 августа 2010 года

Издательство «Челябинская государственная медицинская академия»
454048, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

ISBN 978-5-94507-128-5

Подписано в печать 10.11.2010г.

Отпечатано в ПЦ «ПРИНТМЕД».

454092, Челябинск, ул. Красная, 42; тел.: (351)222-01-56, 230-67-37:

e-mail: rdfart@mail.ru, rinmed@mail.ru

Формат 84×116. Бумага 80 г/м². Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 4,6. Печать офсетная. Тираж 500. Заказ 350/10.