

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5. 2004



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал



Менеджер здравоохранения

От редакции:

Год назад, когда мы создавали этот журнал, наибольшее количество споров было связано с выбором его названия....

Сегодня, когда здравоохранение возглавил М.Зурабов, человек с репутацией высокопрофессионального топ-менеджера, наверное, можно говорить о том, что мы не ошиблись ни с выбором названия, ни с информационной концепцией журнала...

Оставайтесь с нами и во втором полугодии – мы постараемся быть полезными Вам.

**Редакция журнала
«Менеджер здравоохранения»**

Менеджер здравоохранения

№ 5
2004

Главный редактор:

СТАРДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению
г.Санкт-Петербурга

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
к.б.н., ведущий научный сотрудник ВИНТИ

Редакционная коллегия:

КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ
им. акад. И.П.Павлова, заместитель генерального директора ОАО «ГСМК»

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора по науке Центрального НИИ
организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ

В номере:

Выступление М.Зурабова на Пятом Пироговском съезде
врачей

Актуальный репортаж

4-6

Интервью апреля

Особое мнение

7-11

Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы

В.О.Гурдус

12-15

Эксперимент по дополнительному финансированию
оказания медицинской помощи неработающим
пенсионерам

Ю.А.Щербук, Ф.В.Михайлов, Ф.Н.Кадыров

16-21

Пути совершенствования организации амбулаторно-
поликлинической помощи в современном российском
мегаполисе

И.Н.Ступаков, Л.И.Мусатов

22-26

Методы анализа использования основных фондов
медицинских учреждений

Н.П.Кирбасова

27-30

Финансовый макроанализ и его применение для определения
приоритетов развития здравоохранения региона

М.Д.Дуганов, А.А.Колинько, А.Н.Макеев, И.Б.Симкина, Р.В.Петухов

31-36

Организация персонифицированного учета
лекарственных препаратов в системе ОМС территории

Г.С.Лебедев

37-44

Социологические аспекты оказания стационарной
помощи населению с учетом ведомственного сектора

Г.М.Гайдаров, И.С.Кицул, Т.И.Алексеевская, Д.В.Кулеш

45-48

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель главы администрации г.Ставрополя

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, зав. курса менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава государственной морской академии им. адм. О.С.Макарова

ПОПОВИЧ Виктор Константинович,
к.м.н., начальник Муниципального управления здравоохранения г.Нерюнгри, Республика Саха (Якутия)

РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана

СКЛЯР Михаил Семенович,
к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
д.м.н., заведующий отделом Владимирского областного ФОМС

ОРЛОВ Олег Викторович,
д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале, посетив страницу электронного форума «Менеджер здравоохранения» в Интернете по адресу:

www.idmz.ru

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения».

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11
idmz@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 979-92-45

Главный редактор:
академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
secretary@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 218-07-92

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru

Шеф-редактор:

к.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Ответственный секретарь:
Л.А.Цветкова

Отдел подписки и распространения:
idmz@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 218-07-92

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства
«Роспечать» – 82614
Российский медицинский
каталог – М 3475

Отпечатано в типографии
ООО «ЛОГО-принт»
Заказ №100

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Реформа здравоохранения в Армении

М.Ш.Башкаева, В.И.Стародубов

49-55

Приемное отделение – тормоз развития ДМС?

Есть идея

56-59

Оценка перспектив ДМС

И.Н.Баранов, Т.М.Скляр

60-62

Глоссарий «МЗ»

63

Могут ли платные услуги оказываться в основное рабочее время?

Консультирует «МЗ»

64-66

Вопросы и ответы

68-69

Психологический практикум

70-71

Ученый совет

72-74

Рекрутинговое агентство

75-77

Органайзер

78-79

О подписке

80



«ПЕНСИОННАЯ РЕФОРМА ПОКАЗАЛАСЬ МНЕ ЛЕГКОЙ ПРОГУЛКОЙ ПО СРАВНЕНИЮ С САМЫМИ КОСМЕТИЧЕСКИМИ РЕФОРМАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ....»

С такого откровения началось первое публичное выступление Министра здравоохранения и социального развития М.Зурабова перед медицинским сообществом на Пятом Пироговском съезде врачей, прошедшем в Москве 15–16 апреля 2004 года

Свое первое выступление перед профессиональным сообществом М.Зурабов посвятил обсуждению приоритетных направлений реформ здравоохранения и анализу новых возможностей Министерства по бюджетному планированию отрасли.

Трехуровневую структуру управления в сфере здравоохранения и социального развития Министр охарактеризовал как наиболее эффективную управленческую модель на сегодняшний день. Министерство будет вырабатывать государственную политику и с целью ее реализации осуществлять подготовку законопроектов, проектов постановлений Правительства РФ, отраслевых нормативных документов, а также вносить в Правительство РФ предложения по вопросам формирования государственной политики и доклады о ходе реализации тех или иных государственных гарантий гражданам РФ.

Нормативные правовые акты Министерства будут реализовывать агентства. Одновременно они будут оказывать государственные услуги, такие, как подготовка и переподготовка кадров в сфере здравоохранения, предоставление населению высокотехнологичных видов медицинской помощи, управлять федеральным имуществом. Министерство будет освобождено от подобной работы и в полной мере займется нормотворчеством. Специальные службы будут осуществлять государственный контроль и надзор за реализацией нормативных правовых актов.

Отличие структуры нынешнего Министерства от предыдущего, по мнению М.Зурабова, заключается прежде всего в том, что уменьшилось количество промежуточных звеньев между исполнителями и руководством Министерства. У Министра будут всего два заместителя, в Министерстве планируются 10 департаментов, ко-



торые возглавят директора, каждый из которых будет тоже иметь два заместителя, а далее следуют профильные отделы.

Характеризуя социальный статус врача и уровень оплаты его работы, Министр констатировал, что сегодня в бюджетной сфере 47% работающих, существенную долю которых составляют и медицинские работники, получают зарплату ниже прожиточного минимума. Чтобы через 3 года таких категорий работающих не осталось, потребуется 1 триллион 200 млрд. руб. Однако любые попытки провести механическое увеличение зарплаты, по мнению М.Зурабова, слабо реализуемы. Нужно увеличение **результативности** использования бюджетных средств. Нужно создать экономическую заинтересованность в качественной и эффективной медицинской помощи для всех ее участников: медицинских работников, администраторов, страховщиков, пациентов.

Министр опроверг распространенное мнение об уходе врачей из профессии: он привел данные официальной статистики, согласно которым за последние 8 лет количество врачей в России выросло с 550 тыс. до 610 тыс., то есть увеличилось на 10%, но разделил тревогу по поводу продолжающегося снижения социального статуса врача. «Врач становится маргиналом», — заключил он.

При сохранении прежней модели финансирования лечебного учреждения (по сметному принципу), по мнению М.Зурабова, не удастся прийти к дифференциации эффективно и неэффективно работающих медицинских учреждений, и государство по-прежнему будет гарантировать лишь минимальный уровень зарплаты врача. «Мы отлично понимаем, что нужно расширять финансовую самостоятельность медицинского учреждения, но нам столь же очевидно, что, если мы отпустим всю лечебную сеть в рынок, то коммерциализация здравоохранения приведет к недоступности медицинской помощи для ряда категорий граждан», — подчеркнул Ми-

нистр. Поэтому никакой приватизации социальной сферы не планируется.

Приоритетом развития государственной политики в области здравоохранения является обеспечение доступности медицинской помощи. А основой этой доступности должно стать не общее количество больниц и врачей, а удовлетворение потребности гражданина в получении медицинской помощи. Это должно стать единственным критерием развития отрасли. Нельзя говорить об уменьшении доли гарантированной медицинской помощи — следует привести объемы медицинских услуг в соответствие с финансовыми возможностями.

Безотлагательного решения требует проблема отсутствия реальной самостоятельности у медицинских организаций. Медицинским учреждениям будет предложена возможность постепенной трансформации в некоммерческие организации.

Однако государство не намерено «подталкивать» их к изменению организационно-правовых форм, процесс должен пойти мягко. Следующим этапом этих преобразований может стать переход к автономным некоммерческим организациям, которые могут иметь собственные основные фонды и «сами себя развивать». Но, по словам М.Зурабова, «в трансформации государственных учреждений в некоммерческие организации и далее в автономные некоммерческие организации «компанейщины не будет».

Определяя свое отношение к Проекту Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», М.Зурабов отметил, что в целом Проект одобряет. Реализация заложенных в нем положений позволит обеспечить сбалансированность средств системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам. Основной причиной сохраняющегося дефицита средств на финансирование Базовой программы ОМС является ненадлежащее выполнение органами ис-





полнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления статьи 17 Федерального закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в части уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, а также отсутствие действенного механизма дотирования бюджетов субъектов РФ и бюджетов органов местного самоуправления из федерального бюджета на цели выравнивания условий финансирования Базовой программы ОМС в экономически депрессивных регионах. Вопрос крайне сложный, но мы полагаем, что нам удастся убедить руководителей субъектов РФ в необходимости платежей на неработающее население, и совместно с Минфином России уже разрабатывали механизм этого убеждения.

Однако Проект Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», по мнению Министра, следует дорабатывать. Две проблемы необходимо решить и отразить в этом проекте.

Во-первых, нецелесообразно регулирование ОМС двумя федеральными законами с разными требованиями к его участникам. Система ОМС должна быть едина.

Во-вторых, предлагаемые разработчиками законопроекта многосторонние соглашения об обязательном медицинском страховании граждан не будут способствовать социальной справедливости, а подчас и нарушать их права, в то время как одной из основных идей реформирования системы ОМС является предоставление дополнительных гарантий на получение бесплатной медицинской помощи. Нужна понятная схема взаимодействия с четким разграничением полномочий субъектов страхования. Поэтому необходимо уходить от системы соглашений, к тому же есть реальные механизмы решения проблемы платежей на неработающее население. Один из возможных – привлечение средств федерального бюджета по принципу предоставления финансовой помощи на определенных условиях.

Комментируя последствия снижения ставки единого социального налога (ЕСН) с 36% до 28% и связанную с этим вероятность недополучения системой здравоохранения 16 млрд. рублей, М.Зурабов отметил, что простое снижение ставки ЕСН, конечно же, приведет к дефициту средств территориальных программ ОМС. Но есть ряд механизмов, включение которых не позволит этого допустить или хотя бы даст возможность сохранить определенный баланс территориальных программ. Прежде всего это прогнозы Минэкономразвития о том, что снижение ставки ЕСН приведет к выходу из тени значительной части «конвертной» заработной платы, что позволит нивелировать негативные последствия снижения ставки. Кроме этого, с Минфином проработано решение проблемы частичного восполнения из федерального бюджета по конкретной схеме, которая в свою очередь должна заинтересовать субъекты Российской Федерации в увеличении платежей на неработающее население.

«Сегодня не принимается ни одного финансового решения без визы Министра здравоохранения и социальной политики – таких возможностей не было ни у одного моего предшественника!» – подчеркнул М.Зурабов.

Участники Съезда попросили Министра определить свое отношение к проценту (2,2%) национального валового продукта, выделяемого на здравоохранение. По мнению М.Зурабова, сегодня гораздо важнее обсуждать пути модернизации системы здравоохранения с целью резкого повышения эффективности его финансирования. Отвечая на вопрос об отношении к платным медицинским услугам, зачастую оказываемым на государственном оборудовании в рабочее время, М.Зурабов подчеркнул, что прежде всего пациенту должен быть гарантирован минимум бесплатных медицинских услуг и четко разъяснен порядок их получения. «Платность может быть легальной только тогда, когда мы объяснили, что пациент может получить бесплатно».

Подготовлено Н.Кураковой

**ОТ РЕДАКЦИИ:**

В этой рубрике мы приводим фрагменты наиболее интересных интервью апреля, что, однако, не означает полного совпадения мнения редакции с позициями интервьюируемых.

Интервью с Игорем Шейманом, руководителем экспертной группы по реформе здравоохранения при администрации Президента Российской Федерации (полный текст в журнале «Профиль», 2004, №13)

«Профиль»: Чем занимается Ваша группа по реформе здравоохранения в администрации Президента?

Игорь Шейман: Наши основные усилия сосредоточены на реформировании системы государственных гарантий в отношении бесплатной медицинской помощи населению, сейчас мы разрабатываем закон о госгарантиях.

«Профиль»: Все упорно говорят, что от бесплатной медицины Ваша группа собирается оставить крохи. Это так?

Игорь Шейман: В том-то и проблема, что наша медицина уже давно «условно бесплатная». Выкинуть что-то из пакета бесплатной помощи, как, например, в Армении сделали со стационарной помощью, для России неприемлемо. Максимум того, что мы рискнули предложить, – это стоматология для взрослых, которая в общественном сознании и так уже давно стала платной. Уберем еще какую-то мелочь, но это не решает проблемы.

Сошлись на том, что лучший выход – это максимальная конкретизация государственных гарантий медицинской помощи по каждому заболеванию. Сделать это можно по трем главным основаниям: установление гарантий в отношении объема оказываемой помощи в пределах клинико-эко-

номических стандартов, определение порядка оказания помощи и уточнение условий лечения, то есть размещения в палатах, питания, предельного срока ожидания плановой госпитализации и пр.

«Профиль»: Какая нам польза от клинико-экономических стандартов?

Игорь Шейман: Стандарты дают четкий ответ на вопрос, за что пациент не должен платить, и устанавливают требования к результатам лечения. Они определяют тот набор медицинских услуг и лекарственных средств, которые государство гарантирует в случае конкретного заболевания.

По каждому разрабатывается клинико-экономический стандарт. Он состоит из двух частей – фиксированной и переменной. Фиксированная – обязательная для всех пациентов. Переменная, вероятностная часть – те услуги и лекарства, которые необходимо предложить в зависимости от особенностей течения заболевания по медицинским показаниям. Стандарт нужен также для выбора наиболее эффективных способов лечения с позиций и медицины и экономики. Стандарт должен установить оптимальные сроки, уровень оказания медпомощи и ее стоимость. Он не просто обрубаем ничем не оправданные, завышенные сроки госпитализации, но и перераспределяет средства,



которые мы сегодня тратим в здравоохранении: с затратных стационарных менее затратные амбулаторные условия. Разумеется, когда это можно сделать без ущерба для результатов лечения.

«Профиль»: Как Вы собираетесь построить механизм информирования населения о содержании стандартов?

Игорь Шейман: Если пациенту необходимо за что-то заплатить, он требует от врача стандарт, где указано, сколько уколов, сколько капельниц ему положено. Протоколы будут в каждой больнице, в каждой поликлинике, я уже не говорю о страховых компаниях.

«Профиль»: Коснется ли уточнение госгарантий качества лекарств, технологий, оборудования?

Игорь Шейман: Стандарты будут формироваться в тесной связи с прогрессом медицины и имеющимися ресурсами государства. Будет то, что нужно для нормального лечения без изысков. Вылечить на основе этих лекарств и технологий можно. Хочется более современной медицины, но надо жить по средствам. Иначе мы никогда не сможем хотя бы ограничить теневые платежи в здравоохранении.

«Профиль»: После всех уточнений и реструктуризаций насколько сократится объем бесплатной медицинской помощи?

Игорь Шейман: А почему он должен сократиться?

Во-первых, объем государственного финансирования здравоохранения в последние три года растет достаточно ощутимо.

Во-вторых, стандарты установят точные требования к объему бесплатной медицинской помощи на сложившемся уровне, что, безусловно, ограничит произвол в наращивании платной помощи. Зная, что мне положено определенное лекарство, я не буду просить моих родственников купить его в аптеке. Если мне положен все тот же российский аспирин, а врач стационара рекомендует более эффективное средство, в этом случае я оплачиваю только разницу между более дорогим и дешевым лекарствами.

«Профиль»: Как Вы будете увязывать гарантии с деньгами?

Игорь Шейман: Это самое сложное, так как у нас масса обязательств, не подкрепленных деньгами. Отсюда и поборы, в том числе и за то, что деньгами обеспечено. Поэтому в законопроекте заложен алгоритм приведения госгарантий к их финансовому обеспечению. По пунктам расписано, от чего будем отказываться в первую, вторую очередь при отсутствии денег.

Федеральные власти, Минздрав будут аттестовывать территориальные программы госгарантий. Если средств территории не хватает на сто-процентное покрытие госгарантий, то в первую очередь сокращаются перечень и объем оказания высокотехнологичной помощи. Потом уменьшаются дополнительные объемы стационарной помощи, которые территории оказывают сверх федеральных нормативов. Далее расширяется список видов плановой помощи, для оказания которой устанавливается очередность, увеличиваются предельные сроки ожидания. Если и это не решает проблему финансового дефицита, то изменяются требования ко времени доступности медицинской помощи, не более предельных сроков, установленных «сверху».

И только в последнюю очередь пересматриваются клиничко-экономические стандарты в пользу менее затратных услуг и лекарств, то есть устанавливается принцип: стандартами лечения жертвуем в самую последнюю очередь, исчерпав все другие возможности привлечения государственных средств и их экономии. Еще одно важнейшее положение предлагаемого нами законопроекта: вводится жесткая система направления пациента с одного уровня оказания помощи на другой. Как мы еще говорим, рационализация движения пациентов в системе ОМС.

«Профиль»: А сейчас мы двигаемся хаотично?

Игорь Шейман: Такую хаотичность, как у нас, не может себе позволить ни одна самая богатая страна мира. Наши люди, минуя первичное звено (поликлинику или амбулаторное лечение), сразу



идут в стационар. До 30% случаев госпитализации специалисты относят к необоснованным. В Москве самый большой беспорядок: до половины госпитализаций идет мимо первичной сети. Это огромные потери. Доказано, что на уровне первичного звена, без обращения в стационар, можно вылечить 80–90% заболеваний. Причем лечение намного дешевле, чем в стационаре. Весь мир на этом экономит, всячески укрепляя первичное звено. У нас – одни разговоры, зато уровень госпитализаций – самый высокий в мире. В России на одного человека приходится 3,5 дня стационарного лечения в год, в Европе – 1–1,5 дня максимум.

Для преодоления этой диспропорции в законопроекте устанавливается порядок направления пациентов. Каждый из нас получает право на выбор своего врача общей практики (а пока врачей общей практики мало, то и участкового врача), который становится центральной фигурой, организатором, «привратником» на всех этапах оказания медицинской помощи. Попасть на плановую

госпитализацию и получить специализированную амбулаторную помощь (исследование, консультацию или лечение «узкого» специалиста) можно только по направлению врача первичного звена. А если Вы нарушаете, «перепрыгиваете», то платите из собственного кармана. Это обычная европейская практика.

Здравоохранение, которое не имеет таких врачей-«привратников», обречено на вечную нехватку денег. Любые суммы будут бесследно исчезать, как в бездонной бочке.

Но очевидно, что переходить к этой модели придется постепенно, по мере укрепления первичного звена. Нынешний участковый врач не может эффективно выполнять функцию «привратника». Но, он никогда не станет центральной фигурой в здравоохранении, если пациенты будут его игнорировать.

Этот замкнутый круг нужно разорвать. И здесь цели уточнения госгарантий смыкаются с целями структурной перестройки здравоохранения.

Беседу провела Елена Костюк

Интервью с Борисом Величковским, академиком РАМН

(полный текст в газете «Труд» от 01.04. 2004)

«Труд»: Ваше отношение к предложенной модели реформы здравоохранения.

Борис Величковский: Радикальная реформа системы здравоохранения нужна давно, ее затягивание вызывает недовольство и населения, и медиков. Существующая система может устраивать только «страховщиков», все остальные – в проиг-

рыше. Реформа необходима, но по-прежнему не вполне ясно, какой должна быть ее стратегия. Лично меня тревожит, например, намерение заметно сократить коечный фонд.

«Труд»: Это обычно объясняют тем, что стационарная помощь – самая дорогая, между тем койки используются крайне нерационально.





Борис Величковский: В России действительно в три раза больше коек (в расчете на сто тысяч населения), чем в Швеции или США. Но, говоря о коечном фонде, надо знать: он должен определяться и состоянием здоровья населения, и величиной так называемой фондовооруженности больничной койки. По обоим этим показателям мы резко отстаем от развитых стран.

Из-за болезней системы кровообращения в России умирают в два-три раза больше людей (опять-таки в расчете на сто тысяч населения). Этими недугами сегодня страдают более 23 миллионов человек, каждый шестой-седьмой житель страны. (До реформ в 1990 году таких больных было почти в два раза меньше.) По величине коэффициента смертности страна отброшена на 50–60 лет назад. Особенно резко выросла смертность людей трудоспособного возраста (в 1,7 раза).

Это вполне понятно – именно на работающих мужчин и женщин легла основная тяжесть приспособления к жизни в новых условиях. В итоге резко сократилась средняя ожидаемая продолжительность жизни: она сегодня на 10–12 лет меньше, чем в развитых странах. При этом сложилась беспрецедентная ситуация: продолжительность жизни мужчин в России на 13 лет меньше, чем женщин, и не достигает даже пенсионного возраста – 60 лет. При таком состоянии здоровья миллионов граждан России не слишком разумно просто сокращать число коек в больницах.

Да, наш пациент намного дольше остается в больнице, чем в развитых странах. Но изжить этот недостаток можно только с помощью более совершенной диагностической и лечебной аппаратуры. Например, во всех развитых странах давно стало рутинной практикой использование автоматических анализаторов показателей крови. Эти приборы дают возможность уже в первые часы поступления пациента иметь результаты необходимых анализов. Появятся у нас подобные приборы – и больной не будет зря занимать койку, дожидаясь результатов анализа.

«Труд»: И это обеспечит экономию средств?

Борис Величковский: Хочу подчеркнуть, целью реформы должна быть не экономия, не снижение бюджетных расходов на медицину, а улучшение здоровья населения с помощью иного качества медицинских услуг. И площади учреждений здравоохранения, и численность медиков – это не балласт, а реальный резерв. Я бы выделил три главные цели реформы: изменение стратегии отечественной медицины, преобразование хозяйственно-правового статуса медицинских учреждений, структурная перестройка отрасли.

В медицине всего мира стратегия охраны здоровья населения трижды изменялась в течение XX века.

До 60-х годов главной была борьба с массовыми инфекционными заболеваниями, которые уносили тысячи жизней. Хлорирование воды, вакцинация, использование антибиотиков позволили добиться успехов на этом направлении. Постепенно причины заболеваемости и смертности менялись, место острых инфекционных болезней заняли другие недуги: сердечно-сосудистые, онкологические, легочные, а также травмы и диабет.

В этот период медики стали направлять главные усилия на борьбу с хроническими заболеваниями. В большинстве развитых стран и здесь удалось добиться больших успехов. И в конце XX века снова произошел поворот медицинской стратегии: главной стала забота о рождении здорового ребенка, о воспроизводстве здорового поколения. В практику вошли медико-генетические консультации, выявление дородовой патологии. Все это позволило сократить число детей-инвалидов, улучшить здоровье детского населения в целом.

«Труд»: Похожая картина сложилась и в России?

Борис Величковский: Нет. Только до 60-х годов нам удавалось оставаться в числе государств с наиболее низкой смертностью – борьба с инфекциями в СССР велась успешно. Но когда потребовалось перенести акценты на профилактику и лечение хронических болезней, на заботу о рождении здоровых детей, эту задачу в полной мере вы-



полнить не удалось. Пресловутый «остаточный принцип» финансирования медицины просто не позволил оснастить современным оборудованием больницы, родильные дома, поликлиники и женские консультации. А без этого невозможно говорить об успешной диагностике и лечении.

Сейчас российское здравоохранение стоит перед труднейшим выбором. В России, как и в развитых странах, нужно одновременно решать все три задачи: предупреждать инфекционные болезни, бороться с хроническими недугами, добиваться рождения здоровых детей. Будем честными: при существующем уровне финансирования медицины достичь успехов на всех направлениях невозможно.

Убежден, что единственная реальная альтернатива – усиление профилактического направления в деятельности медицинских учреждений. Но сегодня профилактические мероприятия (за исключением вакцинации, на которую денег тоже не хватает) практически не оплачиваются. Чтобы кардинально изменить положение, система обязательного медицинского страхования должна финансировать не только лечебные, но и основные профилактические мероприятия.

«Труд»: Какие, например?

Борис Величковский: Нужна бесплатная вакцинация всего детского населения и людей из профессиональных групп риска. Совершенно необходимо наладить по всей стране обязательную дородовую диагностику (это сразу скажется на здоровье детей).

«Труд»: Вторая из названных Вами проблем – изменение статуса медицинских учреждений. Что имеется в виду?

В условиях рыночной экономики и государственной собственности наиболее оптимальной формой хозяйственных отношений является арендный подряд. Он дает возможность сочетать хозяйственную самостоятельность медицинского учреждения и государственное регулирование. Равные условия конкуренции частных и государственных медицинских учреждений могут быть достигнуты только при вве-

дении арендного подряда. Он позволяет ввести хозрасчет, при котором заработная плата будет зависеть не только от тарифной сетки и должности, но и от качества и объема оказанной медицинской помощи.

«Труд»: Третьей Вы назвали проблему структурной перестройки отрасли.

Борис Величковский: В стране отсутствует четкая иерархическая система оказания стационарной помощи. Ее суть проста: необходимо концентрировать относительно простые случаи в небольших больничных учреждениях по месту жительства, а крупные клиники использовать для сложных оперативных вмешательств и передовых медицинских технологий.

«Труд»: Но именно по этому принципу и сегодня оказывается стационарная помощь: в небольших городских или районных больницах лечат то, с чем можно справиться и без дорогостоящей аппаратуры. А наиболее сложных больных направляют в более мощные областные стационары.

Борис Величковский: Да, общая схема и сегодня такова. Но эта система далека от совершенства. Приведу только один пример. В родильных домах выявляют женщин с патологией беременности. Роды в этом случае гораздо более тяжелые, требуют высокой квалификации врачей и сложного оборудования. Добиться такого уровня во всех родильных домах сегодня не реально. Значит должен быть один или несколько роддомов на каждой административной территории, где будут сосредоточены лучшие кадры и необходимое оборудование. По такому же принципу должна строиться вся медицинская помощь.

«Труд»: Очевидно, что для реформирования здравоохранения понадобятся дополнительные финансовые вложения.

Борис Величковский: Правительству необходимо их выделить, учитывая ту оценку ситуации со здоровьем населения России, которую дал Президент еще в своем первом послании.

Беседу провела Светлана Сухая



СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ОЖИДАНИИ РЕФОРМ.

Репортаж с конференции «Медицина и страхование»

В конце марта в Москве прошла Международная конференция «МЕДИЦИНА И СТРАХОВАНИЕ», организованная Всероссийским союзом страховщиков и журналом «Атлас страхования».

В работе конференции приняли участие представители Всероссийского союза страховщиков, Министерства финансов РФ, Пенсионного фонда России, Министерства экономического развития и торговли, Министерства здравоохранения, Межрегионального союза медицинских страховщиков, руководители федеральных и региональных страховых компаний, руководители лечебно-профилактических учреждений. Обсуждались основные направления реформы системы медицинского страхования, развитие медицинского страхования с учетом нового варианта закона «Об организации страхового дела в РФ», роль и взаимодействие

страховых компаний, пенсионных фондов и лечебных учреждений в реализации реформы. Все собравшиеся были единодушны в том, что бесплатная медицинская помощь как конституционное понятие имеет экономическую основу. Поэтому подход к системе страхования как к коммерческому виду страхования должен стать одним из элементов ожидаемой административной реформы. В этом и следующих номерах «МЗ» мы опубликуем наиболее содержательные доклады, подготовленные для конференции. Михаил Дмитриев, первый заместитель министра экономического развития и торговли РФ, любезно предоставил нам последнюю редакцию законопроекта РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которая выложена на сайте нашего журнала (www.idmz.ru) и будет опубликована в следующем номере журнала.

В.О.ГУРДУС,

генеральный директор ОАО «Росно-МС», г.Москва

Медицинское страхование в России: проблемы и перспективы

В настоящее время в мире выделяются три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения:

- ♦ преимущественно государственная (Великобритания, Швеция);
- ♦ преимущественно страховая система, представленная в Германии, Франции, Голлан-

дии, Австрии, Бельгии, Швейцарии, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и других странах;

- ♦ преимущественно частная (платная) система (США).

Практически ни в одной из стран указанные системы не представлены в чистом виде. При этом,

© В.О.Гурдус, 2004 г.



несмотря на многообразие форм организации медицинской помощи, в настоящее время, по-видимому, нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением.

Затраты на здравоохранение в европейских странах, США и Японии составляют существенную долю ВВП. Россия по уровню финансирования здравоохранения (здравоохранение + санэпиднадзор + ОМС) занимала и занимает одно из последних мест среди западноевропейских стран и США (в 2003 г. – менее 3% от ВВП).

На страхование выделяются, как правило, средства из трех источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей и взносы самих работников. По преобладающему источнику дохода на ОМС страны можно разделить на 4 группы:

- ♦ страны, где финансирование осуществляется в основном за счет государства (Дания, Франция, Япония);
- ♦ страны, где преобладает доля отчислений работодателей (Италия, Бельгия, Россия);
- ♦ страны, где преобладают средства работника (Швейцария);
- ♦ страны с паритетным участием работодателей и работников (Германия, Нидерланды) (табл. 1).

При высокой доле отчислений работодателей на здравоохранение в России имеют место суще-

Таблица 1
Источники финансирования обязательного медицинского страхования в разных странах

Страна	Источники дохода (в %)			Размер страхового взноса (% от дохода)
	Государство	Работодатели	Работники	
Италия	7,3	83,3	9,4	13,1
Бельгия	31,4	79,5	19,1	7,3
Германия	19,0	42,7	38,3	16,0
Нидерланды	6,3	42,5	51,2	9,3
Дания	80,0	11,0	9,0	22,0
Швейцария	21,2	0,02	78,7	17,7
Франция	81,0	12,5	6,5	16,0
Япония	88,0	5,5	6,5	7,2
Россия	31,9	68,1	0	3,6

Таблица 2
Доля личных расходов населения в совокупном объеме затрат на здравоохранение (в %)

Развитые страны с рыночной экономикой (24 страны, входящие в ОЭСР)	24
Развивающиеся страны с высоким доходом	33
Развивающиеся страны со средним доходом	43
Развивающиеся страны с низким доходом	53
Россия	55 – 60

ственные расходы граждан на здравоохранение. Обычно уровень личного участия граждан в оплате медицинской помощи в странах с развитой экономикой ниже, чем в развивающихся странах (табл. 2).

В России высокий уровень прямых платежей граждан в основном связан с оплатой лекарств или находится в теневом секторе оплаты медицинских услуг.

Анализируя амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь, которой охвачены по ОМС более 95% граждан, получивших медицинскую помощь, следует отметить ее недостаточный качественный уровень. Так, свыше 90% назначений медикаментозного лечения при амбулаторном лечении в системе ОМС приходятся на 100 торговых наименований лекарственных средств и только 22% врачебных приемов сопровождаются назначением диагностических и лечебных процедур. Естественно, что в структуре потребления платной медицинской помощи при такой ситуации преобладают специализированные виды помощи:

- ♦ стоматология – 34%;
- ♦ гинекология – 21%;



- ♦ урология – 12%;
- ♦ офтальмология – 9%;
- ♦ дерматология – 8%;
- ♦ медицинская косметология – 5%;
- ♦ другие – 11%.

А также инструментальные диагностические методы исследования.

Необходимо констатировать, что, по данным ОАО «РОСНО-МС», около 70% опрошенных работающих граждан готовы приобрести полис ДМС, обеспечивающий оказание дополнительных (к ОМС) медицинских услуг, при его стоимости 700–900 руб. в год. При этом наибольший интерес в приобретении полиса ДМС наблюдается у респондентов в возрасте 21–45 лет.

Сегодня темп роста объемов страховых премий в системе личного страхования, включая ДМС, опережает темп роста поступлений по ОМС, и соотношение страховых выплат и страховых премий в системе личного страхования значительно привлекательнее, чем в ОМС.

Проблемой системы здравоохранения РФ и ОМС как ее части является ее сильная зависимость от бюджетов субъектов РФ (платежи за неработающее население), что приводит к диспропорциям финансирования системы.

Так, в 2002 году в среднем по стране поступления страховых взносов (платежей) из бюджета на ОМС неработающего населения в расчете на одного неработающего было в 3,5 раза ниже, чем на одного работающего.

В результате наблюдается дисбаланс финансирования бюджетной и страховой части Программы госгарантий: профицит финансирования бюджетной (свыше 200%) и дефицит финансирования базовой программы ОМС (60–80% от потребности). Основные направления реформирования системы оказания медицинской помощи в РФ связаны с переходом к страховому принципу финансирования и создания многоуровневых систем медицинского страхования.

При этом переход к страховому принципу финансирования ОМС должен сопровождаться:

- ♦ повышением ответственности страхователей;
- ♦ повышением требований к страховщикам;
- ♦ созданием единой системы идентификации застрахованных;
- ♦ стандартизацией в системе ОМС;
- ♦ изменением Программы государственных гарантий (переход к двухуровневой программе ОМС);
- ♦ переходом к дифференцированной системе расчета страховых взносов;
- ♦ внедрением ОМС – дополняющих программ ДМС;
- ♦ внедрением системы страхования профессиональной ответственности врачей.

Системы многоуровневого страхования существуют практически во всех развитых странах, хотя организационная основа в этих системах может быть разной.

Для России наиболее приемлемой моделью может быть трехуровневая система сочетания ОМС и ДМС. При этом на I уровне (ОМС) обеспечивается стандартный набор услуг для всех категорий населения за счет налоговых платежей работодателей и бюджетных ассигнований. На II (ОМС+) и III (ДМС) уровнях застрахованному предоставляется индивидуальный набор услуг, определенный программой страхования (источник финансирования:

- ♦ для II уровня – взносы предприятий и граждан;
- ♦ для III уровня – взносы граждан) (схема 1).

Выводы:

1. Доля затрат на здравоохранение в РФ свидетельствует о том, что здравоохранение до сих пор не является приоритетом государственной политики России.

2. Основная проблема Российского ОМС – высокий уровень объявленных социальных гарантий при низком фактическом уровне финансового обеспечения.

3. Высокий уровень теневых платежей населения связан с неудовлетворительным качеством медицинских услуг, предоставляемых в общественном секторе здравоохранения.



Схема 1. Перспективная модель многоуровневой системы медицинского страхования в России

4. Добровольные формы медицинского страхования позволяют населению получать дополнительные виды медицинских услуг более высокого качества. Однако развитие ДМС в России сдерживается несовершенством налогового законодательства и норм, регулирующих ОМС.

5. Опыт развития систем медицинского страхования в мире позволяет считать наиболее перспективной моделью реформ Российского ОМС переход к многоуровневой системе медицинского стра-

хования и разработке программ ДМС, дополняющих ОМС

6. Многоуровневые системы медицинского страхования позволят обеспечить необходимый объем и качество медицинского обслуживания для социально незащищенных граждан, дадут возможность выбора альтернативных медицинских программ для граждан с высокими доходами, приведут к уменьшению объема «теневых» платежей в здравоохранении.



Ю.А.ЩЕРБУК,

председатель Комитета по здравоохранению

Ф.В.МИХАЙЛОВ,

начальник отдела медицинского страхования

Ф.Н.КАДЫРОВ,

заместитель председателя Комитета по экономическим вопросам,

Комитет по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

ЭКСПЕРИМЕНТ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕРАБОТАЮЩИМ ПЕНСИОНЕРАМ

В последнее время в прессе часто появляются сообщения об эксперименте по привлечению средств Пенсионного фонда РФ для дополнительного финансирования оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам. У медицинской общественности этот эксперимент вызывает большой интерес: кого-то интересует возможность привлечения дополнительных средств в здравоохранение, кто-то старается угадать в эксперименте черты будущего реформирования системы финансирования отрасли и т.д. Однако реальной информации о механизме привлечения средств Пенсионного фонда РФ недостаточно. В связи с этим попытаемся дать анализ основных моментов, связанных с данным экспериментом.

Ни для кого не секрет, что экономические тенденции последнего десятилетия привели к тому, что доля расходов на здравоохранение постоянно снижается. Введение системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), которая в первоначальном замысле должна была дополнять бюджетное финансирование, не решило этой задачи. Сегодня можно сказать, что обязательное медицинское страхование фактически лишь подменило собой часть бюджетного финансирования. Финансовые органы исполнительной власти планомерно с

1993 года уменьшали бюджетные ассигнования на здравоохранение (при оценке в сопоставимых ценах).

Однако, к сожалению, и в системе обязательного медицинского страхования объем средств, направляемых на оплату непосредственно медицинских услуг, далек от необходимого для полноценной реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. В результате недофинансирования отрасли медицинские учреждения вынуждены изыскивать дополнительные источники дохода. И, как правило, таким источником становится пациент. Причем нередко предложения оплатить тот или иной вид помощи носят по-настоящему «добровольнопринудительный» характер. Возрастающая правовая грамотность населения (чему способствовала система ОМС) привела к тому, что медицинские учреждения все чаще пытаются решать проблему, придав взиманию денег у населения законный характер. С одной стороны, это положительный момент – практически во всех случаях с пациентом заключается договор, в котором указывается, что он добровольно изъявил желание получить данную услугу за плату (доплату), зная, что вообще-то она предоставляется бесплатно. Но, с другой стороны, из неофициальных бесед с пациентами порой вы-

© Ю.А.Щербук, Ф.В.Михайлов, Ф.Н.Кадыров, 2004 г.



ясняется, что платить их фактически принудили, объяснив, что в противном случае из-за недостатка финансирования рассчитывать на качественную медицинскую помощь не стоит. Но при этом отстаивать свои права или куда бы то ни было жаловаться пациенты обычно не собираются, потому что врачи будут к ним относиться не так, как хотелось бы; у них нет на это времени; они не хотят «тратить свои нервы» и т.д.

Учитывая, что в таких условиях наиболее незащищенными оказываются неработающие граждане в основном пенсионного возраста, Пенсионным фондом Российской Федерации (далее – ПФР), начиная с 2003 года, предпринята попытка исправить данную ситуацию путем адресного выделения дополнительных средств на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров по старости.

Нормативной базой эксперимента явилось Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2003 г. № 158 «О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам».

Итак, цель эксперимента заключается в том, чтобы улучшить медицинское обслуживание неработающих пенсионеров по старости. Каковы же способы достижения поставленной цели, какие задачи необходимо решить? Среди основных задач можно выделить следующие:

1. Привлечь в здравоохранение (точнее, в систему ОМС) дополнительные финансовые средства;
2. Побудить органы исполнительной власти к своевременному и полноценному перечислению своей части платежей на обязательное медицинское страхование неработающих граждан;
3. Обеспечить более рациональное использование средств, направленных на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Заметим, что непосредственное улучшение медицинского обслуживания неработающих пенсионеров по старости является только частью общих целей эксперимента. Другая его часть заключается

в создании предпосылок для модернизации системы ОМС и реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации в целом.

Рассмотрим, каким же образом предполагается реализовывать эти замыслы.

1. Привлечение в здравоохранение дополнительных финансовых средств.

На дополнительное финансирование в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, Пенсионным фондом Российской Федерации направлялись средства в сумме 1 170,4 млн. рублей (из расчета до 525 рублей на одного пенсионера). Указанные средства направлялись в территориальные фонды ОМС в соответствии с соглашениями, заключенными между ПФР и главами администраций 18 субъектов Российской Федерации.

В 2004 году уже 20 субъектов Российской Федерации участвуют в эксперименте: Алтайский, Красноярский, Хабаровский и Приморский края, Белгородская, Вологодская, Калужская, Костромская, Липецкая, Московская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Орловская, Пензенская, Псковская, Самарская, Томская, Брянская область и город Санкт-Петербург.

В 2004 году Пенсионный фонд Российской Федерации направляет на финансирование дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров до 6,5 млрд. рублей (из расчета 580 рублей на одного неработающего пенсионера по старости). При этом органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации по-прежнему осуществляют взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения централизованно за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации в размере не ниже платежа за 2003 год и не ниже дополнительного платежа на одного неработающего пенсионера, осуществляемого Пенсионным фондом Российской Федерации в 2004 году (то есть не менее 580 рублей на одного неработающего).





Кроме того, органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации обязаны осуществлять в установленном порядке финансирование учреждений здравоохранения (оплаты коммунальных услуг и т.д.), работающих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь неработающим пенсионерам, за счет средств соответствующих бюджетов в раз-
мере не ниже уровня предыдущего года.

При этом важно отметить, что средства, направляемые на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, не учитываются Федеральным фондом обязательного медицинского страхования при выравнивании условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по финансированию программ обязательного медицинского страхования.

То есть это со всех точек зрения дополнительное финансирование.

2. Создание у органов исполнительной власти стимулов к своевременному и полноценному перечислению своей части платежей на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

Средства ПФР перечисляются в территориальные фонды ОМС в соответствии с соглашением Пенсионного фонда РФ и органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, проект которого разрабатывается ими совместно с Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Указанные расходы осуществляются при условии оплаты взносов органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров. При соблюдении этих условий ресурсное наполнение системы ОМС увеличивается и соответственно появляется реальная возможность реализовывать государственные гарантии на бесплатную медицинскую помощь.

При этом неуплата органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации взносов на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров является основанием для приостановления либо прекращения Пенсионным фондом Российской Федерации финансирования расходов на оказание адресной медицинской помощи указанной категории граждан в соответствии с условиями, предусмотренными в соглашении.

3. Обеспечение рационального использования средств, направленных на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации обязаны обеспечить контроль за целевым использованием средств Пенсионного фонда Российской Федерации, направляемых на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Важной частью эксперимента является вопрос контроля за расходованием средств, которые должны пойти на оказание медицинской помощи именно неработающим (малоимущим) пенсионерам, не имеющим источника дохода от выполнения работ по трудовым договорам, договорам гражданско-правового характера и не осуществляющим предпринимательскую деятельность, являющимся получателями трудовых пенсий по старости. Для этого финансирование оказания медицинской помощи должно стать адресным. А это предполагает четкий персональный учет оказанных услуг и произведенного финансирования. Территориальные фонды ОМС, участвующие в эксперименте, ежеквартально предоставляют отчет в ПФР о расходовании средств, направленных на осуществление платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров по старости.

В этой связи с целью унификации методики расчета тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, выбора способа оплаты медицинских услуг стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений ПФР предложил новую методику, являю-



щуюся обязательной для участников эксперимента. При этом в качестве учетных единиц при выборе способов оплаты предложены следующие:

- ♦ стационарная помощь – законченный случай по профилям коек или законченный случай по однородным группам заболеваний (ОГЗ);
- ♦ стационарозамещающая помощь – законченный случай по профилям коек;
- ♦ амбулаторно-поликлиническая помощь и помощь на дому – специализированное врачебное посещение.

К числу важных особенностей этой методики относится то, что она предусматривает учет только пяти основных статей расходов (зарплата, начисления на оплату труда, медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь). Предполагается, что остальные статьи затрат (связанные в основном не с оказанием медицинской помощи, а с содержанием медицинских учреждений) должны финансироваться из бюджета. Это предотвращает использование средств Пенсионного фонда РФ (а также и средств ОМС) на иные цели, нежели на цели непосредственного оказания медицинской помощи.

Однако это только общая схема, реализовать которую на практике далеко не просто. Необходимо учитывать те сложности, подводные камни, которые могут встретиться практически у каждого региона.

Для того, чтобы лучше понять механизм финансирования медицинской помощи неработающим пенсионерам за счет средств ПФР, проиллюстрируем его на примере Санкт-Петербурга – одного из регионов, на базе которых отрабатывается этот механизм.

Проведя необходимую подготовительную работу, с ноября 2003 года Санкт-Петербург включился в эксперимент. В ходе проведения подготовительных процедур, необходимых для подписания Соглашения между ПФР и Правительством города, потребовалось выполнить ряд мер организационного и нормотворческого характера. В частности, потребовалось внести изменения в Территориальные правила обязательного медицинс-

кого страхования, в Закон Санкт-Петербурга о бюджете Территориального фонда ОМС (далее ТФОМС) на 2003 год и Генеральное тарифное соглашение.

Очень трудоемким оказался процесс сверки баз данных неработающих пенсионеров по старости между отделением ПФР и ТФОМС, поскольку таких жителей оказалось более 700 тысяч. В результате подписанного Соглашения город получил в ноябре–декабре более 60 миллионов рублей из ПФР на ОМС неработающих пенсионеров по старости, что составило 5,5% от общего объема средств ОМС в ноябре–декабре 2003 года. Продолжая работы в рамках эксперимента, Правительством города Санкт-Петербурга и ПФР было подписано Соглашение на 2004 год.

Данное Соглашение, подготовленное в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2003 года № 807 «О финансировании в 2004 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров, получающих трудовую пенсию по старости», предусматривает выделение 580 рублей в год на одного пенсионера из средств ПФР. Это позволит получить дополнительно более 400 миллионов рублей в год, что также составит 5,5% от общего объема средств ОМС Санкт-Петербурга в 2004 году. В свою очередь городской бюджет увеличит в 2004 году по сравнению с 2003 г. объем финансирования на обязательное медицинское страхование неработающего населения с 606 до 878 руб. на одного человека в год.

Наиболее сложной задачей, которую предстоит поэтапно решить в текущем году, является выполнение требований ПФР в части перевода всех амбулаторно-поликлинических учреждений с подушевого принципа финансирования на оплату по врачебным посещениям. В целях выполнения требований ПФР система оплаты медицинских услуг амбулаторно-поликлинических учреждений была переведена с подушевого финансирования на оплату по врачебным посещениям.





Не менее серьезной задачей, которую необходимо решить, остается дополнительное оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений техническими и программными средствами для обеспечения возможности формирования и выставления счетов за врачебные посещения, а также поиск персонала для выполнения этих работ. Это потребовало дополнительного оснащения поликлиник средствами вычислительной техники, обучения операторов и внедрения новых программных комплексов, позволяющих персонифицировать учет предоставляемых медицинских услуг в рамках ОМС неработающим пенсионерам по старости.

К числу сложных задач относится также внедрение новых принципов оплаты и тарифов на медицинские услуги в системе ОМС в строгом соответствии с «Методикой расчета тарифов на медицинскую помощь (услуги), оказываемую гражданам в рамках программ обязательного медицинского страхования» (далее – Методика). Эта методика согласована Министерством экономического развития и торговли Российской Федерации, Пенсионным фондом Российской Федерации, Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в целях получения сопоставимых данных по результатам реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 17.03.2003 № 158 «О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам». Трудности обусловлены с необходимостью формирования тарифов в системе ОМС, учитывающих только заработную плату персонала с начислениями, питание больных и расходы на медикаменты и перевязочные средства и мягкий инвентарь. Остальные расходы, необходимые для функционирования медицинских учреждений, должны осуществляться из бюджета субъекта города (до этого они входили в тарифы по ОМС и подушевые нормативы).

Выполнение этих требований ПФР предполагает внесение изменений в Закон Санкт-Петербурга

«О бюджете Санкт-Петербурга на 2004 год» в виде существенного увеличения бюджетных ассигнований, предусмотренных на отрасль «Здравоохранение». Поскольку ранее в системе ОМС Санкт-Петербурга, как это предусмотрено статьей 24 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в структуре тарифов были учтены практически все экономические статьи, то такие изменения вызвали неоднозначную реакцию со стороны руководителей медицинских учреждений, которые в условиях дефицитного финансирования отрасли практически теряют возможность расходования средств ОМС, исходя из текущей насущной потребности учреждения. При этом многие соглашались с тем, что при обеспечении из средств бюджета необходимого и достаточного финансирования по таким экономическим статьям, как оплата услуг связи, транспортные расходы, капитальный и текущий ремонт, коммунальные платежи, приобретение оборудования и т.п., предложенные ПФР новые экономические принципы работы системы ОМС – правильные. Однако есть и оппоненты, справедливо указывающие, что не могут быть не учтены в структуре тарифа затраты, без которых технологически не может быть оказана медицинская услуга, а отнесение целого ряда затрат на бюджет приведет к ликвидации заинтересованности в рациональном и оптимальном использовании ресурсов и будет нарушать страховой принцип финансирования здравоохранения.

Следует отметить, что, решая задачу унификации способов оплаты и ценообразования, предложенная система оплаты медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях за врачебные посещения имеет ряд существенных недостатков, основным из которых является создание экономической мотивации (прямой заинтересованности) учреждений в увеличении количества посещений, а не в улучшении состояния здоровья прикрепленного населения. При этом, учитывая количество посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС, превышающее



35 миллионов в год, становится очевидно, что контролировать обоснованность будет невозможно, а единственным фактором, определяющим количество этих посещений, будет «желание врача», переведенного фактически на сдельную форму оплаты труда.

Очевидно, что вначале пациент станет желанным, однако вскоре, стремясь увеличить доход, учреждения превысят возможности системы ОМС по оплате выполняемого ими количества посещений и тогда услуга (тариф на одно посещение) начнет обесцениваться – органы, ответственные за установление тарифов, будут вынуждены либо их снижать, либо, уповая на инфляцию, своевременно не индексировать, а учреждения, чтобы сохранить или даже увеличить свой доход, будут продолжать наращивать количество предъявляемых к оплате счетов за посещения. При этом само посещение все более и более будет сводиться к оформлению непосредственно счета, а не оказанию медицинской помощи. Кроме того, необходимо отметить, что принцип оплаты за врачебные посещения, формирующий заинтересованность в количестве, а не в качестве услуги, а уж тем более в ее результате, нарушает идеологию и ставит под сомнение саму целесообразность организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

Все эти моменты необходимо учесть для того, чтобы можно было создать систему, направленную на эффективную деятельность медицинских учреждений, сочетающую заботу о здоровье пациентов с рациональным использованием ресурсов.

4. Создание предпосылок для модернизации системы ОМС и реформирования системы здравоохранения в Российской Федерации.

Формируемая система учета оказанных медицинских услуг на индивидуальных лицевых счетах застрахованных становится действующим инструментом определения реальной потребности населения в медицинской помощи, оптимизации фи-

нансовых нормативов территориальных программ ОМС. Расчет тарифов, осуществляемый на основе единой Методики, согласованной Минздравом России, Федеральным фондом ОМС, Минэкономразвития России и ПФР, позволяет получать сопоставимые данные, необходимые для оценки затрат и достаточности финансовых средств. Учитывая, что эксперимент способствует введению персонифицированного учета медицинской помощи по всем категориям застрахованных (а не только по неработающим пенсионерам по старости), это позволяет субъектам Российской Федерации получать более достоверную информацию об объемах и стоимости оказанных услуг по видам медицинской помощи и социально-демографическим группам населения.

Необходимо добавить, что уже сама реализация Постановления Правительства Российской Федерации от 17 марта 2003 г. № 158 «О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам» потребовала существенного изменения территориального механизма обязательного медицинского страхования всех регионов, участвующих в данном эксперименте, о чем уже говорилось выше. Добавим, что исключение из тарифов в системе ОМС всех статей, кроме пяти основных (в ряде регионов в тарифы включались и другие статьи), должно заставить региональные власти более решительно подойти к проблеме реструктуризации, поскольку рациональное использование бюджетных средств их волнует гораздо сильнее, чем использование средств ОМС. Не исключено, что изменения коснутся и других регионов, ныне не включенных в эксперимент.

Таким образом, данный эксперимент уже начал реформировать всю систему ОМС, обеспечивая одновременно ее унификацию по всей стране. Очевидно также, что результаты оценки успешности эксперимента будут одним из ключевых доводов при окончательном решении давно дискутируемого вопроса о целесообразности консолидации всех государственных внебюджетных фондов.



И.Н.СТУПАКОВ, Л.И.МУСАТОВ,

РГМУ, кафедра управления, экономики и медицинского страхования
Управление здравоохранения Западного административного округа г.Москвы

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ РОССИЙСКОМ МЕГАПОЛИСЕ

Амбулаторно-поликлиническая служба как объект управления, обладает рядом особенностей, что определяет необходимость поиска новых управленческих решений с учетом специфики протекающих в обществе инновационных процессов.

Специфика этих процессов вызывает значительные затруднения в реформировании первичной медицинской помощи и адаптации медицинских учреждений к социально-экономическим условиям жизни общества. Одним из компонентов оптимизации обеспечения населения качественной первичной медицинской помощью может стать мониторинг ряда показателей, прямо или косвенно позволяющих оценить результаты деятельности и основные тенденции развития системы.

На основании комплексного мониторинга были выявлены особенности функционирования системы здравоохранения крупного мегаполиса в период социально-экономических реформ и динамических изменений в обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью. Пять лет назад наиболее характерными особенностями системы здравоохранения были:

1. Низкая активность населения в посещении амбулаторно-поликлинических учреждений, недостаточная работа по проведению профилактических осмотров населения.

2. Основной упор лечебной помощи на стационарное обслуживание, наличие очереди на плановую госпитализацию и существование отказов от госпитализации.

3. Отсутствие стационарозамещающих форм помощи в амбулаторно-поликлинической сети, комплексных лечебно-профилактических программ, персонифицированного учета пациентов, нуждающихся в льготном лекарственном обеспечении, служб координации доступа населения к специализированному стационарному и амбулаторным видам помощи, распыленность диагностической базы по отдельным медицинским учреждениям.

Многофакторный логический анализ организации амбулаторно-поликлинической помощи позволил научно обосновать план мероприятий по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи. За период с 1997 по 2002гг. в округе были внедрены экономические методы регулирования оплаты медицинской помощи (по фактически оказанным объемам в рамках программ обязательного медицинского страхования), оптимизирована техническая оснащенность учреждений, разработаны и внедрены новые организационные технологии обеспечения населения медицинской помощью (в том числе внедрение на уровне города Москвы приказами Де-

© И.Н.Ступаков, Л.И.Мусатов, 2004 г.



партамента здравоохранения целевой программы диспансеризации населения), что способствовало восстановлению системы амбулаторно-поликлинической помощи.

На основании инструктивных документов Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента здравоохранения города Москвы, Фондов медицинского страхования в округе была сформирована система комплексного медицинского мониторинга и намечены мероприятия по внедрению в округе Программы развития приоритетных направлений, предложенной Департаментом здравоохранения г.Москвы. В соответствии с принципом интеграции первичной и специали-

зированной помощи был внедрен ряд инновационных организационных технологий. Так, в округе сформированы четыре основных звена, составляющие основу амбулаторной медицинской помощи населению: участковая терапевтическая служба, специализированные службы базовой медицинской помощи для прикрепленного контингента поликлиники, окружные специализированные службы и дневные стационары (рис. 1).

На основании мониторинга обеспечения населения медицинской помощью в округе было принято решение о целесообразности создания компьютерной системы закрепления за ЛПУ специализированной и консультативно-диагностической

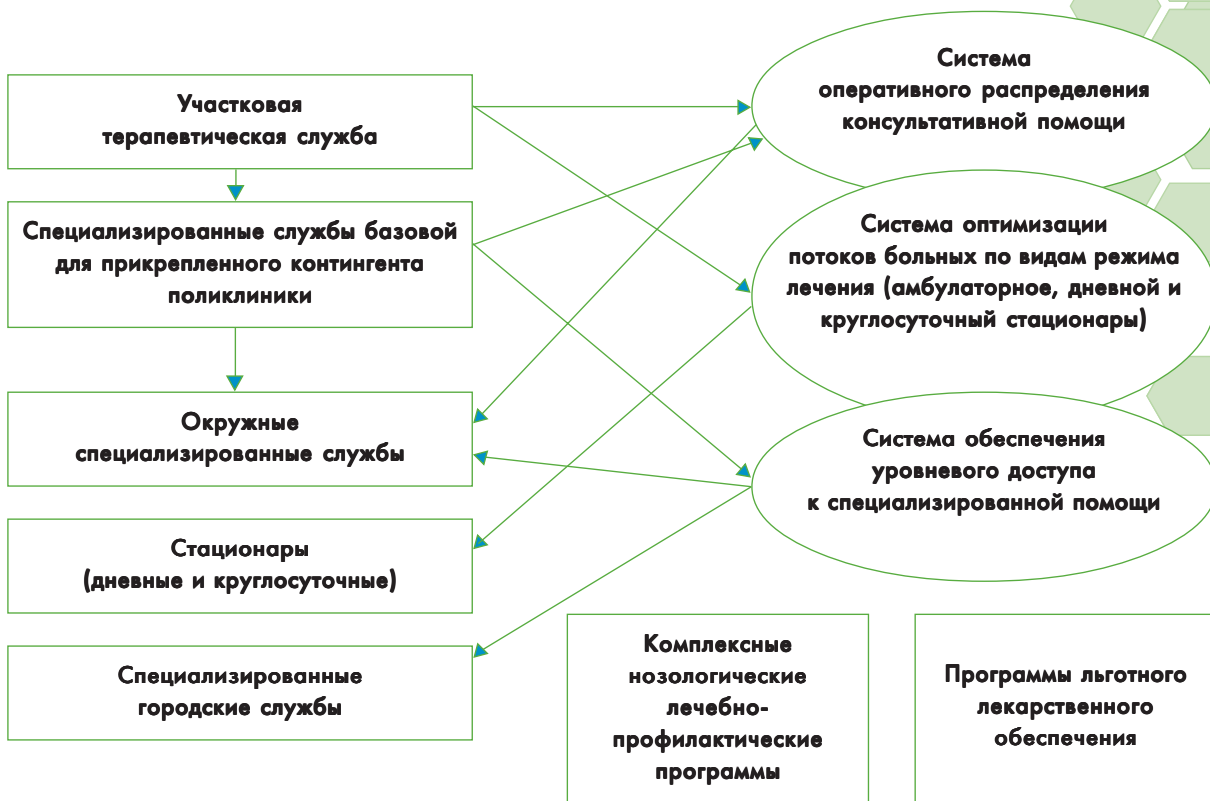


Рис 1. Организационные технологии обеспечения населения медицинской помощью на территории ЗАО г. Москвы





Первый уровень

1. Участковая служба
2. Консультация узких специалистов и диагностические исследования в базовой поликлинике

Объем исследований достаточен

Обеспечение медицинской помощью по месту жительства

Консультация врача-специалиста базовой поликлиники, заведующего отделением
Экспертное решение комиссии по госпитализации
Объем медицинской помощи не достаточен

Второй уровень

1. Специализированные окружные амбулаторно-поликлинические диагностические службы
2. Окружные стационары (дневные и круглосуточные)

Объем медицинской помощи достаточен
17 профилей
70 медицинских учреждений

Обеспечение медицинской помощью в пределах округа

Консультация окружного специалиста по профилю заболевания
Объем медицинской помощи не достаточен

Третий уровень

1. Городские специализированные лечебно-диагностические службы
2. Специализированные лечебно-диагностические службы федерального подчинения

25 профилей
110 медицинских учреждений

Обеспечение медицинской помощью на городском или федеральном уровне

Рис 2. Схема уровня обеспечения населения специализированной помощью

помощи. Создание системы основано на трех уровнях (рис. 2).

Первый уровень – обеспечение лечебно-диагностической помощи на базе поликлиники прикрепленному населению.

Второй уровень – обеспечивает доступ населения к консультативной специализированной помощи в случае отсутствия в поликлинике (временно или постоянно) специалиста нужного профиля.

Кроме того, второй уровень посредством «авторизации» или консультативного приема окружных специалистов по основным направлениям обеспечивает доступ населения округа к третьему уровню консультативной диагностической помощи.

Третий уровень – обеспечивает доступ населения округа к лечебно-диагностическим мероприятиям, осуществляемым в специализированных учреждениях города и научных центрах.

По такому уровневому принципу организована доступность по основным 25 видам медицинской помощи. Общее количество медицинских учреждений города и научных центров, в которых население округа может получить специализированную помощь, составляет 110. Кроме того, для своевременного контроля за процессами в системе окружные специалисты по направлениям помощи имеют приемные часы для работы с населением. В их задачи входят инспектирование специа-



листов районных ЛПУ, оказание консультативной помощи населению и врачам округа как по клиническим, так и организационным проблемам, рассмотрение жалоб и предложений граждан, формирование статистических отчетов, аналитических записок и предложений по оптимизации специализированной помощи.

Наиболее значимым в организационно-клиническом плане было развитие системы дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях округа. Организация помощи по типу стационарного лечения, но на базе поликлинических учреждений была обусловлена, с одной стороны, снижением финансирования здравоохранения, общей тенденцией развития российского здравоохранения, а с другой, социальной приемлемостью такого лечебно-диагностического процесса для населения крупного промышленного города. За период с 1998 по 2002 гг. выросли объемы помощи в дневных стационарах, что видно как по показателям роста числа пролеченных больных (в 2,7 раза), так и по увеличению показателя числа койко-дней лечения. Кроме дневных стационаров, в округе внедрены такие клиничко-организационные технологии, как узкоспециализированные консультативно-диагностические центры (всего 15 – для взрослых и 14 для детей). Среди новых клиничко-организационных технологий на поликлиническом уровне Западного административного округа пользуются спросом малые хирургические вмешательства (в том числе стоматологические, урологические, гинекологические). Немаловажное значение в оптимизации взаимосвязей между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью сыграл «организационный ресурс управления потоками».

В соответствии с приказом Управления здравоохранения округа в каждом амбулаторном учреждении здравоохранения округа был назначен ответственный за плановую госпитализацию. Информация о результатах плановой госпитализации собиралась и анализировалась еженедельно. В результате такой организации пациенты в

соответствии с тяжестью состояния и лечебно-диагностическими возможностями медицинских учреждений распределялись на 3 потока:

- ♦ амбулаторно-поликлинический;
- ♦ дневной стационар;
- ♦ круглосуточный стационар.

Итоговыми показателями эффективности инновационных клиничко-организационных технологий явились полная ликвидация в округе отказов в госпитализации и очереди на плановую госпитализацию, изменение нозологической структуры стационарных больных, рациональное использование стационарного коечного фонда.

В современных исследованиях, посвященных управлению здравоохранением территорий подчеркивается, что одним из главных путей совершенствования системы управления здравоохранением является преодоление межведомственной разобщенности путем координации деятельности различных органов государственной власти, решающих вопросы охраны здоровья.

Оптимизация амбулаторно-поликлинической помощи включает и оперативное реагирование на внешние воздействия. Так, рост психических болезней за период кризиса вызвал необходимость развития сети психотерапевтических кабинетов. Оборудование психотерапевтических кабинетов в поликлиниках позволяет оказывать психопрофилактическую помощь населению и способствует укреплению лечебно-охранительного режима учреждения, что в настоящее время признается прогрессивной тенденцией как у нас в стране, так и за рубежом. Повышенная (по срав-





→ нению с другими округами г.Москвы) распространенность бронхиальной астмы потребовала изучения причин этого явления совместно с Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора в ЗАО города Москвы и возможностей ограничения неблагоприятного воздействия загрязненного воздуха. На основе результатов совместных исследований разрабатывается комплекс соответствующих предложений, который выходит за рамки функционирования одной службы.

В современных исследованиях, посвященных управлению здравоохранением территорий, подчеркивается, что одним из главных путей совершенствования системы управления здравоохранением является преодоление межведомственной разобщенности путем координации деятельности различных органов государственной власти, решающих вопросы охраны здоровья.

Именно поэтому в процессе совершенствования мероприятий по оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи особое внимание уделялось организации научно обоснованного взаимодействия с населением средствами массовой информации, вышестоящих органов управления здравоохранением, Префектуры и районных управ, органы социальной защиты. При этом нами широко применялись социологические и медико-психологические методы. Постоянно анализировалась структура обращения населения на организованную нами горячую линию и на личном приеме.

При этом мы имели возможность не только оперативно выявлять недостатки и принимать меры к их исправлению, но и отслеживать социологический результат осуществляемых инновационных процессов.

Средства массовой информации использовались для доведения до населения возможностей современной государственной сети здравоохранения, объяснения, где и как получить различные виды медицинских услуг, информации о правах и льготах граждан, возможности общей и специ-

ализированной медицинской помощи, а также значимости фактора заботы о собственном здоровье. На основании всестороннего комплексного многофакторного анализа применительно, условиям округа научно обоснованы мероприятия по совершенствованию организации амбулаторно-поликлинической помощи:

- ♦ проведение комплексного мониторинга для информационной поддержки определения «организационных ресурсов» медицинских учреждений округа;
- ♦ индивидуальный подход к определению вида помощи: амбулаторно-поликлиническая, дневной стационар, круглосуточный стационар,
- ♦ уровневое обеспечение доступа населения к специализированной помощи и внедрение системы «свободные часы специалиста»,
- ♦ централизация сложных диагностических исследований на базе основных лабораторий округа;
- ♦ внедрение комплексных лечебно-профилактических программ по нозологическому принципу;
- ♦ обоснование необходимости раздельного учета посещений по поводу первичной и вторичной профилактики и использования специальных методик по оценке эффективности профилактических мероприятий;
- ♦ автоматизация и персонификация учета льготного лекарственного обеспечения пациентов;
- ♦ использование методов статистического анализа и математического моделирования для информационной поддержки и обоснования управленческих решений.

Таким образом, проведение научно обоснованного мониторинга амбулаторно-поликлинической помощи позволяет принимать управленческие решения, направление на обеспечение населения максимально приближенной к нему квалифицированной бесплатной медицинской помощью, реализацию равного доступа к ресурсам здравоохранения нуждающихся в ней, а также предотвращение возможного неблагоприятного воздействия городской среды на здоровье населения.



Н.П.КИРБАСОВА,

главный врач Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г.Москва

МЕТОДЫ АНАЛИЗА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОСНОВНЫХ ФОНДОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Проводимые в последние годы экономические преобразования характеризуются усилением заинтересованности субъектов системы здравоохранения в активизации деятельности, повышении эффективности использования ресурсной базы. В этой связи задача проведения экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения становится особенно актуальной, что требует разработки методов проведения анализа использования материально-технической базы, финансовых и прочих ресурсов учреждений здравоохранения.

При проведении экономического анализа деятельности медицинских учреждений исследованию могут подвергаться:

- ♦ использование коечного фонда;
- ♦ использование основных фондов;
- ♦ использование финансовых средств.

Основные фонды учреждений здравоохранения играют важную роль в обеспечении лечебно-диагностического процесса. От степени оснащения учреждения современными техническими средствами во многом зависят результаты деятельности учреждений, в том числе интенсивность использования коечного фонда, сроки госпитализации, качество лечебной и диагностической работы.

К основным фондам медицинских учреждений относятся средства труда, длительное время ис-

пользующиеся в лечебно-профилактической или хозяйственной деятельности, стоимость которых превышает 50-кратный минимальный размер оплаты труда или срок службы которых свыше одного года.

В составе основных фондов выделяются следующие группы: здания, сооружения, передаточные устройства (коммуникации), машины, оборудование, транспортные средства, инструмент, производственный и хозяйственный инвен-

Основные фонды учреждений здравоохранения играют важную роль в обеспечении лечебно-диагностического процесса. От степени оснащения учреждения современными техническими средствами во многом зависят результаты длительности учреждений, в том числе интенсивность использования коечного фонда, сроки госпитализации, качество лечебной и диагностической работы.





→
тарь, библиотечный фонд и прочие основные средства.

Важную роль в деятельности медицинских учреждений играют аппараты, приборы, другая медицинская техника и инструменты специального назначения, от которых в значительной степени зависит качество медицинской помощи. Вся эта группа составляет активную часть основных фондов, в отличие от пассивной их части, к которой относятся здания, сооружения, передаточные устройства, транспорт, хозяйственный инвентарь, то есть такие вспомогательные средства труда, которые косвенным образом способствуют обеспечению лечебно-диагностического процесса в условиях стационара и поликлиники.

Средства труда, составляющие основные фонды больницы, зачисляются на баланс по их полной первоначальной стоимости, которая складывается из затрат на их приобретение, транспортировку и монтаж.

Стоимость основных фондов учитывается бухгалтерией по отдельным субсчетам, имеющим следующий шифр: 010 – здания, 011 – сооружения, 012 – передаточные устройства, 013 – машины и оборудование, 015 – транспортные средства, 016 – инструмент, производственный и хозяйственный инвентарь, 017 – рабочий и продуктивный скот, 018 – библиотечный фонд, 019 – прочие основные средства.

Кроме того, для экономического анализа необходимы данные, фиксирующиеся в годовом отчете по форме №5 «Движение основных средств».

Структура основных фондов для анализа может быть представлена соответственно названным шифрам или по трем выше представленным группам: пассивная часть, активная часть, прочие основные фонды. Самый большой удельный вес в структуре основных фондов медицинских учреждений составляют здания, сооружения и передаточные устройства (до 75%), то есть пассивная их часть. На активную часть (стоимость оборудования, приборов, аппаратуры) приходится до

20%, на остальные виды основных фондов (транспорт, хозяйственный инвентарь) – 5%.

Следует проследить за динамикой изменений в структуре основных фондов: нарастание доли активной части основных фондов при стабильном коечном фонде следует считать положительным результатом, так как научно-технический прогресс в медицинских учреждениях должен найти свое отражение в постоянном нарастании доли активной части основных фондов. Определяя активную часть основных фондов, необходимо суммировать данные субсчета 013 – «Машины и оборудование» с той частью стоимости инструмента и хозяйственного инвентаря (субсчета 016), которая приходится на медицинский инструмент. Такое вычленение можно сделать по данным каждого учреждения, ориентируясь на учетные данные и конкретные названия каждого инструмента. Однако учитывая, что доля медицинского инструмента стоимостью более 50-кратного минимального размера оплаты труда в общей стоимости медицинской техники сравнительно невелика, можно для упрощения расчета к активной части основных фондов отнести только стоимость машин и оборудования (субсчет 013).

Фондовооруженность труда персонала больницы – показатель, характеризующий уровень оснащенности трудовых процессов основными производственными фондами. Увеличение фондовооруженности труда – один из важнейших факторов повышения эффективности работы учреждения и качества оказываемой медицинской помощи. Фондовооруженность определяется делением стоимости основных фондов на среднегодовое число работников (медицинский, фармацевтический, педагогический и прочий персонал).

Кроме фондовооруженности труда всего персонала, особый интерес представляет фондовооруженность медицинского персонала (врачей и средних медицинских работников) активной частью основных фондов, так как это в значительной степени определяет качество медицинской по-



мощи. Насыщенность учреждения медицинской техникой создает условия для оказания наиболее квалифицированной медицинской помощи. Поэтому закономерно, что в более крупных медицинских учреждениях выше фондовооруженность труда медицинского персонала.

Фондовооруженность труда врачей и среднего медицинского персонала определяется делением стоимости активной части основных фондов на среднегодовую численность врачей и средних медицинских работников.

Таким образом рекомендуется рассчитывать два показателя, характеризующих фондовооруженность труда:

$$1. \text{Фондовооруженность труда персонала} = \frac{\text{Стоимость основных фондов}}{\text{Среднегодовая численность}}$$

$$2. \text{Фондовооруженность медицинского персонала} = \frac{\text{Стоимость активной части основных фондов}}{\text{Среднегодовое число врачей и средних медицинских работников}}$$

Показателем эффективности использования основных фондов является фондоотдача. Отдача фондов непосредственно зависит от календарного времени работы учреждения (среднего числа дней занятости койки в году) и числа дней функционирования поликлиники.

Наряду с увеличением времени функционирования основных фондов, для повышения фондоотдачи имеет значение интенсивность их использования. Речь идет об увеличении оборота коек за счет сокращения средней длительности госпитализации больных, а также улучшения организации работы.

В этом случае повышается и интенсивность использования основных фондов.

Фондоотдача может быть выражена как в натуральном, так и стоимостном значении.

Для определения этого показателя следует провести разделение основных фондов между

стационаром и поликлиникой. При этом стоимость зданий, сооружений, передаточных устройств (субсчета 010–012,) разделяется пропорционально площади, занимаемой стационаром и поликлиникой в отдельности, а машин и оборудования, транспортных средств, производственного и хозяйственного инвентаря (субсчета 013, 015–019) – по стоимости фактически закрепленного имущества. Стоимость имущества общих для стационара и поликлиники подразделений разделяется между ними либо пропорционально выполняемому объему работы, либо пропорционально численности персонала.

Расчет фондоотдачи в стоимостном выражении проводится путем определения суммы текущих затрат учреждения, приходящейся на 1000 руб. основных фондов.

Таким образом, расчет фондоотдачи по стационару можно представить в следующем виде:

$$1. \text{Фондоотдача} = \frac{\text{Число госпитализированных больных} \times 1000}{\text{Стоимость основных фондов по стационару}}$$

$$2. \text{Фондоотдача} = \frac{\text{Затраты стационара} \times 1000}{\text{Стоимость основных фондов по стационару}}$$

По поликлинике аналогичный расчет можно выполнить следующим образом:

$$1. \text{Фондоотдача} = \frac{\text{Число посещений} \times 1000}{\text{Стоимость основных фондов}}$$

$$2. \text{Фондоотдача} = \frac{\text{Затраты поликлиники} \times 1000}{\text{Стоимость основных фондов по поликлинике}}$$

Фондоотдача в стоимостном выражении может быть представлена также по учреждению в целом, то есть по стационару и поликлинике.

Если вместо фактически выполненного объема работы стационара или поликлиники учесть в расчетах их плановые значения, то можно опре-





делить плановые величины фондоотдачи и сравнить их с фактическими.

Фондоёмкость – величина, обратная фондоотдаче. Чем выше фондоотдача, тем, при прочих равных условиях, ниже фондоёмкость и наоборот. Она может быть представлена стоимостью основных фондов стационара на 1000 госпитализированных больных или стоимостью основных фондов поликлиники в расчете на 1000 посещений.

$$1. \text{Фондоёмкость} = \frac{\text{Стоимость основные фондов стационара (руб.)} \times 1000}{\text{Число госпитализированных больных}}$$

$$2. \text{Фондоёмкость} = \frac{\text{Стоимость основные фондов поликлиники (руб.)} \times 1000}{\text{Число посещений поликлиники}}$$

Фондоёмкость может быть также определена по плановым показателям объема работы стационара.

Еще одной стороной анализа основных фондов является характеристика их обновления. Основные фонды могут стареть не только физически, но и морально.

Анализ обновления основных фондов проводится на основе получения следующих коэффициентов:

$$1. \text{Коэффициент} = \frac{\text{Сумма выбывших основных фондов за год (руб.)}}{\text{Стоимость основных фондов на начало года}}$$

$$2. \text{Коэффициент} = \frac{\text{Сумма введенных основных фондов за год (руб.)}}{\text{Стоимость основных фондов на конец года}}$$

$$3. \text{Коэффициент} = \frac{\text{Накоплено}}{\text{Стоимость основных фондов на начало года}}$$

Аналогичный расчет с исключением пассивной части основных фондов даст представление о сложившейся ситуации с обновлением имеющегося оборудования, инвентаря, медицинской техники, транспорта, то есть активной части основных фондов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ и оценка деятельности учреждений здравоохранения, их подразделений и служб. – М.: «Грант», 2002.
2. Шипова В.М., Левин А.М. Экономические механизмы оптимизации деятельности специализированной медицинской помощи // Под ред. акад. РАМН О.П.Щепина. – М.: «Грант», 2002.
3. Маклева Г.И., Артюхин Р.Е. Комментарий к Инструкции по бухгалтерскому учету в бюджетных учреждениях». – М.: Международный центр финансово-экономического развития, 2000.



**М.Д.ДУГАНОВ, А.А.КОЛИНЬКО,
А.Н.МАКЕЕВ, И.Б.СИМКИНА, Р.В.ПЕТУХОВ,**
г.Вологда

ФИНАНСОВЫЙ МАКРОАНАЛИЗ И ЕГО ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТОВ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

С конца 80-х годов в здравоохранении обостряется проблема финансирования отрасли. С целью научного обоснования приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения Департаментом здравоохранения Вологодской области в течение последних трех лет проводится финансовый макроанализ, отвечающий всем требованиям отраслевого стандарта «Клинико-экономические исследования. Общие положения», утвержденного Минздравом России. Для его проведения создана компьютерная база данных.

Финансовый макроанализ включает:

- ♦ изучение фактических подушевых затрат в системе здравоохранения Вологодской области за счет государственных источников финансирования и их структуры в разрезе нозологических форм и их групп (согласно МКБ-10);
- ♦ изучение социальных потерь населения Вологодской области вследствие преждевременной смертности в разрезе классов болезней;
- ♦ проведение сопоставительного анализа финансовых затрат и социальных потерь населения в разрезе классов болезней;
- ♦ проведение анализа «финансовые затраты» – «социальные потери» с использованием индекса «стоимость-эффективность»;
- ♦ разработку предложений по эффективному использованию финансовых ресурсов в системе

здравоохранения по результатам финансового макроанализа.

Объектом исследования является Вологодская область в целом и муниципальные образования. Возможности местных бюджетов по финансированию учреждений здравоохранения и мощность стационарных лечебно-профилактических учреждений в муниципалитетах значительно отличаются, что приводит к неравномерному распределению расходов по охране здоровья на душу населения.

Так, например, в 2002 году фактические подушевые расходы на оказание медицинской помощи из средств муниципального бюджета и обязательного медицинского страхования (без учета средств областного бюджета) в Сокольском районе составили 3122 руб., в г. Череповец – 2618 руб., а в Вологодском районе – 847 руб., при среднем показателе по Вологодской области 1899 руб.

Структура затрат в системе здравоохранения Вологодской области в разрезе классов МКБ представлена в табл. 1.

Анализ данных таблицы показывает, что в 2002 году на первом месте по затратам находится класс болезней системы кровообращения, на втором – болезней органов дыхания, на третьем – болезней органов пищеварения, на четвертом – травмы и отравления, на пятом – инфекционные заболевания. В 2001 году четвертое место занимали инфекционные заболевания. Затраты на лечение боль-

© М.Д.Дуганов, А.А.Колинько, А.Н.Макеев, 2004 г.

© И.Б.Симкина, Р.В.Петухов, 2004 г.





Таблица 1

**Затраты на одного жителя по классам болезней за 2000-2002 годы
(с учетом всех источников финансирования, включая областной бюджет)**

Название класса	2000 г.		2001 г.		2002 г.	
	Затраты всего (тыс. руб.)	Затраты на 1 жителя (руб.)	Затраты всего (тыс. руб.)	Затраты на 1 жителя (руб.)	Затраты всего (тыс. руб.)	Затраты на 1 жителя (руб.)
А	1	2	3	4	5	6
По всем классам	2 333 394,1	1 767	2 770 563,1	2 170	3 120 585,2	2 408
из них:						
Болезни системы кровообращения	294 356,2	223	329 743,3	258	444 397,0	343
Болезни органов дыхания	276 441,1	209	305 231,0	239	432 243,1	334
Болезни органов пищеварения	299 768,1	227	277 259,4	217	388 240,5	300
Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	202 047,2	153	219 065,6	172	267 406,5	206
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	125 227,9	95	261 953,4	205	248 967,4	192
Болезни костно-мышечной системы	148 962,1	113	167 853,6	131	228 779,4	177
Психические расстройства и расстройства поведения	47 933,8	36	139 860,8	110	224 508,0	173
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	161 241,1	122	125 63,4	98	156 690,5	121
Беременность, роды и послеродовой период	111 719,2	85	192 013,8	150	146 756,8	113
Болезни нервной системы	70 228,6	53	86 095,2	67	96 689,0	75
Болезни мочеполовой системы	121 588,2	92	144 065,7	113	86 338,0	67
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	94 208,9	71	49 771,1	39	78 760,5	61
Новообразования	69 685,1	53	167 551,0	131	71 709,0	55
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	78 265,2	59	88 943,9	70	66 641,4	51

ных по указанным группам нозологических форм составляют более половины затрат (51,7 %). По классам «Болезни глаза и его придаточного аппарата», «Болезни кожи и подкожной клетчатки», «Болезни уха и сосцевидного отростка», «Болезни крови, кроветворных органов, нарушения», «Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения», «Симптомы, отклонения от нормы», «Внешние причины» показатели подушевого финансирования стабильно на протяжении трех лет

составляют менее 50 рублей. Показатели подушевых¹ затрат в разрезе конкретных нозологических форм приведены в табл.2.

Второй составляющей финансового макроанализа является расчет показателя потенциально потерянных лет жизни (социальных потерь населения) за счет преждевременной смертности от конкретных причин (ПГПЖ) [1]. Как преждевременную мы рассматриваем смертность в возрасте до 65 лет (показатель ожидаемой продолжительности жизни для жителей Вологодской области). Структура социальных потерь в Вологодской области в 2002 году выглядит следующим образом: на первом месте по количеству потенциально потерянных лет жизни стоят травмы и отравления (средний возраст смерти

¹Методика предполагает расчет подушевых затрат, то есть затрат на одного жителя, а не затрат на одного пролеченного больного.



Таблица 2

**Подушевые затраты на оказание медицинской помощи из всех средств финансирования
в разрезе нозологических форм (в руб.)**

Название класса	Нозологическая форма	Подушевые затраты
Болезни системы кровообращения	Первичная гипертензия	42,51
	Стенокардия	39,66
	Гипертоническая болезнь сердца	26,70
	Атеросклероз сосудов сердца	17,19
	Атеросклероз артерий	16,00
Болезни органов дыхания	Острая инфекция верхних дыхательных путей	98,08
	Острый бронхит	39,09
	Хроническая обструктивная легочная болезнь	25,70
	Бронхопневмония	19,17
	Острый верхнечелюстной синусит	11,96
Болезни органов пищеварения	Хронический гастрит	21,35
	Хронический холецистит	7,82
	Панкреатит	7,27
Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	Черепно-мозговая травма	33,16
	Переломы б/берцовой кости	5,11
	Термические ожоги	4,34
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Туберкулез органов дыхания	39,37
	Милиарный туберкулез	24,34
	Тбркулез других органов	14,81

Таблица 3

**Показатель потенциально потерянных лет жизни (социальных потерь населения) по классам болезней
в 2002 году (на 1000 чел.населения)**

Название класса	Количество смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1случай	ПГПЖ на 1000 жителей
1	2	3	4	5
Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	3501	69945	19,98	53,97
Болезни системы кровообращения	13545	37399	2,76	28,86
Новообразования	2643	13517	5,11	10,43
Болезни органов пищеварения	962	11590	12,05	8,94
Болезни органов дыхания	994	9748	9,81	7,52
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1248	6753	5,41	5,21
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	96	5942	61,90	4,58
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	182	3279	18,02	2,53
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	66	3261	49,41	2,52
Болезни нервной системы	104	2288	22,00	1,77
Психические расстройства и расстройства поведения	71	992	13,97	0,77
Болезни мочеполовой системы	96	901	9,39	0,70
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113	848	7,50	0,65
Болезни костно-мышечной системы	19	284	14,95	0,22
Беременность, роды и послеродовой период	7	255	36,43	0,20
Болезни кожи и подкожной клетчатки	18	190	10,56	0,15
Болезни крови, кроветворных органов	19	188	9,89	0,15
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	8	120	15,00	0,09
Итого:	23692	167500	-	-





45 лет), на втором – заболевания сердечно-сосудистой системы (средний возраст смерти 62 года) и на третьем – онкологические заболевания (средний возраст смерти 60 лет).

Структуру социальных потерь от преждевременной смертности не следует путать со структурой самой смертности, которая в Вологодской области в 2002 году выглядит так же, как и в целом по Российской Федерации.

На первом месте по причинам смерти заболевания сердечно-сосудистой системы (54,2 %), на втором месте смертность от несчастных случаев, травм и отравлений (14,7 %) и на третьем от онкологических заболеваний (12,1 %).

Для проведения финансового макроанализа не столь важны абсолютные значения ПГПЖ по классам и по диагнозам, сколь относительные величины, выраженные в потенциально потерянных годах жизни на 1000 населения (табл.3). При этом отмечаются различия между районами области почти в 2 раза (максимальное значение – Устюженский район 175,24, минимальное – Велико-Устюжский 97,06 при среднеобластном показателе в 2002 году 133 ПГПЖ на 1000 населения). Мы считаем, что данный показатель позволяет достаточно объективно оценивать состояние системы здравоохранения. Следующим этапом финансового макроанализа является использование индек-

Таблица 4

Индекс «стоимость-эффективность» по классам заболеваний (Вологодская область, 2002 год)

Код по Х МКБ	Название класса	Затраты	Количество смертей	Сумма ПГПЖ	Затраты на 1случай смерти	Затраты на 1-цу ПГПЖ
<i>Деятельность учреждений здравоохранения более эффективна</i>						
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	16 674 616	1 248	6 753	13 361	2 469
19	Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	267 406 480	3 501	69 945	76 380	3 823
2	Новообразования	71 709 016	2 643	13 517	27 132	5 305
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	349 311 360	66	3 261	296 025	107 117
9	Болезни системы кровообращения	444 397 024	13 545	37 399	32 809	11 883
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	78 760 520	96	5 942	820 422	13 255
11	Болезни органов пищеварения	388 240 512	962	11 590	403 576	33 498
6	Болезни нервной системы	96 688 976	104	2 288	929 702	42 259
10	Болезни органов дыхания	432 243 104	994	9 748	434 852	44 342
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	248 967 392	182	3 279	1 367 953	75 928
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	66 641 416	113	848	589 747	78 587
14	Болезни мочеполовой системы	86 337 992	96	901	899 354	95 825
3	Болезни крови, кроветворных органов	21 928 908	19	188	1 154 153	116 643
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	56 164 432	0	0	-	-
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	2 369 113	0	0	-	-
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	25 954 468	0	0	-	-
<i>Деятельность учреждений здравоохранения менее эффективна</i>						
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	39 828 816	18	190	2 212 712	209 625
5	Психические расстройства и расстройства поведения	224 508 016	71	992	3 162 085	226 319
15	Беременность, роды и послеродовой период	146 756 800	7	255	20 965 257	575 517
13	Болезни костно-мышечной системы	228 779 440	19	284	12 041 023	805 561
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	156 690 464	8	120	19 586 308	1 305 754
Итого по 21 группе заболеваний		2 324 021 622	23 569	165 659	-	173 933



Таблица 5

Соотношение подушевых затрат и социальных потерь по классам заболеваний

Код по Х МКБ	Название класса	Затраты		ПГПЖ	
		Высокие	Низкие	Высокие	Низкие
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	√			√
2	Новообразования		√	√	
3	Болезни крови, кроветворных органов		√		√
4	Болезни эндокринной системы		√		√
5	Психические расстройства	√			√
6	Болезни нервной системы		√		√
7	Болезни глаза и придаточного аппарата		√		√
8	Болезни уха и сосцевидного отростка		√		√
9	Болезни системы кровообращения	√		√	
10	Болезни органов дыхания	√		√	
11	Болезни органов пищеварения	√		√	
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки		√		√
13	Болезни костно-мышечной системы	√			√
14	Болезни мочеполовой системы		√		√
15	Беременность, роды и послеродовой период		√		√
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде		√		√
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения		√	√	
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях		√		√
19	Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	√		√	
20	Внешние причины заболеваемости и смертности		√		√
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения		√		√

са «стоимость-эффективность». Индекс выводится как соотношение затрат в рублях к потерям в ПГПЖ. Мы считаем, что значения индекса ниже среднего следует оценивать как показатель более эффективной работы системы здравоохранения, а значения индекса выше среднего – как показатели менее эффективной деятельности. С этой точки зрения деятельность здравоохранения по основным классам болезней, определяющих как саму смертность, так и наибольшие социальные потери от преждевременной смертности, безусловно, эффективна (табл.4).

С другой стороны, важны, как мы уже показывали ранее, не столько абсолютные значения затрат и потерь, сколько относительные величины этих показателей, а именно – затраты на душу населения (табл.1, гр.6) и потери на 1000 населения

(табл.3, гр.4). Высокие относительные затраты при высоких относительных потерях характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Низкие затраты при высоких потерях – как ситуацию с нехваткой ресурсов, требующей дополнительного финансирования.

Дополнительные ресурсы при этом не обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения. Это может быть и социальная или производственная сфера, в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности. Высокие затраты при относительно низких потерях должны оцениваться как избыток ресурсов (табл.5). При этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здра-





воохранения на лечение других классов болезней, либо с затратных видов помощи, таких как стационарная, на более дешевые виды помощи, такие как профилактическая медицина или дневные стационары. И наконец низкие затраты при низких потерях характеризуют ситуацию как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности.

Финансовый макроанализ, проведенный по классам болезней с этих позиций, показывает, что затраты неэффективны в классах болезней органов дыхания и органов пищеварения, системы кровообращения, при лечении новообразований, а также в классе травм и отравлений. При этом наиболее высокое значение показателя соотношения подушевых затрат и социальных потерь отмечается в классе болезней органов дыхания (44,34) и пищеварения (33,50), то есть самое неэффективное использование ресурсов.

В классах инфекционных и паразитарных болезней, психических расстройств, болезней костно-мышечной системы отмечается избыток ресурсов и следует изменять подходы к лечению за счет внедрения стационарозамещающих технологий и применения мер первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни. Недостаток ресурсов отмечается в классах врожденные аномалии деформации и хромосомные нарушения и новообразования. Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в дорогостоящее лабораторное и диагностическое оборудование.

Финансовый макроанализ, проведенный по районам области, позволяет оценить деятельность системы охраны здоровья как неэффективную в Шекснинском (технический индекс 17,35), Бело-

зерском (17,21), Бабушкинском (16,22) и Кадуйском (14,24) районах. Избыток ресурсов отмечается в Сокольском районе (технический индекс 26,53) и Междуреченском районах (технический индекс 25,95), городе Череповце (22,93), а также в Велико-Устюгском (22,64) районе.

Во всех вышеназванных муниципальных образованиях неэффективность системы здравоохранения объясняется избыточными коечными мощностями стационаров, а также отчасти нерациональным использованием дорогостоящей скорой медицинской помощи. Именно в этих районах требуется первоочередная реструктуризация стационарной помощи на более дешевую стационарозамещающую.

Результатами макроанализа обоснованы бюджетные затраты по областным целевым программам и Программе госгарантий.

Предложенная методика финансового анализа позволила:

- ♦ определить рациональность расходов областного здравоохранения;
- ♦ доказать целесообразность изменения объемов финансирования по отдельным классам болезней и районам области;
- ♦ внести коррективы в финансовые нормативы по видам затрат и отдельным учреждениям здравоохранения;
- ♦ выработать предложения в рамках реализации Программы госгарантий по реструктуризации стационарной помощи и усилению амбулаторно-профилактического направления;
- ♦ рассчитать половозрастные коэффициенты затрат, без чего невозможно внедрение принципа подушевого финансирования в здравоохранение.



ЛИТЕРАТУРА

1. Дуганов М.Д. Финансовый анализ и его использование для определения приоритетов развития здравоохранения региона//Автореферат дис. На соискание ученой степени к.м.н. – М.: ЦНИИОЗ, 2002. – 24с.



Г.С.ЛЕБЕДЕВ,

к.т.н., зам. генерального директора ЗАО «Фирма «Релакс», ведущий математик ММА им. И.М. Сеченова, член-корреспондент Международной академии информатизации, г.Москва

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРСНИФИЦИРОВАННОГО УЧЕТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В СИСТЕМЕ ОМС ТЕРРИТОРИИ

В статье предлагается универсальный подход к персонифицированному учету лекарственных препаратов на уровне территории РФ. Излагаются задачи персонифицированного учета, описание способов учета, основных информационных потоков, структура необходимого программного обеспечения территориального здравоохранения для поддержки персонифицированного учета лекарственных препаратов.

Введение

О необходимости персонифицированного учета лекарственных препаратов (ЛП) на территориях РФ говорят как о важной и насущной современной проблеме в организации постоянного мониторинга состояния здоровья населения, например, на ссылках в Интернете:

<http://main.izv.info/community/17-04-02/news14215>; <http://government.mosreg.ru/pgobladm/nov2003/nov1405c.htm>;

<http://www.nevod.ru/local/zvezda/2001/06/29/page3.shtml>;

<http://www.nov-ap.ru/08-2002/2.htm>;

http://www.bratsk-city.ru/news_sv.php3?newsid=928.

На уровне записей в листах назначений в амбулаторных картах и историях болезней пациентов такой учет ведется, но говорить о персонифицированном учете в масштабах лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или территории в целом без

представления этих данных в электронном виде, удобном для передачи и последующей обработки, невозможно. Поэтому, очевидно, говоря о персонифицированном учете ЛП на уровне территории, будем понимать внедрение в территориальное здравоохранение иерархических информационных систем, позволяющих этот персонифицированный учет организовать.

В статье предлагается подход к созданию такой информационной модели, которая позволит организовать автоматизированную поддержку персонифицированного учета ЛП на уровне территории РФ.

1. Задачи персонифицированного учета ЛП

Персонифицированный учет ЛП предназначен для решения следующих основных задач:

- ♦ финансовый учет израсходованных ЛП в каждом ЛПУ и в масштабах территории в целом (в том числе льготных рецептов);
- ♦ медико-экспертный учет ЛП, примененных в соответствии с заболеванием;
- ♦ контроль движения ЛП внутри ЛПУ.

Финансовый учет израсходованных ЛП в каждом ЛПУ и в масштабах территории в целом позволяет:

- ♦ определить фактическую стоимость израсходованных ЛП при лечении пациентов по заболеваниям, вычленив ее из стоимости посещения амбула-



торного пациента или койко-дня стационарного пациента;

- ♦ перейти к организации взаиморасчетов с ЛПУ за пролеченных пациентов по фактическим расходам на ЛП;

- ♦ сформировать счет в территориальный фонд ОМС (ТФОМС) по номенклатуре и стоимости израсходованных ЛП одновременно со счетом об оказанных объемах медицинской помощи (ОМП) в системе ОМС;

- ♦ рассчитать суммарные расходы в рамках территории на ЛП в целом, в разрезе ЛПУ, в разрезе районов территории как по заболеваниям, так и по номенклатуре ЛП;

- ♦ определить обоснованность финансовых затрат ЛПУ на приобретение и расходование ЛП.

Медико-экспертный учет ЛП, примененных в соответствии с заболеванием, позволяет в ЛПУ и ТФОМС:

- ♦ определить законность использования ЛП в ЛПУ в соответствии с его категорией;

- ♦ определить законность использования препарата и количественные характеристики для конкретного заболевания;

- ♦ проверить правильность медикаментозного лечения пациента при заболевании;

- ♦ провести автоматизированную медицинскую экспертизу правильности использования ЛП для лечения конкретных заболеваний.

Контроль движения ЛП внутри ЛПУ позволяет:

- ♦ осуществлять формирование листа назначений врачами профильных отделений при лечении заболевания;

- ♦ формировать заявку старшей медсестрой отделения (группы отделений) в соответствии с листами назначений в аптеку ЛПУ;

- ♦ осуществлять постовой (процедурной) медсестрой применение ЛП пациенту в соответствии с листом назначений;

- ♦ проводить списание ЛП в аптеке ЛПУ в соответствии с применением;

- ♦ формировать счет в ТФОМС по оказанным ЛП.

Таким образом, персонифицированный учет ЛП позволит организовать финансовый и медицинский контроль учета применения ЛП на уровне пациента, ЛПУ и территории в целом.

2. Единые территориальные классификаторы для организации персонифицированного учета ЛП

Основу информационной модели персонифицированного учета ЛП территории составляют классификаторы, единые для всех субъектов здравоохранения и ОМС территории. Классификаторы можно разделить на четыре группы:

- ♦ классификаторы идентификации субъектов здравоохранения и ОМС территории;

- ♦ классификаторы идентификации физических лиц;

- ♦ классификаторы учета ОМП;

- ♦ классификаторы учета ЛП.

К классификаторам идентификации субъектов ОМС территории относятся: список ЛПУ территории, список страховых медицинских организаций (СМО) территории, список ТФОМС РФ, список СМО РФ.

К классификаторам идентификации физических лиц относятся: список территорий РФ (ОКАТО), список территорий по кодам ГАИ, список типов населенных пунктов, список типов улиц, список типов социального положения, список типов льготных категорий, список групп инвалидности пациентов, список ведомств, список предприятий территории, классификатор имен, классификатор отчеств, список видов пола, список типов документов, удостоверяющих личность.

К классификаторам учета ОМП относятся: территориальный классификатор медицинских услуг, таблица соответствия «Диагноз – признак оплаты в ОМС», классификатор профильных отделений, список типов тарифов на ОМП, список категорий ЛПУ.

К классификаторам учета ЛП относятся: список ЛП (список готовых форм), классификатор международных наименований ЛП, список учетных единиц, список видов ЛП, список способов применения ЛП, таблица соответствия «ЛП – международное



наименование ЛП», таблица соответствия «ЛП – учетная единица», таблица соответствия «ЛП – вид ЛП», группировка несовместимых кодов ЛП, группировка одновременно применяемых ЛП, таблица соответствия «Диагноз – международный код ЛП, учетная единица, количество», таблица соответствия «ЛП – признак оплаты в ОМС», территориальный тариф на ЛП (таблица соответствия «Международный код ЛП – тариф»), список ошибок отчета о применении ЛП. Для учета ЛП на территориальном уровне предполагается использование международного классификатора ЛП. Его применение обусловлено тем, что каждое ЛПУ использует список готовых форм, кодировка которых различна.

Для сведения информации в единую территориальную базу данных необходимо ввести единую кодировку препаратов. На сегодняшний день таких классификаторов три [<http://www.vidal.ru>]:

- ♦ АТХ (анато-терапевтический химический);
- ♦ КФУ (клинико-фармакологический указатель);
- ♦ МКБ (нозологический указатель).

Наиболее предпочтительным предполагается использование классификатора АТХ.

3. Персонифицированный учет ЛП в ЛПУ

Цикл персонифицированного учета ЛП в ЛПУ включает в себя следующие фазы:

- ♦ заполнение листа назначений ЛП лечащим врачом;
- ♦ формирование заявки в аптеку на ЛП за каждое отделение старшей (главной) медсестрой отделения;
- ♦ реализация заявок в аптеке и проводка ЛП по складу сотрудником аптеки;
- ♦ применение ЛП пациенту по назначению постовой (процедурной) медсестрой и списание ЛП.

3.1. Заполнение листа назначений

Лист назначений заполняется лечащим врачом и включает в себя следующие параметры:

- ♦ номер истории болезни (амбулаторной карты) пациента;

- ♦ табельный номер врача;
- ♦ дата;
- ♦ номенклатурный номер ЛП;
- ♦ учетная единица;
- ♦ количество;
- ♦ способ применения ЛП;
- ♦ кратность применения;
- ♦ привязка к еде.

Время применения ЛП:

- ♦ учетная единица;
- ♦ количество;
- ♦ час начала;
- ♦ продолжительность (скорость) введения.

Врач вводит номер истории болезни пациента, указывает дату, выбирает наименование ЛП из списка ЛП, указывает общее количество применяемого ЛП (при необходимости), способ применения (подключично, внутривенно, внутримышечно, ректально, интерально, перорально, ингаляционно, наружно, подкожно, эпидурально).

Далее указывается кратность применения (три раза в день, пять раз в день, каждый час и т.д.). Время применения ЛП представляет из себя таблицу с 24 строками, каждая из которых соответствует часу суток.

При определении кратности применения время применения может заполняться автоматически по шаблону. Сумма количественных измерений ЛП по времени применения равна количеству в основном листе назначений. Для ЛП одномоментного применения продолжительность введения не указывается.

3.2. Формирование заявки в аптеку на ЛП за каждое отделение старшей (главной) медсестрой отделения

Старшая медсестра формирует сводную заявку в аптеку на приобретение ЛП. В аптеку посылается информационная посылка (ИП) вида:

- ♦ код отделения;
- ♦ дата;
- ♦ номенклатурный номер ЛП;
- ♦ учетная единица;
- ♦ количество.





3.3. Реализация заявок в аптеке и проводка ЛП по складу сотрудником аптеки

ИП из всех отделений ЛПУ принимаются в аптеке, обрабатываются и в каждое отделение передается посылка вида:

- ♦ код отделения;
- ♦ дата;
- ♦ заявленный номенклатурный номер ЛП;
- ♦ выданный номенклатурный номер ЛП;
- ♦ заявленная учетная единица;
- ♦ выданная учетная единица;
- ♦ заявленное количество;
- ♦ выданное количество.

Изменение производит сотрудник аптеки исходя из наличия ЛП на складе.

3.4. Применение ЛП пациенту постовой (процедурной) медсестрой

Старшая медсестра отделения, приняв ИП из аптеки, согласовывает с лечащим врачом (заведующим отделением) замены, предложенные аптекой. В случае согласия с заменами автоматически заменяются ЛП в листе назначений. При неполной реализации заявки врач определяет изменения в листе назначений. Отредактированный и согласованный лист назначений становится доступным постовой медицинской сестре (форма 1).

Постовая медсестра, применившая препарат пациенту, заполняет в позициях с 8 по 32 свой табельный номер в соответствующей позиции. Для препаратов, вводимых через капельницу, медсест-

ра указывает свой табельный номер в позиции начала и окончания введения.

На следующие сутки после реализации листа назначений лечащий врач просматривает его и «закрывает», то есть пометает как проверенный, и сохраняет в базе данных. Сохраненный лист назначений помещается в электронную историю болезни пациента.

4. Организация обмена информацией о ЛП, используемых для лечения пациентов, между ЛПУ и ТФОМС

По истечении отчетного месяца каждое ЛПУ формирует персонализированный отчет о примененных ЛП за месяц. Отчет формируется на бумажном носителе и в электронном виде. В электронном виде отчет объединяется с электронным счетом-фактурой за пролеченных пациентов по программе ОМС, которая включает файл пролеченных пациентов и файл выполненных ОМП.

Отчет о примененных ЛП в электронном виде может быть представлен, например файлом Dbase III (IV) вида (табл. 1).

Правила заполнения полей следующие:

♦ **Recid** – уникальный номер записи в единой сводной БД листов назначений в ЛПУ. Этот номер в сочетании с кодом ЛПУ полностью идентифицирует примененный ЛП в системе взаиморасчетов за отчетный период.

♦ **Mcod** – код ЛПУ территории по справочнику ЛПУ, выбирается из «Списка ЛПУ территории».

Форма 1

Постовая медицинская сестра работает с таблицей (интерактивной анкетой):

Дата _____
 Номер истории болезни (амбулаторной карты) _____
 Врач, назначивший лечение _____

Код ЛП	Учетная единица	Количество	Способ применения	Кратость	Привязка к еде	Скорость введения	00.00	01.00	...	22.00	23.00
1	2	3	4	5	6	7	8	9		31	32



♦ **Sn_Pol** – серия и номер полиса (паспорта, медицинской карты) пациента.

При отсутствии полиса ОМС совпадает с полем «Номер медицинской карты», служит для связи с файлом «Реестр пролеченных пациентов».

♦ **C_I** – номер медицинской карты пациента (истории болезни, амбулаторной карты).

♦ **Otd** – код профильного отделения.

Первые три цифры соответствуют коду профильного отделения, выбирается из списка профильных отделений.

♦ **Cod_LP** – код ЛП в соответствии со списком ЛП (списком готовых форм).

♦ **MNN_LP** – международный код ЛП по списку международных наименований ЛП.

♦ **D_LP** – дата применения ЛП;

♦ **COD_UE** – код условной единицы по списку учетных единиц;

♦ **K_LP** – количество условных единиц ЛП, примененного за указанную дату.

♦ **Ds** – основной (клинический) диагноз.

♦ **Ds2** – сопутствующий диагноз.

♦ **Ps** – для услуг, оказанных пациентам стационара – 1.

♦ **Tn** – табельный номер врача, назначившего применение ЛП.

♦ **Tarif** – тип используемого тарифа при взаиморасчетах (1 – стоимость ЛПУ, 2 – территориальный тариф).

♦ **S_All** – стоимость примененного ЛП.

Территориальный фонд ОМС принимает счета от ЛПУ, в состав которых включены отчеты примененных ЛП. Вместе с экспертизой представленных счетов проводится экспертиза отчетов примененных ЛП. Записи отчета, не прошедшие проверку помечаются ошибками в соответствии с приведенной табл. 2. После автоматической проверки в ЛПУ передается файл ошибок и Протокол обработки отчета о применении ЛП. Структура файла ошибок представлена в табл. 3.

5. Учет примененных ЛП в ТФОМС

ТФОМС ежемесячно принимает от каждого ЛПУ счета за пролеченных пациентов и электронный отчет о примененных ЛП. Совокупность отчетов за все ЛПУ составляет месячный отчет о применении ЛП в системе ОМС территории. В течение года аккумулируется годовой отчет.

Таблица 1

Отчет о примененных ЛП

Содержание поля	Имя	Тип	Размер
Номер соответствующей записи из БД листов назначений ЛПУ	RECID	Num	6
Код ЛПУ	MCOD	Char	7
Серия и номер полиса пролеченного пациента	SN_POL	Char	25
Номер амбулаторной карты или истории болезни	C_I	Char	18
Код отделения, в котором применены ЛП	OTD	Char	4
Код ЛП	COD_LP	Num	6
Международный код ЛП	MNN_LP	Num	6
Дата применения ЛП	D_LP	Date	10
Код учетной единицы	COD_UE	Date	10
Количество	K_LP	Num	6
Основной диагноз	DS	Char	6
Сопутствующий диагноз	DS2	Char	6
Признак стационарного пациента	PS	Char	1
Табельный номер врача, назначившего ЛП	TN	Char	6
Код тарифа услуги (1 – стоимость ЛПУ, 2 – территориальный тариф)	TARIF	Char	1
Стоимость лечения	S_ALL	Num	13,2



При использовании сводного регистра застрахованных (СРЗ) возможен персонифицированный учет примененных ЛП пациенту за любой период времени.

СРЗ может быть расширен списком противопоказаний и непереносимостей ЛП, в этом случае возможен оперативный запрос к СРЗ при оказании скорой и хирургической помощи.

Возможно формирование оперативных справок:

- ♦ средняя стоимость лекарственного обеспечения одного пациента по каждому району;
- ♦ средняя стоимость лекарственного обеспечения конкретного заболевания для каждого района, диаграмма минимальных и максимальных стоимостей по территории в целом;
- ♦ потребная среднестатистическая стоимость ЛП для каждого ЛПУ и района (в том числе в зависимости от сезона).

6. Состав программного обеспечения ЛПУ для персонифицированного учета лекарственных препаратов

Программное обеспечение, установленное в ЛПУ, должно решать следующие основные задачи:

- ♦ учет движения пациентов ЛПУ;
- ♦ учет закупки и списания ЛП в аптеке ЛПУ;
- ♦ учет листов назначений, формирование заявок и применения ЛП в профильных отделениях ЛПУ;

Таблица 2

Счета от ЛПУ,
в состав которых включены отчеты о примененных ЛП

Код	Наименование	Правила применения
01	Исключен счет на пациента	Счет на пациента не прошел проверку и исключен из оплаты. Из оплаты исключаются все примененные ЛП
02	Для ЛП нет записи в реестре пролеченных пациентов	В файле «Реестр пациентов» нет записи, соответствующей ЛП в «Отчете» (по связке SN POL)
03	Пустое поле RECID	Не заполнено поле RECID
04	Незаконное поле MCODE	Не заполнено поле MCODE или нет соответствующего ЛПУ в списке ЛПУ территории
05	Пустое поле SN POL	Не заполнено поле
06	Пустое поле C I	Не заполнено поле
07	Незаконное поле OTD	Не заполнено поле или нет отделения с соответствующим кодом в классификаторе профильных отделений
08	Незаконное поле COD_LP	Не заполнено поле или нет ЛП с соответствующим кодом
09	Незаконное поле MNN_LP	Не заполнено поле или нет ЛП с соответствующим кодом в списке международных кодов ЛП
10	Несоответствие кода ЛП международному коду ЛП	Код ЛП не соответствует международному коду ЛП. Проверка по таблице соответствия
11	Незаконное поле D_LP	Дата не соответствует периоду или ЛП применен вне сроков лечения пациента
12	Незаконное поле COD_UE	Незаполненное значение или соответствующий код отсутствует в списке учетных единиц
13	Незаконное поле K_LP (незаконные объемные показатели ЛП)	Значение не больше 0
14	Незаконное поле DS	Не заполнено поле, диагноза нет в классификаторе МКБ-10
15	Незаконное поле DS2	Диагноза нет в классификаторе МКБ-10
16	Не задан код специалиста	Не задан код специалиста
17	Незаконное использование типа тарифа	Незаконный код типа тарифа, незаконное указание типа тарифа для ЛПУ
18	Пустое поле S ALL в СФ	Значение 0
19	Повторная запись в СФ	Совпадение полей SN_POL, MCODE, C_I, COD_LP, MNN_LP, COD_UE, D_LP, DS
20	Недопустимое количество примененного ЛП за период лечения	Несоответствие показателей (увеличение) по таблице соответствия Диагноз – международный код ЛП, учетная единица, количество
21	Несоответствие ЛП диагнозу	Незаконное применение препарата для диагноза. Проверяется по таблице соответствия Диагноз – международный код ЛП, учетная единица, количество
22	Несовместимые ЛП	Проверка по группировке несовместимых ЛП
23	Отсутствие совместных услуг	Проверка по группировке одновременно применяемых ЛП
24	ЛП применен умершему пациенту	Дата применения ЛП позже констатации факта смерти или выписки с летальным исходом
25	Нет МС для зарегистрированного диагноза	В таблице соответствия не задано допустимое количество ЛП для указанного диагноза
26	ЛП не оплачивается в ОМС	Проверка по таблице соответствия
27	Диагноз не оплачивается в ОМС	Проверяется по таблице соответствия



Таблица 3

Структура файла ошибок

Содержание поля	Имя	Тип	Размер
Номер соответствующей записи из БД листов назначений ЛПУ	RECID	Num	6
Код ЛПУ	MCOD	Char	7
Код ошибки	ERR	Char	2

- ♦ формирование отчетов в ТФОМС.

Учет движения пациентов в ЛПУ включает в себя поддержание следующих основных функций (связанных с персонифицированным учетом ЛП):

- ♦ учет поступивших пациентов в приемном отделении;
- ♦ учет переводов пациентов из отделения в отделение;
- ♦ выписка пациентов;
- ♦ учет приема пациентов в поликлинике.

Учет закупки и списания ЛП в аптеке ЛПУ включает в себя поддержание следующих основных функций (связанных с персонифицированным учетом ЛП):

- ♦ ведение списка поступивших препаратов;
- ♦ таксировка и выдача по отделениям.

7. Состав программных средств ТФОМС для сводного персонифицированного учета лекарственных препаратов

Программное обеспечение, устанавливаемое в ТФОМС, должно обеспечивать:

- ♦ ведение нормативно-справочной информации, передачу ее в ЛПУ в электронном виде;
- ♦ прием отчетов от ЛПУ о примененных ЛП одновременно с отчетами о выполненных объемах медицинской помощи;
- ♦ проведение медико-экономической экспертизы применения ЛП, формирование файлов ошибок и передачу их в ЛПУ;
- ♦ формирование сводных отчетов по применению ЛП в масштабах территории и каждого ЛПУ;
- ♦ формирование медико-экономических стандартов с учетом применения ЛП.

8. Внедрение информационной системы учета ЛП на территории РФ

На организацию внедрения информационной системы в масштабах территории оказывает существенное влияние уровень компьютерного оснащения ЛПУ. Очевидно, что для полного учета ЛП необходима установка компьютера в каждое профильное отделение в ординаторскую для заведения врачом листа назначений, на пост дежурной медсестры для отметки о примененных ЛП и у главной медсестры для формирования сводной заявки в аптеку ЛПУ. Кроме того, в аптеке должно быть организовано 2–3 рабочих места (прием ЛП, обработка заявок, таксировка, списание, подготовка отчетов).

При этом для такого количества компьютеров должна быть установлена локальная вычислительная сеть, включающая в себя несколько серверов и соответствующее сетевое аппаратное и программное обеспечение. Стоимость такой информационной системы высока. Однако это не должно являться препятствием для внедрения системы персонифицированного учета ЛП, так как их учет можно организовать на имеющихся мощностях, предназначенных для организации взаиморасчетов за пролеченных пациентов.

Последовательность внедрения представлена рис. 1, где приведены основные информационные потоки организации персонифицированного учета ЛП на территории РФ.

Этап 1. Внедрение в ЛПУ информационных систем учета выполненных объемов медицинской помощи и в ТФОМС информационных систем медико-экономической экспертизы счетов за пролеченных пациентов. Очевидно, что без организации взаиморасчетов за выполненные объемы медицинской





помощи в электронном виде учет ЛП невозможен. ЛПУ должно научиться регистрировать пролеченных пациентов, оказанные медицинские услуги, зарегистрированные диагнозы и формировать электронные счета в ТФОМС. То есть на территории должна быть налажена система персонифицированного учета выполненных объемов медицинской помощи. К счастью, более 90% ТФОМС РФ этот этап уже прошли.

Этап 2. Внедрение в ЛПУ информационной системы поддержки деятельности аптеки ЛПУ. На этом этапе автоматизируется проводка ЛП от момента получения на склад до списания его в профильное отделение. Производится привязка готовой формы с международным кодом ЛП.

Этап 3. Внедрение в ЛПУ программного средства, позволяющего вводить примененные ЛП при выписке пациента. Такое программное средство должно представлять из себя подпрограмму в информационной системе учета выполненных объемов медицинской помощи.

Программа использует реестр пролеченных пациентов, формируемый в информационной системе учета ОМП, и коды ЛП, применяемые в аптеке. Для каждого пациента составляется формализованный лист назначений, который вводится в базу данных одновременно с выпиской пациента (вводом карты выбывшего из стационара) или талоном амбулаторного пациента. Дополнительно к реестру пролеченных пациентов и реестру выполненных медицинских услуг формируется электронный отчет о примененных ЛП. В единой посылке он передается в ТФОМС.

Этап 4. Внедрение в ТФОМС программы (подпрограммы в информационной системе взаиморасчетов) приема отчетов о примененных ЛП и проведения медико-экономической экспертизы.

Этап 5. Внедрение в ЛПУ многокомпьютерной информационной системы, обеспечивающей ведение учета ЛП как элемента электронной истории болезни, с организацией ввода листа назначений, учета применения, контроля применения и списания ЛП на выделенных рабочих местах.

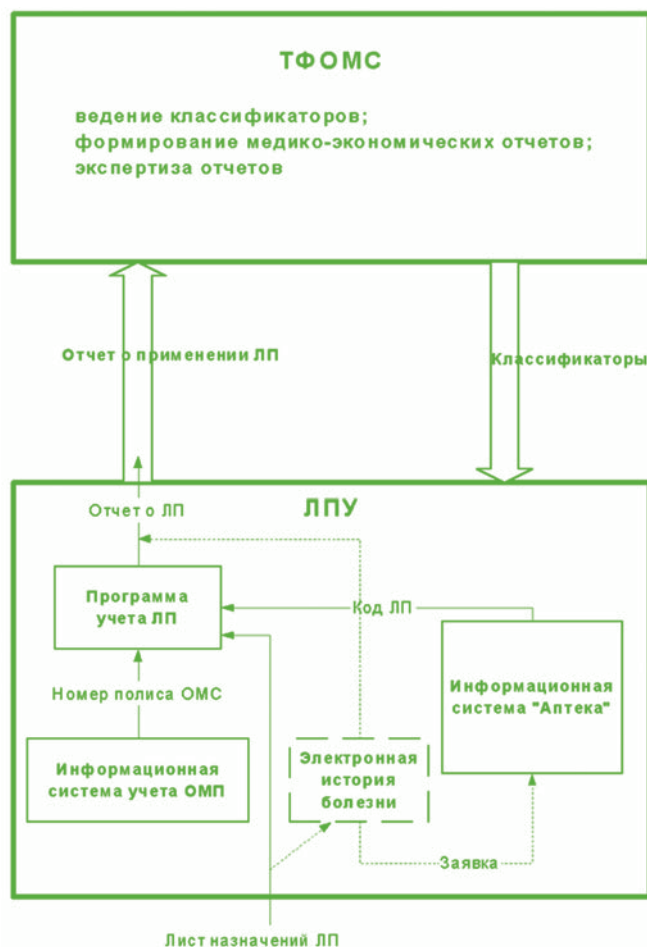


Рис. 1. Схема основных информационных потоков персонифицированного учета

Заключение

Предложенный подход к организации персонифицированного учета ЛП разработан нами с учетом опыта автоматизации системы организации взаиморасчетов на 12 территориях РФ и автоматизации деятельности аптек более чем в 50 ЛПУ РФ и может быть предложен как базовый для всех территорий РФ.

**Г.М.ГАЙДАРОВ,**

д.м.н., профессор, зав. кафедрой

И.С.КИЦУЛ,

д.м.н., профессор кафедры

Т.И.АЛЕКСЕЕВСКАЯ,

к.м.н., доцент кафедры

Д.В.КУЛЕШ,

ассистент кафедры

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЕТОМ ВЕДОМСТВЕННОГО СЕКТОРА

В современных социально-экономических условиях приобретают чрезвычайную актуальность вопросы взаимодействия лечебно-профилактических учреждений различной ведомственной принадлежности с целью реализации Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Очень часто на одной территории сегодня функционируют лечебно-профилактические учреждения различных форм собственности, включая частные ЛПУ, муниципальные, региональные, федеральные и ведомственные учреждения здравоохранения. Наиболее ресурсоемкой, безусловно, является больничная помощь, и значительный ее объем сосредоточен в ЛПУ ведомственного сектора здравоохранения.

Иркутская область является крупным промышленным регионом с большим числом предприятий и организаций, принадлежащих различным ведомствам, а также обширной транспортной инфраструктурой. Это создает определенные предпосылки к развитию в регионе ведомственной сети лечебно-профилактических учреждений: ЛПУ на железнодорожном транспорте, клиники медицинского ВУЗа, медикосанитарные части на промышленных предприятиях, на воздушном и водном транспорте, клиники Академии медицинских наук РФ, больницы правоохрани-

тельных органов и т.д. На территории области функционируют 23 ведомственных ЛПУ стационарного типа, их удельный вес в структуре больничных ЛПУ области составил в 2002 г. 9,5% (по России этот показатель на конец 2001 г. регистрировался 7,1%), удельный вес ведомственного коечного фонда составил 12,5%.

Целью нашего исследования явилось изучение удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью и их предпочтений при выборе медицинского учреждения.

Задачами настоящего исследования предусматривалось изучить характер потребления больничной помощи населением и оценить удовлетворенность пациентов стационарной медицинской помощью в ведомственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях как потребителей медицинской помощи в условиях конкурентной среды.

Предметом социологического изучения стали возможные причины, по которым население предпочитает получать стационарную помощь в муниципальных или ведомственных ЛПУ, а также степень удовлетворенности пациентов стационара проводимым обследованием и лечением.

Для определения характера потребления больничной помощи населением были выделены 2 груп-

© Г.М.Гайдаров, И.С.Кицул, 2004 г.

© Т.И.Алексеевская, Д.В.Кулеш, 2004 г.



пы респондентов: из областного и муниципального сектора здравоохранения (городское население, сельское и иногороднее) и ведомственного сектора (население, работающее в организациях, имеющих в подчинении подведомственные больничные учреждения). С использованием специально разработанной анкеты, метода слепой бесповторной выборки, одновременно были опрошены 1533 пациента, находившихся на лечении в муниципальных и ведомственных стационарах.

В структуре опрошенных респондентов удельный вес женщин составил 61,5%, а мужчин – 38,5%. Преобладали респонденты трудоспособного возраста 20–29, 40–49 и 30–39 лет – 57,1%, а также население муниципального сектора здравоохранения, удельный вес которого в муниципальном ЛПУ составил 93,6%. В ведомственных стационарах в структуре опрошенных удельный вес жителей города составил 75,6%. В зависимости от вида поступления на госпитализацию респонденты распределились следующим образом: 66,9% поступили в плановом порядке; удельный вес поступивших по экстренным показаниям составил 13,8%; в результате самообращения – 16,2%; 3,1% респондентов поступили в стационар иначе.

На вопрос «Приходилось ли Вам самостоятельно приобретать что-либо для целей госпитализации?» утвердительно ответили пациенты, госпитализированные в муниципальном секторе здравоохранения: медикаменты – 42,9% опрошенных; продукты питания – 46,8%; белье – 43,6%; шприцы (системы) – 25,6%; средства гигиены – 11%; перевязочный материал – 9,9%; медицинский инструментарий – 4,4%; ничего не приобретали 3,4% опрошенных.

В ведомственных ЛПУ сложилась несколько иная ситуация по структуре приобретений для целей госпитализации. Большинство пациентов самостоятельно приобретали белье – 91,5%; 7% – продукты питания; 3,9% – медикаменты; 1% опрошенных приобретали шприцы (системы), средства гигиены; 4,2% опрошенных ничего не оплачивали из своего бюджета. Таким образом, по этим позициям складывается более благоприятная ситуация в ведомственном

секторе, где пациенты в основном приобретали белье, продукты питания и средства гигиены, чем в муниципальном секторе, где больным приходилось в большинстве случаев покупать самостоятельно медикаменты, продукты питания, белье, шприцы (системы), а порой и инструментарий.

Одним из наиболее значимых критериев, отображающих характер потребления стационарной медицинской помощи в зависимости от времени давности госпитализации, является повторность стационарного лечения: 28,8% респондентов получали стационарную медицинскую помощь 1 год назад и менее; 21,5% – 2 года назад; 18,9% – более 5 лет назад; 13,4% – 3–5 лет назад; 17,4% опрошенных никогда не получали стационарного лечения. Так как большинство респондентов уже пребывали на лечении в стационаре ранее (82,6% опрошенных) в основном 1 год назад и менее, то это, возможно, свидетельствует о преобладании в структуре госпитализированных пациентов лиц с хроническими заболеваниями, требующими повторных госпитализаций. Опрос позволил выявить предпочтения пациентами того или иного лечебно-профилактического учреждения. В результате проведенного корреляционного анализа установлено, что основными причинами предпочтения пациентами муниципального ЛПУ (59,6%) являются широкий спектр оказываемых видов стационарной медицинской помощи, то есть многопрофильность учреждения, приближение ЛПУ к месту жительства и направление поликлиники на госпитализацию (отмечена прямая положительная корреляционная связь, $p < 0,05$).

В ведомственных больницах 88% респондентов предпочитают ведомственное ЛПУ, в основном объясняя свой выбор отсутствием материальных затрат на лечение в стационаре, хорошими санитарно-бытовыми условиями, удобным расположением больницы в городе (рядом с местом проживания) и тем, что пациенты относятся к ведомственному контингенту, то есть работают в организации, к которой относится ЛПУ по ведомственной принадлежности (отмечена прямая положительная корреляционная связь, $p < 0,05$).



Мнение пациентов, не имеющих отношения к ведомствам, с позицией ведомственного населения разделилось в отношении степени удовлетворенности питанием и бытовыми условиями пребывания в стационаре.

В отношении бытовых условий муниципальных ЛПУ респонденты были менее доброжелательны: 26,6% высказались отрицательно; 13,3% не смогли определить свое мнение; 32% опрошенных не имели каких-либо замечаний.

Наиболее критично отнеслись к быту молодые и средние возрастные группы: в возрастных группах 20–29 лет неудовлетворены бытовыми условиями в стационаре 15,3% опрошенных; в возрастной группе 30–39 лет таких респондентов 7,9% и 40–49 лет – 6,4%. Старшее поколение 60–69, 70 лет и старше оказалось более терпимым к бытовым условиям пребывания в стационаре. Подобная зависимость оценок от возраста сложилась и в отношении удовлетворенности предлагаемым в стационаре питанием, где 40% опрошенных питались пищей, купленной самостоятельно или принесенной родственниками.

Иная ситуация регистрируется по итогам опроса в ведомственных ЛПУ. Большинство опрошенных были полностью удовлетворены санитарно-бытовыми условиями и питанием в стационаре: удовлетворены бытовыми условиями 75,9% опрошенных, питанием – 85,4%. Вместе с тем 2,2% опрошенных респондентов в этих ЛПУ высказались отрицательно в отношении санитарно-бытовых условий и питания в стационаре.

В целом анкетирование показало высокую степень удовлетворенности пациентов стационарной медицинской помощью по следующим позициям: 57,1% опрошенных в муниципальном секторе здравоохранения полностью удовлетворены проводившимся лечением и обследованием; 20,2% респондентов удовлетворены в меньшей степени; 6,9% опрошенных респондентов в той или иной мере не удовлетворены лечением (обследованием); 15,8% респондентов затруднились оценить или не оценили свою удовлетворенность лечением.

На вопрос «Удовлетворены ли Вы проводимым лечением и обследованием?» большинство опрошенных пациентов ведомственного сектора здравоохранения ответили положительно (76,2%); 11,8% – в меньшей степени, но все же удовлетворены и 5,8% опрошенных затруднились ответить, 1% респондентов не ответили на данный вопрос, 5,2% были в той или иной мере не удовлетворены лечением (обследованием). Таким образом, 67,1% респондентов удовлетворены проводившимся лечением и обследованием; 18,6% были скорее удовлетворены; 6% скорее не удовлетворены и 8,3% опрошенных затруднились ответить. В отношении взаимодействия пациента с лечащим врачом 89% опрошенных были полностью удовлетворены; 8,7% скорее удовлетворены; 0,5% респондентов высказались в той или иной мере критически и 1,8% затруднились ответить.

По мнению пациентов, в результате пребывания в стационаре у большинства респондентов (63,5%) произошло частичное улучшение состояния; у 23,4% опрошенных здоровье восстановилось полностью; 2,8% респондентов не почувствовали каких-либо изменений (в данном случае необходимо учесть, что часть пациентов только начали проходить лечение) и 3,3% отметили ухудшение.

Вопросы анкеты позволили пациентам высказать свои пожелания о тех или иных аспектах стационарного лечения, требующих изменения. Так высказались за улучшение бытовых условий 44,9% опрошенных; процесса обследования – 31,4%; питания – 22,3%; процесса лечения – 18,4%; отношения медперсонала к пациентам – 3,9% опрошенных.

В результате проведенное социологическое исследование показало следующее.

1. Удовлетворенность пациентов проводимым обследованием и лечением в ведомственном секторе выше, чем в муниципальном. Удельный вес удовлетворенных респондентов в ведомственных стационарах составил 76,2%, в муниципальных ЛПУ он соответственно составил 57,1%.

2. Факторами, влияющими на выбор пациентами ведомственных учреждений, являются более комфортные условия пребывания в стационаре,





более высокое обеспечение медикаментами и другими необходимыми для лечебно-диагностического процесса средствами (так считают 88% опрошенных в ведомственных ЛПУ). Факторами, влияющими на выбор пациентами муниципальных учреждений здравоохранения являются широкий спектр профилей стационарной медицинской помощи, приближение ЛПУ к месту жительства и направление амбулаторно-поликлиническими учреждениями на госпитализацию (59,6% опрошенных).

3. В ведомственных лечебно-профилактических учреждениях стационарного типа получает больничную помощь преимущественно население, не относящееся к ведомству (76%).

4. Принцип преемственности выражен достаточно хорошо: большинство пациентов поступают в плановом порядке, то есть по направлению поликлиники.

5. В структуре госпитализированных больных преобладают лица с хроническими заболеваниями, требующими повторных госпитализаций.

6. По результатам пребывания в стационаре больные отмечают частичное улучшение здоровья, что говорит о высоком проценте хронической патологии в структуре госпитализированной заболеваемости.

Таким образом, исследованием установлена достаточно высокая удовлетворенность стационарной медицинской помощью пациентов больничных ЛПУ.

Выявлены предпочтения респондентов при выборе учреждения, которые можно учитывать при отборе стационаров для участия в государственном (муниципальном) заказе на основе рейтинговой оценки с учетом мнения пациентов.



Общероссийское общественное движение «МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»

■ Организация семинаров, конгрессов, выставок и конференций в РФ и за рубежом:

- VI Конгресс с 24 по 30 апреля 2004 года, Турция
«Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении»
- Юбилейная конференция факультета послевузовского профессионального образования ММА им. И.М. Сеченова.
I Выставка «Медицина, реабилитация и качество жизни»
Презентация научно-популярного журнала
«Медицина и качество жизни» с 23 по 25 июня, 2004 года, Россия
- Бизнес-тур для руководителей здравоохранения по клиникам Австрии
первая декада августа 2004 года
- II Конференция с 13 по 17 октября 2004 года, Турция
«Проблемы качества жизни в здравоохранении»
- I Конференция декабрь 2004 года, Египет
«Проблемы боли в клинической медицине»
- II Конференция февраль 2005 года, Египет
«Лучевая диагностика и лучевая терапия в клинической медицине»

■ Стажировка и профессиональная переподготовка в РФ и за рубежом

■ Медицинское страхование и медицинское обслуживание

■ Реабилитация и рекреация в РФ и за рубежом

Россия, 127018, г. Москва, а/я 137. Тел./факс: (095) 289-43-48, 289-03-96, 973-19-13

E-mail: fond@11gkb.ru Web-сайт: www.palmedfund.ru



М.Ш.БАШКАЕВА,

к.м.н., старший научный сотрудник РАМН, г.Москва

В.И.СТАРОДУБОВ,

академик РАМН, профессор, г.Москва

РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АРМЕНИИ

Обретение независимости поставило перед республиками бывшего Советского Союза среди других проблем необходимость реформы системы здравоохранения.

В годы советской власти Армения имела одну из наиболее развитых систем здравоохранения в Советском Союзе. После получения независимости Армения столкнулась с огромными экономическими и социально-политическими проблемами, которые привели к ухудшению состояния здоровья населения и легли непереносимым грузом на систему здравоохранения. Экономика Армении испытала глубокий спад в период 1991–1993 гг., который выражался в гиперинфляции, резком росте цен и падении уровня производства. Валовой внутренний продукт (ВВП) в 1993 г. снизился на 60% по сравнению с 1989 г. В течение последующих двух лет за счет жесткой денежной и налоговой политики удалось остановить гиперинфляцию и снижение реальных доходов населения. С 1994 г. в Армении начался рост ВВП. Однако экономический кризис 1998 г. и снижение темпов прироста в аграрном секторе привели к замедлению темпов роста экономики (UNDP Armenia, 2000).

Расходы на охрану здоровья и финансирование системы здравоохранения

Расходы на здравоохранение в Армении в 1997 г. составляли 1,3% от ВВП, что ниже, чем в среднем по СНГ (WHO Liaison Office in Armenia, 1999). Существенное снижение ВВП Армении в 90-х годах еще более усугубляет ситуацию. Ресурсов, ассигнованных государством на нужды здравоохранения,

хватает только для обеспечения наиболее незащищенных групп населения. В Армении к таковым относятся (WHO Regional Office for Europe, 2001):

- ♦ инвалиды, ветераны и семьи жертв войны;
- ♦ дети из многодетных семей, из неполных семей, имеющие родителей-инвалидов, сироты;
- ♦ ликвидаторы аварии на Чернобыльской АЭС;
- ♦ заключенные.

Однако экономический кризис резко уменьшил возможности правительства обеспечивать адекватное финансирование здравоохранения, что имело серьезные негативные последствия для здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ), которая в начале 1980-х годов была самой высокой среди всех советских республик (72,9 лет), снизилась в первые годы после обретения независимости, но затем постепенно поднималась и достигла 75 лет в 2001 г. Среднее число контактов пациентов с учреждениями первичного звена упало с 9 в год (1985 г.) до 2 к 1999 г. Показатели снизились в первой половине 1990-х годов из-за ухудшения состояния здоровья взрослого населения в связи с повышением частоты сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, диабета, туберкулеза и других патологий. Повысилась частота основных инфекционных болезней, таких, как туберкулез и ВИЧ-инфекция/СПИД. В результате снижения доступа к медицинской помощи и ухудшения качества служб здравоохранения снизились показатели здоровья матерей и детей. Ухудшение технического состояния плохо поддерживаемых сетей водоснабжения привело к вспышкам болезней, передаваемых через воду.



© М.Ш.Башкаева, В.И.Стародубов, 2004 г.



Важнейшая причина реформирования отрасли здравоохранения в том, что Армения оказалась просто не в состоянии продолжать финансировать дорогостоящую, неэффективную систему и была вынуждена разработать и реализовать радикальную программу реформирования отрасли.

Рассмотрим состояние здоровья населения республики с 1991 по 2001 гг. более подробно.

Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни

По последним данным, средняя продолжительность жизни в Армении была выше среднего значения для Европейского региона ВОЗ. Наряду с Грузией, Армения лидирует по величине ОПЖ среди стран СНГ. Следует отметить, что разница в средней продолжительности предстоящей жизни мужчин и женщин в Армении одна из самых маленьких среди стран Европейского региона. В 2001 г. она составляла 4,6 года, в основном из-за сравнительно высокой продолжительности жизни мужчин.

Основные причины смерти и заболеваний

По большинству основных показателей смертность в Армении ниже, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ. Показатель преждевременной смертности в Армении неуклонно снижался в 1991–2001 гг. Основной вклад в данный феномен внесло снижение

Таблица 1
Основные показатели здоровья населения в Армении
в сопоставлении со средними значениями
по Европейскому региону ВОЗ

Наименование	Армения (2001)		Европа (2000)	
	1991 г.	2001 г.	1991 г.	2001 г.
Средняя продолжительность жизни	72,6	75,9	73,1	73,7
Мужчины	69,1	73,1	69,0	69,7
Женщины	75,9	78,3	77,1	77,9
Младенческая смертность на 1000 живорожденных	18,0	15,5	15,4	9,6
Материнская смертность на 100000 живорожденных	23,1	21,8	27,2	18,0
СКС*, все причины смерти	987,2	793,8	971,9	962,1
СКС, болезни сердечно-сосудистой системы	561,0	440,0	479,1	473,6
СКС, злокачественные новообразования	145,2	130,8	194,6	181,3
СКС, травмы и отравления	59,9	31,3	81,8	88,1
СКС, болезни органов дыхания	61,4	41,5	61,7	62,8
СКС, болезни системы пищеварения	34,8	28,1	37,0	38,8
СКС, инфекционные и паразитарные болезни	11,9	7,9	10,3	14,4
Заболеваемость туберкулезом на 100000 населения	20,5	36,5	27,4	43,7
Заболеваемость сифилисом на 100000 населения	6,9	5,8	4,9	45,3
Заболеваемость СПИДом на 100000 населения	0	0,1	2,5	1,3

*СКС – стандартный показатель смертности на 100000 населения

Таблица 2
Структура смертности по основным причинам
и возрасту в Армении в сопоставлении
со средними значениями по Европейскому региону

Годы Армения – 2001 г., Европа – 2000 г.	Возраст 0-64 лет		Возраст 65 лет и выше	
	Армения	Европа	Армения	Европа
Сердечно-сосудистые болезни	101,3	125,0	3180,1	3070,8
Злокачественные новообразования	77,3	88,5	563,3	964,9
Несчастные случаи, отравления и травмы	26,1	81,0	73,2	146,0
Болезни органов дыхания	14,7	22,0	258,4	395,0
Инфекционные и паразитарные болезни	11,5	19,0	22,8	48,1
Заболевания органов пищеварения	13,5	28,8	146,2	167,1

смертности мужского населения, в то время как смертность женщин за указанный период снизилась незначительно. В структуре причин преждевременной смертности в республике ведущими являются болезни органов кровообращения, за которыми следуют злокачественные новообразования (табл. 1, 2).



Болезни сердечно-сосудистой системы

По последним данным, в 2001 г. показатель преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Армении был самым низким (440 на 100 тыс. населения) среди стран СНГ и ниже среднего для стран Европы. Сходная картина наблюдается и для смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) – 283 на 100 тыс. населения в 2001 году. По последним данным, уровень этого вида смертности в Армении – один из самых низких среди стран СНГ.

Показатель смертности от цереброваскулярных заболеваний тоже ниже среднего значения для стран Европейского региона (138 – 2000 г.), что составляет 127 на 100 тыс. населения (2001 г.) и один из самых низких для стран СНГ.

Злокачественные новообразования

Динамика преждевременной смертности населения Армении от злокачественных новообразований сходна с таковой в большинстве стран СНГ. За ростом смертности в 80-х годах последовало ее снижение в 90-х годах. При этом уровень смертности от злокачественных новообразований в Армении значительно ниже среднего значения для стран СНГ и близок к среднему для стран Европы.

По уровню преждевременной смертности от рака легких/ трахеи/ бронхов – 28,8% (2001г.) Армения занимает промежуточное место между группами стран СНГ с высокой (республики Европейской части бывшего СССР и Казахстан) и низкой смертностью (остальные ЦАР, Азербайджан, Грузия). Этот показатель в Армении значительно ниже среднего для стран СНГ и несколько ниже среднего показателя для стран Европейского региона.

Вызывает тревогу рост смертности от рака женской молочной железы – с 11,9% (1991г.) до 24,4% на 100 тыс. населения (2001 г.). По этому показателю Армения лидирует среди стран СНГ и входит в группу стран с наивысшими значениями показателя в регионе.

Инфекционные болезни

Смертность от инфекционных и паразитарных заболеваний в Армении на протяжении длительного периода времени остается на одном из самых низких уровней среди стран СНГ.

В 1991–2001 гг. отмечен рост заболеваемости туберкулезом, но не в таких масштабах, как в большинстве других стран СНГ. Заболеваемость сифилисом в Армении также лишь незначительно выросла в 1991–1996 гг., а затем пошла на убыль.

В конце 90-х годов в Армении зафиксирован рост заболеваемости малярией (30,8% на 100 тыс. населения в 1998 г.). В 2001 г. данный показатель снизился до 2,1%. Армения относится к странам с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. С 1979 по 1995 гг. были зарегистрированы лишь три случая заболевания СПИД. По последним данным Национального Центра по борьбе со СПИДом, к середине 1999 г. зарегистрировано 84% ВИЧ-инфицированных и 15% клинически диагностированных заболеваний СПИДом (UNDP Armenia, 2000).

Здоровье детей и подростков

Показатель младенческой смертности в Армении относится к самым демонстративным, так в 1988 году отмечались высокие значения – 26% на 1000 живорожденных. Позднее отмечается быстрое снижение младенческой смертности, которая замедлилась в 1996 г. в основном из-за резкого роста в этом году ранней неонатальной (0–6 дней после рождения) смертности, что может быть связано с изменением практики регистрации рождений и смертей новорожденных, имевшим место в этом периоде. В 2001 г. он был равен 15,5% на 1000 живорожденных.

Сокращению младенческой смертности во многом способствовали программы, направленные на борьбу с острыми респираторными и кишечными инфекциями. С 1988 по 1991гг. младенческая смертность от данных заболеваний уменьшилась на 30%, а с 1991 по 2001 гг. на 15%. Смертность от внешних заболеваний (травм и отравлений) в возрасте 5–19 лет, являющихся одной из основных причин смерти среди подростков, существенно сни-





зилась в течение 1990-х годов. Общая смертность от травм и отравлений в 1991 г. составила 52,6% на 100 тыс. населения и к 2001 г. она снизилась до 31,3%, что ниже среднего уровня для стран Европы (88,1% – 2000 г.).

По данным национального обследования, распространенность недостаточного физического развития детей моложе 5 лет, которая служит индикатором недостаточного питания и дефицита витаминов, в 1998 г. варьировала от 9,1% в городских районах до 15% в сельских. Анемия средней степени тяжести была выявлена у 26% детей в возрасте от 1 года до 5 лет (UNDP Armenia, 2000).

Здоровье женщин

Показатель материнской смертности в Армении (23,1% на 100 тыс. живорожденных в 1991 г.) оставался несколько ниже среднего значения для стран СНГ, далее этот показатель снизился до 15,5% (2001 г.). Большинство случаев материнских смертей приходится на возрастную группу 20–29 лет. Наиболее частыми их причинами являются кровотечения, гипертензивные расстройства и осложнения, связанные с абортами. Число зарегистрированных абортов составило 350 на 1000 живорожденных в 1991 г. и после непродолжительного роста с 1997 г. наблюдалось снижение до 325 на 1000 живорожденных к 2001 г.

Таблица 3
Ресурсы здравоохранения и их использование в Армении
в сопоставлении со средними значениями
по Европейскому региону (1991-2001 гг.)

Наименование	Армения		Европа	
	1991 г.	2001 г.	1991 г.	2001 г.
Обеспеченность койками на 100 тыс. населения	852,9	425,0	938,2	734,0
Обеспеченность врачами на 100 тыс. населения	370,1	286,5	339,4	357,1
Уровень госпитализации на 100 человек	12,1	4,9	18,1	18,7
Средняя продолжительность госпитализации (дни)	15,4	11,7	14,4	11,5
Расходы на здравоохранение (в % от ВВП)	4,2	1,3 (1997 г.)	6,0	6,4

Источник – Country Health Report for Armenia, 2001

Смертность от болезней органов дыхания в Армении неуклонно снижалась с 1982 г. (97,4%) и к 2001 г. составила 41,5% на 100 тыс. населения, что является одним из низких значений среди стран СНГ и стран Европы (табл. 2).

Показатель смертности от болезней органов пищеварения в Республике – 28,2% на 100 тыс. населения (2001 г.) остается ниже значений стран СНГ и в Европейском регионе ВОЗ в целом (табл. 1, 2).

Армения входит в группу стран Европейского региона, лидирующих по показателю смертности от диабета. Этот показатель вырос в Армении за период 1981–2001 гг. почти в 5 раз с 8,9 на 100 тыс. населения (1981 г.) до 42,4 (2001 г.). В то же время регистрируемая заболеваемость и распространенность диабета находятся на сравнительно низком уровне. Это противоречие может отражать как ошибки в кодировании основной причины смерти, так и действительно высокий уровень смертности больных диабетом.

В 1991 г. стационарную помощь населению Армении оказывали в 183 стационарах, а к 2001 г. число их снизилось до 142. Высококвалифицированная помощь оказывается Республиканским госпиталем и специализированными институтами в Ереване. Кроме того, в столице имеются специализированные стационары, оказывающие педиатрическую и акушерскую помощь. Обеспеченность койками в Армении, как и в большинстве других стран СНГ, в 90-х годах существенно снизилась (с 853 – 1991 г. на 100 тыс. до 425 в 2001 г.). Этот показатель в республике ниже, чем в среднем для СНГ и близок к среднему значению для стран ЕС. В то же время занятость койки снизилась с 60% (1991 г.) до 30% (2001 г.). Это объясняется снижением доступности и из-за высокой стоимости лечения в стационарах.



Уровень госпитализации населения существенно снизился с 17 на 100 чел. населения в середине 80-х годов до 4,9 в 2001 г. и является одним из наиболее низких в регионе. Средняя продолжительность лечения больного в стационаре стала заметно снижаться с 17 дней (1981 г.) и составляла в 2001 г. 11,7 дня, что ниже среднего уровня для стран СНГ, и близко к среднему для Европейского региона ВОЗ – 11,5 (2001 г.) (табл. 3).

Осуществление реформ

Процесс реформирования здравоохранения в Республике протекал с большими трудностями в основном из-за того, что после приобретения независимости страна столкнулась с тяжелым экономическим кризисом, который не позволял использовать систематический подход к проведению необходимых преобразований в этой отрасли.

Поэтому первый закон по реформированию здравоохранения был принят и стал внедряться только в середине 1994 г. Этот закон был нацелен на медицинское образование, и в 1995 г. были приняты правительственные решения о лицензировании врачей и больниц и о национальном плане действий по сестринскому делу. Министерство здравоохранения также скорректировало механизмы оплаты больниц, введя формулу оплаты за случай лечения, которая отражала среднюю продолжительность госпитализации и стоимость каждой категории медицинской услуги.

Были узаконены личные платежи пациентов за все медицинские услуги, за исключением пациентов, относящихся к ряду защищенных категорий, хотя даже эта группа пациентов должна платить за отдельные медицинские услуги. В начале 1998 г. по решению Кабинета все государственные медицинские предприятия были реорганизованы в акционерные компании государственной формы собственности. Была внедрена оплата труда врачей на основе объема осуществляемой ими работы, а фиксированные гарантированные зарплаты были полностью отменены. В Республике приватизированы практически все аптеки и значительная доля стоматологических учреждений и имеются планы дальнейшей приватизации учреждений здравоохранения (как первичного уровня, так и больниц).

В стране готовится излишне большое число врачей, которые к тому же неравномерно распределены как по специальностям, так и географически. Число больничных коек превышает потребности страны и не соотносится с имеющимися в стране ресурсами. Внедрение новой системы финансирования привело к драматическому уменьшению доступа населения к службам здравоохранения и снижению уверенности в способности их обеспечить базовыми медицинскими услугами уязвимых групп населения. Правительство, оплачивая услуги больниц по тарифам ниже фактической стоимости лечения социально незащищенных групп населения, заставляет платных пациентов компенсировать расходы по оказанию базовой медицинской помощи. Все лица, не относящиеся к льготной категории, должны сами оплачивать все медицинские услуги и лекарственные средства.

В то время как выбор пациентов расширяется в некоторых областях, право на доступ к любому уровню системы здравоохранения будет ограничено. До 5 марта 1996 г. пациенты могли сами обратиться за помощью вторичного уровня. Это было обычной практикой и приводило к тому, что вместо адекватной первичной медицинской помощи пациенты получали необоснованную и дорогостоящую специализированную медицинскую помощь. Согласно новым правилам, пациенты, желающие обратиться к врачу-специалисту, должны сейчас обязательно иметь направление от врача первичного уровня во всех случаях, за исключением неотложных.

Согласно новым правилам, пациенты, желающие обратиться к врачу-специалисту, должны сейчас обязательно иметь направление от врача первичного уровня во всех случаях, за исключением неотложных.

Согласно новым правилам, пациенты, желающие обратиться к врачу-специалисту, должны сейчас обязательно иметь направление от врача первичного уровня во всех случаях, за исключением неотложных.

Согласно новым правилам, пациенты, желающие обратиться к врачу-специалисту, должны сейчас обязательно иметь направление от врача первичного уровня во всех случаях, за исключением неотложных.

Структурные реформы

Министерство здравоохранения Армении отказалось от многих своих функций планирования и управления, поэтому на данном этапе рыночные механизмы определяют характер деятельности служб здравоохранения. В 1997–1998 г.г. было создано Государственное агентство здравоохра-





ния (ГАЗ), благодаря чему были разделены функции покупателей и производителей медицинских услуг. Это Агентство взяло на себя роль финансирования здравоохранения, которую раньше играло Министерство здравоохранения. С 1 января 1999 г. ГАЗ стало функционировать как единственный орган Армении, возмещающий расходы врачей и ЛПУ, связанные с оказанием гарантируемых государством базовых медицинских услуг.

ГАЗ распоряжается бюджетными ассигнованиями на медицинское обслуживание и заключает договоры с поставщиками медицинских услуг для реализации бюджетных программ.

В настоящее время идет реформирование системы ПМСП на основе внедрения института семейного врача, которое планируется завершить в 2008 году. Армения – первая страна СНГ, создавшая кафедру семейной медицины, что дало хороший потенциал для развития службы. Уже 17% населения обслуживаются недавно подготовленными семейными врачами и медсестрами. Однако правовой статус семейного врача – проблема еще не решенная. Позже планируется переход к практикам на основе добровольного прикрепления населения, вводится уникальный номер социального обеспечения.

Планируется провести слияние взрослых, детских поликлиник и женских консультаций. По нашему мнению, возможные последствия этого шага весьма неоднозначны, ибо вряд ли семейный врач может их заменить полноценно.

Реформа стационарного звена

Первый этап реформы медицинской помощи начался на основании указа Правительства в 2000 г. Основным инструментом – слияние Поликлинических учреждений разных типов и немногих больниц.

Однако пилотное слияние поликлиник с больницами остается проблемой, ибо ПМСП организационно и юридически не защищена в новой больничной сетевой организации.

Второй этап реформы начат в Ереване в 2003 – 2004 гг. На основе мастер-плана (2001г.) определена оптимальная мощность 6–8 многопрофильных

больниц вместо сегодняшних 43. В 2003 г. по Указу Правительства произведено слияние 24 больниц и 13 поликлиник в 10 сетевых учреждений. Вследствие этого возникла проблема эффективности комплекса на уровне управления. Изменился характер собственности и правовой статус больниц. Большинство государственных больниц являются теперь государственными коммерческими компаниями с ограниченной ответственностью, а также по желанию коллектива могут стать государственными некоммерческими предприятиями.

Однако механизмы общего руководства ими, учета и контроля пока весьма слабые. Поэтому Правительство приняло четкий план повышения контролируемости: разрабатываются новые правила финансового управления больниц, независимые аудиты, наблюдательные советы.

В рамках реформы начата программа приватизации. В Ереване было приватизировано несколько больниц трудовыми коллективами (нет стратегического собственника).

Процесс проводился без конкурсов и был непрозрачным (цены были очень низкими). При этом единственным для всех требованием приватизационного контракта было: оставаться учреждениями медицинского обслуживания, а стационарный сектор остался без изменений. Эти проблемы учтены Правительством, и процесс приватизации пока прекращен до завершения разработки программы приватизации и переработки правил.

Социальная помощь

Общественные службы социальной помощи в Республике чрезвычайно ограничены. Частный сектор не участвует в оказании социальных услуг. В Республике имеются одна больница для лиц с умственными и физическими недостатками и только два дома престарелых. Нет больниц длительного пребывания и отделений дневных стационаров для хронических больных. Это создает серьезные трудности для системы здравоохранения. Немногочисленные койки интенсивной терапии заняты социальными пациентами, а основная помощь пожилым и хроническим боль-



ным перекадывается на плечи семьи. Специально для оказания помощи инвалидам и ветеранам Министерство социальных дел покупает у Министерства здравоохранения 20 тыс. койко/дней. На сегодняшний день в Республике насчитывается 587 тыс. пенсионеров, включая 389 тыс. лиц старше 60 лет (15,2 % населения). Минимальная пенсия установлена в размере 2200 драм (4,4 долл. США), а средняя – 3645 драм (7,4 долл. США).

Ухудшение социального положения пенсионеров отразилось в резком подъеме инвалидизации: число инвалидов возросло с 250 (1990 г.) до 400 в 2001 г. Это связано с тем, что по новым правилам инвалиды имеют право на бесплатную стационарную помощь.

Выводы

Реформы системы здравоохранения Армении, по-видимому, не позволили достичь все цели политики в сфере здравоохранения, несмотря на ряд улучшений, достигнутых в некоторых областях. Осуществлены децентрализация и приватизация в здравоохранении. В Армении были проведены весьма ра-

дикальные реформы здравоохранения, приведшие к тому, что медицинская помощь уже не оказывается всем людям бесплатно и по их требованию.

Правительство приняло меры к тому, чтобы наиболее уязвимые группы сохранили доступ к базовому пакету медицинских услуг. Однако реальное финансирование гарантируемой государством медицинской помощи обычно ниже запланированного, в связи с чем даже пациенты, относящиеся к уязвимым группам населения, вынуждены в определенной степени оплачивать оказываемые им медицинские услуги. Включение в систему финансирования здравоохранения личных платежей пациентов, несомненно, подрывает принцип справедливости к медицинской помощи. Введение платных услуг повысило мотивацию администрации и медицинского персонала больниц в привлечении новых пациентов и к повышению качества лечения.

Реформирование здравоохранения не оказало значительного влияния на изменение медико-демографических показателей, так как в них большую роль играют социально-экономические условия жизни населения и временной фактор.



ЛИТЕРАТУРА

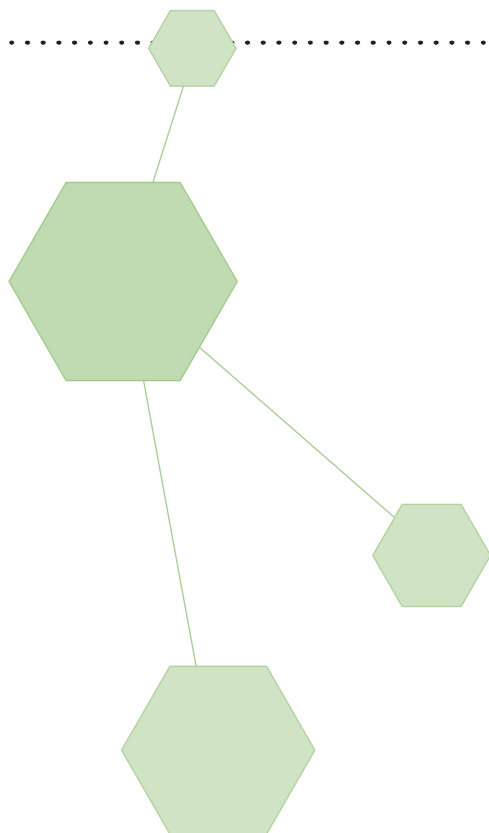
1. Герзмаева О.Х. Реформы здравоохранения в странах СНГ // Проблемы соц. гиг. 1996. – № 5. – С. 12–15.
2. Концепция внедрения медицинского страхования в Республике Армения. Министерство здравоохранения Республики Армения // Государственное агентство здоровья. – Ереван, 2000 г.
3. Концепция стратегии приватизации медицинских учреждений. – Министерство здравоохранения Республики Армения. – Ереван, 2000 г.
4. Национальный план действий по гигиене окружающей среды для Армении, Министерство здравоохранения и Министерство охраны природы Армении. – Ереван, 1999 г.
5. Салтман Р.Б., Фигейрос Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. ВОЗ. М.: 2000.
6. UNDP, 2000. Armenia: Common Country Assessment.
7. WHO Liaison Office in Armenia, 1999. Armenia, Country Health Report, August 1999.
8. WHO Regional Office for Europe, 2001. Health care systems in transition. Armenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Draft.
9. The World Health Report. 2003. Shaping the Future. WHO. 2003.



Ф.Н.КАДЫРОВ,

д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ – ТОРМОЗ РАЗВИТИЯ ДМС?



Очевидно, каждый главный врач больницы сталкивался с тем, что страховые организации выражают им свое неудовольствие по поводу случаев отказа от госпитализации пациентов, застрахованных по программам добровольного медицинского страхования (ДМС). Одновременно страховые организации выражают и недоумение: пациент, госпитализируемый по программе ДМС, выгоден для стационара, а от него часто отказываются со ссылкой то на отсутствие дежурного врача, то на отсутствие свободных мест, то по иным малоубедительным причинам. Речь обычно идет о ситуациях, когда представители страховой организации звонят в приемное отделение для согласования предстоящей госпитализации, а работники приемного отделения не выражают радости по поводу перспективы поступления пациента, застрахованного по программе ДМС. Парадокс? Отнюдь.

Действительно, с одной стороны, пациент, поступающий по договору ДМС, выгоден для медицинского учреждения. Но, с другой стороны, выгоден ли он для конкретного работника приемного отделения? Далеко не всегда. Ведь каждый дополнительный пациент – это всегда дополнительная работа для персонала, дополнительные хлопоты. А если это к тому же пациент, застрахованный по программе ДМС, – это еще и дополнительная «головная боль». Хорошо изве-

© Ф.Н.Кадыров, 2004 г.



стно, что страховые организации более строго отслеживают качество обслуживания таких пациентов, длительность ожидания в приемном отделении и т.д. Да и сами пациенты, имеющие полис ДМС, гораздо более требовательны, зная, что за их спиной стоят реальные деньги, заставляющие страховые организации быть восприимчивыми к их жалобам. А поскольку их лечение полностью оплачено, то персоналу приемного отделения не стоит рассчитывать и на «благодарность» пациентов, выражаемую в материальной или финансовой форме.

Поэтому работники приемного отделения нередко видят для себя в подобных пациентах только проблемы. Даже если они и получают какую-то дополнительную оплату за счет доходов от ДМС, то обычно она носит опосредованный характер и невелика по размеру. Все это создает классическую ситуацию «слабого звена» в цепочке получения дохода от предпринимательской деятельности. И никакие нотации и увещания администрации будут не в силах кардинально решить проблему.

Можно ли изменить отношение приемного отделения к пациентам, застрахованным по программам ДМС? Безусловно, но для этого требуется более гибкий подход, сочетающий:

- ♦ обучение персонала;
- ♦ более строгий контроль;
- ♦ меры материального стимулирования.

Покажем это на опыте ЦМСЧ-122 (Санкт-Петербург).

Изучение проблемы показало, что далеко не всегда в отказе в госпитализации есть прямая вина сотрудников приемного отделения. Иногда возникают ситуации, когда представители страховой организации и сотрудники приемного отделения просто не поняли друг друга. Например, представитель страховой организации спрашивает по телефону, есть ли в приемном отделении хирург, и слышит в ответ, что сегодня медсанчасть по хирургии не дежурит. Представитель страховой организации кладет трубку, а

на следующий день директор страховой организации предъявляет претензию руководителю медицинского учреждения по поводу того, что приемное отделение отказалось принять пациента, которому требовалось всего лишь обработать рану (ссадину). Кто виноват? Но суть проблемы не в этом, а в том, что сотрудники приемного отделения оказались не способными выявить реальную ситуацию.

Другими словами, они не умеют общаться на профессиональном уровне. А умение общаться – важнейшее требование к этой категории медицинских работников. Значит, нужно работников научить грамотно общаться.

Для решения этой проблемы психологом (Кадырова С.М.) были разработаны «Кодекс поведения сотрудника ЦМСЧ-122» и «Требования к сотрудникам отдела госпитализации, координации платных услуг ЦМСЧ-122». В первом документе были приведены общие требования к персоналу, изложены принципы общения и т.д.

Во втором документе (касающемся в первую очередь сотрудников отделений и служб, имеющих первый контакт с пациентами и работающих с коммерческими пациентами) были даны конкретные рекомендации по способам общения, разговору по телефону и т.д.

Все это напрямую касается и сотрудников приемного отделения. В дополнение к этому были организованы психологические тренинги для данной категории персонала. Вторым направлением улучшения работы приемного отделения со страховыми организациями стало усиление контроля за работой сотрудников отделения. Как наилучшим образом организовать контроль за общением со страховыми организациями? Записывать разговоры! Поэтому в приемном отделении был установлен телефонный аппарат с записью всех переговоров. Во всех конфликтных и спорных ситуациях запись разговора изымалась и прослушивалась. Это позволило более объективно оценивать поведение как персонала приемного отделения, так и представителей





страховых организаций (и они далеко не всегда безгрешны), резко уменьшив взаимные нарекания. Зная о существовании записи, сотрудники приемного отделения стали более внимательно относиться к разговору по телефону (и тут требования и рекомендации, изложенные в вышеуказанных документах, а также психологические тренинги оказались весьма кстати). Естественно, в условиях контроля резко уменьшилось и количество необоснованных отказов в госпитализации пациентов по ДМС.

Наконец, третье направление – это материальное стимулирование персонала приемного отделения, направленное на повышение заинтересованности в приеме пациентов, застрахованных по программам ДМС. В этих целях было разработано специальное Положение, которое приводится ниже. Для того, чтобы основная мысль Положения не ускользнула от внимания читателей, выделим наиболее важный пункт – *допол-*

нительная оплата «за количество госпитализированных пациентов по договорам ДМС, прямым договорам и гарантийным письмам на основании утвержденной суммы дополнительной оплаты за каждого госпитализированного». Другими словами, за каждого пациента, госпитализированного по договорам ДМС, приемному отделению выплачивалась определенная фиксированная сумма. Это обеспечивало наглядность и «прозрачность» оплаты – отделение точно знало, на какую сумму дополнительной оплаты оно могло рассчитывать. Появился прямой материальный интерес в максимальном привлечении пациентов, застрахованных по программам ДМС.

Все эти меры привели к тому, что проблема необоснованных отказов по вине приемного отделения в госпитализации пациентов, застрахованных по программам ДМС, в целом была решена, что обернулось для учреждения большим финансовым выигрышем.

Согласовано _____
Председатель профкома:
Джанибекова Н.А.

Утверждаю _____
Начальник ЦМСЧ-122:
Накатис Я.А.

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ О ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОПЛАТЕ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано на основании Приказа Минздрава Российской Федерации № 377 от 15.10.99 г. «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения», Приказа Начальника Федерального управления медико-биологических и экстремальных проблем при Министерстве здравоохранения и медицинской промышленности Российс-

кой Федерации № 27з от 23.05.97 г. «О мерах по упорядочению практики оказания платных медицинских услуг в медучреждениях Федерального управления Медбиоэкстрем» и Приказа Начальника ЦМСЧ-122 № 371 от 16.09.98 г. «О чрезвычайных мерах по стабилизации финансового положения ЦМСЧ-122».

1.2. Положение определяет порядок оплаты труда работников приемного отделения.



1.3. Положение направлено на:

- ♦ совершенствование системы оплаты труда работников путем установления взаимосвязи фонда оплаты труда подразделения с результатами его деятельности;
- ♦ усиление экономической заинтересованности работников в повышении доходов ЦМСЧ-122;
- ♦ более рациональное использование материальных и трудовых ресурсов.

2. Основная оплата труда

Тарификация сотрудников приемного отделения производится в соответствии с Приказом Минздрава РФ, № 377 от 15.10.99 г. «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения», приказами Федерального управления «Медбиоэкстрем» при Минздраве РФ и другими нормативными документами, регламентирующими оплату труда работников здравоохранения.

Работникам приемного отделения гарантируется выплата заработной платы за отработанное время, рассчитанной на основании тарификации с учетом повышений и доплат, предусмотренных действующим порядком оплаты труда работников здравоохранения (включая повышения, предусмотренные приказами Федерального управления «Медбиоэкстрем»).

3. Дополнительная оплата труда

Дополнительный фонд оплаты труда работников приемного отделения формируется следующим образом:

- ♦ за услуги приемного отделения, оказанные за наличный расчет:
 - в соответствии с нормативами и расчетными калькуляциями на платные медицинские услуги;
 - на основании расчета отчислений от платных услуг отделений стационара приемному отделению в соответствии с «Положением об оплате труда при оказании платных медицинских услуг за наличный расчет»;
- ♦ за услуги приемного отделения, оказанные за безналичный расчет, по установленно-

му нормативу – на основании специальных приказов и распоряжений – в соответствии с «Временным положением об оплате труда работников ЦМСЧ-122 при оказании платных услуг за безналичный расчет»;

- ♦ за количество госпитализированных пациентов по договорам ДМС, прямым договорам и гарантийным письмам на основании утвержденной суммы дополнительной оплаты за каждого госпитализированного.

При оплате труда за количество госпитализированных пациентов по договорам ДМС, прямым договорам и гарантийным письмам учитываются данные статистики.

В приемном отделении используется коллективная система оплаты труда, которая предусматривает формирование по нормативам от стоимости оказанных услуг общего дополнительного фонда оплаты труда и распределение его между члена коллектива.

Коллектив Центра самостоятельно распределяет фонд дополнительной оплаты труда между штатными сотрудниками в соответствии с выработанными критериями.

Размер начисленного приемному отделению фонда дополнительной оплаты труда может снижаться в следующих случаях:

- ♦ нарушение трудовой и производственной дисциплины;
- ♦ обоснованные жалобы со стороны пациентов;
- ♦ ущерба, нанесенного имуществу ЦМСЧ-122;
- ♦ упущенной выгоды ЦМСЧ-122 (бесплатное оказание услуги без разрешения начальника ЦМСЧ-122 и т.д.);
- ♦ неоплаченных счетов по вине приемного отделения (неправильное оформление документации и т.д.).

Уменьшение размера фонда оплаты труда приемного отделения производится в соответствии с приказами начальника ЦМСЧ-122 на основании служебных записок заместителей начальника медсанчасти и проведенных проверок.



И.Н.БАРАНОВ,

старший преподаватель кафедры государственного и муниципального управления факультета менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета

Т.М.СКЛЯР,

ассистент кафедры государственного и муниципального управления факультета менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета

ОЦЕНКА ПЕРСПЕКТИВ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Окончание. Начало в «МЗ», 2004 г., № 2–4

Позиция потребителей в отношении добровольного медицинского страхования

Невозможность получения качественной услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС) может быть компенсирована за счет приобретения полиса добровольного медицинского страхования (ДМС). На данный момент только небольшая часть населения респондентов (5,2%) имеет полисы ДМС, причем практически все они получили их по месту работы. Доля лиц, купивших полис непосредственно у СМО, без посредничества работодателей, составляет лишь 11,9% владельцев полиса добровольного страхования. То есть из общей выборки только 0,6% населения самостоятельно приобрели полис ДМС (8 человек из 1502 опрошенных).

В целом, по оценкам представителей страховых медицинских компаний, за последние 2–3 года наблюдается постоянное увеличение количества застрахованных в системе ДМС. Оценка изменения доли застрахованных по ДМС варьируется у экспертов от 3 до 20% в год. В ряде страховых медицинских компаний увеличение количества застрахованных по ДМС более динамично и составляет 40–50% в год.

В основном полисы ДМС имеют лица с хорошим состоянием здоровья. Результаты опроса показали, что среди граждан, имеющих полисы ДМС, доля лиц, оценивающих собственное здоровье как «ско-

рее плохое» и «очень плохое» составляет всего 9%. Среди владельцев полиса добровольного страхования доля лиц, не обращавшихся к врачам в последние 2 года, составила 20,5%. Кроме того, 23,5% респондентов обращались в медицинские учреждения только за различными справками. По нашему мнению, это связано с преобладанием в контингенте застрахованных работников, получивших полисы ДМС у работодателя.

Готовность приобрести полис ДМС в случае двукратного роста дохода достаточно высока (табл. 1). Полис приобрели бы 29% респондентов (в том числе 11% «точно») и не определились («возможно, приобрели бы») 24% опрошенных (в младшей возрастной группе – 33%). Еще 22% участников оп-

Таблица 1
Отношение населения к приобретению полиса ДМС в случае роста доходов

Варианты ответов	Доля респондентов (в %)
Точно приобрели бы	11,2
Скорее всего приобрели бы	17,9
Возможно приобрели бы, возможно нет	23,7
Скорее всего не приобрели бы	11,2
Точно не приобрели бы	14,0
Трудно сказать или отказ отвечать	22,0

© И.Н.Баранов, Т.М.Скляр, 2004 г.



роса затруднились с ответом или отказались отвечать на данный вопрос. «Однозначно не приобрели бы» и «скорее не приобрели бы» полис ДМС в сумме только 25% всех участников опроса (в пожилой группе – 38%). В старшей возрастной группе ситуация наименее благоприятна: «приобрели бы полис» около 20% и «возможно приобрели бы», еще 14%.

Таким образом, в целом более половины населения хотело бы приобрести полис ДМС. Совершенно очевидно, что перспективы развития ДМС, так же, как и развития рынка платных медицинских услуг, напрямую связаны с уровнем доходов населения.

Выбор между получением бесплатной и платной медицинской помощи

В случае болезни половина опрошенных обратилась бы за бесплатной медицинской помощью (51%) – женщины чаще, чем мужчины (56 и 42%), но почти каждый четвертый (23%) – за платной медицинской помощью в государственные учреждения. В возрастной группе 18–40 лет эти виды медицинской помощи одинаково популярны (32–37%), причем 12% представителей этой группы обратились бы в платные негосударственные учреждения. С увеличением возраста наблюдается рост предпочтений в сторону бесплатной государственной медицины. Среди пожилых людей таких 79%.

Также наблюдается явная зависимость от дохода респондента: чем выше доход, тем больше людей предпочитают платные услуги государственных и негосударственных учреждений (17 и 5% среди группы с низким доходом и 38 и 14% среди высокодоходной группы). Только 28% представителей группы лиц с высоким доходом обратились бы в случае болезни за бесплатной медицинской помощью в государственные медицинские учреждения. Среди имеющих полисы ДМС доля таких лиц еще меньше – 26%, а 41% обратились бы в те же учреждения за платной помощью.

Если бы доход респондентов увеличился в 2 раза, то ситуация кардинально изменилась бы. 38% об-

ратились бы за платной медицинской помощью в государственные учреждения (женщины чаще, чем мужчины, 43 и 29%) и только 21% – за бесплатной. Доля лиц, выбравших негосударственные учреждения, выросла бы в 2 раза (с 8 до 16%), причем особенно значительно в группе молодых людей до 30 лет (с 12 до 30%) и в группе с высоким доходом (с 14 до 27%). Для пожилой возрастной группы платные и бесплатные услуги государственных медицинских учреждений стали бы в равной мере предпочтительны (по 32%).

Выбор между приобретением полиса ДМС и прямой оплатой: позиции руководителей страховых организаций и медицинских учреждений

При существующем уровне дохода потребители явно предпочитают получать медицинские услуги путем прямой оплаты (официальной или неофициальной), а не путем приобретения полиса ДМС. Ситуация будет меняться с ростом доходов населения. При проведении глубинных интервью руководителям страховых компаний и медицинских учреждений задавался вопрос о сравнительных преимуществах прямой оплаты медицинских услуг и приобретения полиса ДМС.

В качестве недостатка работы по системе прямой оплаты респонденты называют появление проблем во взаимоотношениях с пациентами. Потребители, напрямую оплачивающие медицинские услуги, склонны выдвигать завышенные (по мнению врачей) требования к качеству обслуживания. Кроме того, дополнительное время уходит на объяснение необходимости оплаты и правил оказания платных услуг. Поэтому в случае введения системы соплатежей следует учесть фактор дополнительной нагрузки на медицинский персонал. По мнению представителей медицинских учреждений, более привлекательным для потребителей является получение услуг в рамках ДМС, чем за счет прямой оплаты. Такое положение аргументируется тем, что страховая медицинская компания выполняет функцию защиты прав застрахованных.





Оценка качества оказания медицинских услуг осуществляется страховыми компаниями на основе двух параметров – непосредственно качества медицинской помощи и качества сервиса. В настоящее время страховые медицинские компании не удовлетворены качеством оказания медицинской помощи, особенно в рамках добровольного медицинского страхования, где определяющим критерием оценки является качество сервиса. Руководители страховых компаний и медицинских учреждений считают, что положительная динамика увеличения количества застрахованных по ДМС будет наблюдаться и в ближайшие 3 года, прирост может сохраниться на достигнутом уровне – 10–20% в год. Положительная динамика развития сегмента ДМС обусловлена, по мнению респондентов, следующими факторами:

- ♦ увеличение потребности в получении медицинских услуг, что обусловлено как объективными (увели-

чение заболеваемости среди населения Санкт-Петербурга), так и субъективными факторами (стремление к получению качественной медицинской помощи);

- ♦ неудовлетворенность качеством услуг в рамках ОМС;

- ♦ недостаточное финансирование системы ОМС, приводящее к необходимости доплат, что обуславливает восприятие потребителями системы ДМС как альтернативы платным услугам, кроме того, имеющей больше преимуществ по сравнению с прямой оплатой медицинских услуг;

- ♦ высокий уровень лояльности к получению медицинской помощи в рамках ДМС. Работники, обеспеченные полисом ДМС на прежнем месте работы, стремятся приобрести его и при смене работы (как за счет работодателя, так и за счет собственных средств при отсутствии возможности быть застрахованным корпоративно).



ИНСТИТУТ МИРБИС 15 ЛЕТ В БИЗНЕС-ОБРАЗОВАНИИ

ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ВЫСШЕГО УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА

МВА СО СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ «УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМ БИЗНЕСОМ»

Особенности обучения:

- ♦ Ориентированность программы МВА «МИРБИС» на реальный медицинский бизнес.
- ♦ Сочетание теоретической подготовки и развитие практических навыков с более углубленным изучением специфики управления в медицинском бизнесе.
- ♦ Проведение практических занятий в форме тренингов, деловых и ролевых игр, анализа кейсов и ситуаций из практики слушателей, комбинирование индивидуальной и командной работы.
- ♦ Участие ведущих руководителей-практиков из наиболее успешных медицинских российских и зарубежных компаний – обмен опытом и формирование индивидуального подхода к реализации бизнес-идей.
- ♦ Программа аккредитована London Metropolitan University, U.K.

Продолжительность обучения: 2 года.

По окончании: Государственный диплом MBA, Diploma of MBA of LMU

Телефон: (095) 101-41-88

E-mail: info@mirbis.ru www.mirbis.ru



ФОРМЫ ПРИНЯТИЯ КОЛЛЕКТИВНЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ



Собрание – совместное присутствие (заседание) членов коллектива для обсуждения, решения каких-либо вопросов. Оно предполагает присутствие всех членов коллектива или всех лиц, входящих в данный контингент (например, собрание врачей, собрание медсестер и т.д.).

Конференция – собрание (заседание) представителей коллектива организации. Таким образом, в отличие от собрания, конференция предполагает присутствие не всех членов коллектива, а лишь делегированных, выбранных по определенному критерию.

Совещание – заседание приглашенных лиц, посвященное обсуждению какого-нибудь специального вопроса. Это избранный круг общения.

Планерка – короткое рабочее совещание, посвященное ходу выполнения плана, решению текущих проблем.

Рабочая группа – временный назначаемый или избираемый орган (обычно в рамках собрания или конференции либо решаемой проблемы), призванный подготовить проект решения, документов и т.д.

Комиссия – группа лиц или орган со специальными полномочиями, организуемые для коллегиального обсуждения и принятия решений по определенным проблемам. Комиссии бывают временными (например, для разбора конкретной конфликтной ситуации) или постоянно действующими (например, формулярные, клинико-экспертные комиссии и т.д.). Обязательные требования к созданию комиссии, отличающие ее от рабочей группы, заключаются в том, что она предполагает конкретный состав (по должностям или персональный) и назначается руководителем медицинского учреждения.

Совет – представительный или совещательный орган, создаваемый для коллегиального руководства в рамках предоставленных полномочий, обсуждения проблем и выработки рекомендаций. Как правило, он создается для решения «межведомственных» проблем, требующих участия различных служб. В качестве советов, создаваемых в рамках медицинского учреждения, можно привести Медицинский совет (Медсовет), Совет медицинских сестер, Экономический совет, Совет при главном враче по вопросам стратегического развития, Попечительский совет учреждения и т.д.

Комитет – коллегиальный орган, руководящий какой-нибудь работой. В управленческой структуре медицинских учреждений комитеты создаются, как правило, только в рамках деятельности общественных организаций (Профсоюзный комитет и т.п.).

Встреча (рабочая встреча) – заседание с целью знакомства (коллектива с новым руководителем и т.д.), контакта (встреча с кандидатами в депутаты и т.д.) или с представителями внешней организации для решения общих вопросов.





МОГУТ ЛИ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ОКАЗЫВАТЬСЯ В ОСНОВНОЕ РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ?

Многие учреждения сталкиваются с тем, что вышестоящие органы предъявляют требование: оказание платных услуг должно осуществляться только во внерабочее время. Возникает вопрос: насколько законным и обоснованным является данное требование?

В первую очередь отметим, что не существует какого-либо нормативного акта, запрещающего оказание платных услуг в основное рабочее время.

Что касается обоснованности этого требования, то она имеет свою логику. Если работники будут оказывать в свое основное рабочее время, наряду с бесплатной помощью, еще и платные услуги, то могут возникнуть следующие негативные моменты:

- ♦ ухудшение возможности предоставления бесплатной медицинской помощи тем гражданам, которые имеют на это право;
- ♦ двойная оплата труда работников – ситуация, когда работник будет получать оплату из двух источников: за один и тот же объем работы или за одно и то же отработанное время.

Однако возможность появления этих негативных моментов еще не свидетельствует о том, что они возникают в любой ситуации оказания платных услуг в основное рабочее время. Следовательно, проблема на самом деле заключается не в правомерности или неправомерности оказания платных услуг в основное рабочее время, а в наличии или отсутствии указанных нарушений.

Для того, чтобы избежать указанных нарушений, в идеале должны быть организованы хозрасчетные подразделения с отдельным штатом работ-

ников: выделены помещения с закрепленным оборудованием, приборами, определяющими расход электроэнергии, воды и т.д.

В этом случае работники, оказывающие бесплатную медицинскую помощь, не будут предоставлять в свое основное рабочее время платные услуги. Однако не везде это возможно (нет помещений, нет возможности дублировать оборудование, нет достаточного спроса на платные услуги и т.д.). Другой вариант, который не вызывает больших проблем, – это оказание платных услуг в определенные часы вне основного рабочего времени (например, после работы или в выходные дни).

В ряде случаев это возможно – стоматологические услуги, услуги диагностических служб и т.д. Но это удастся сделать не всегда – во многом по тем же причинам. Есть и другие причины, осложняющие оказание платных услуг во внерабочее время:

1. Одно из главных оснований для оказания платных услуг – предоставление медицинской помощи вне очереди, то есть желательно сразу по обращению. Пациентов, готовых заплатить за срочность, не отправишь на послеобеденный платный прием – им будет проще дождаться своей очереди и получить помощь бесплатно.

2. Потеря клиентов, вообще не имеющих право на бесплатную помощь, – они могут пойти в другое медицинское учреждение (в частную клинику и т.д.).

3. Оказание частично оплачиваемых пациентом услуг:

- ♦ повышенная сервисность;
- ♦ дополнительное питание;
- ♦ оказание в процессе лечения по желанию пациента ряда услуг, по которым нет прямых по-



казаний (например, выполнение, наряду с массажем спины, дополнительно оздоровительного массажа ног и т.д.).

4. Оказание услуг, требующих специальной подготовки (исследования, проводимые натошак и т.д.). Вряд ли будет разумным делать забор крови или проводить гастроэнтерологические исследования во второй половине дня, заставляя тем самым пациентов ходить голодными с самого утра. А уж об анализе утренней мочи в послеобеденное время и говорить нечего. Поэтому, хотим мы того или нет, платные услуги будут оказываться в основное рабочее время. Это понимают все – и руководители медицинских учреждений, и органы управления здравоохранением. Но зачастую медицинские учреждения делают вид, что их работники не оказывают платные услуги в свое основное рабочее время, а органы управления, что не замечают нарушений со стороны медицинских учреждений. Конечно, это не решение вопроса. Но если посмотреть на суть проблемы, то мы увидим – главное заключается не в том, чтобы платные услуги не оказывались в основное рабочее время. Дело, как мы уже отмечали, в другом:

- ♦ предоставление платных услуг не должно приводить к ухудшению возможности оказания помощи по видам, финансируемым из бюджета или средств ОМС, то есть не должны страдать те, кто имеет право на получение бесплатной медицинской помощи;

- ♦ не должно быть двойной оплаты за одну и ту же работу;

Исходя из этого, можно выделить 3 группы платных услуг, основываясь на условиях их оказания:

- ♦ платные услуги, которые должны выполняться строго во внерабочее время;

- ♦ платные услуги, которые могут оказываться в основное рабочее время, но требуют специальных мер в целях недопущения двойной оплаты или уменьшения объемов бесплатно предоставляемых услуг;

- ♦ платные услуги, которые могут оказываться работниками в свое основное рабочее время без

ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи. Рассмотрим это более подробно.

Платные услуги, которые должны выполняться во внерабочее время

Необходимость выделения платных услуг, которые должны выполняться строго во внерабочее время, объясняется тем, что их выполнение в рабочее время неизбежно привело бы к двойной оплате работников и уменьшению возможности оказания бесплатной помощи.

К платным услугам, которые должны выполняться строго во внерабочее время, могут относиться виды платных услуг, требующие длительного времени, а также те, сроки оказания которых можно запланировать заранее:

- ♦ плановые операции;
- ♦ оказание платных услуг на дому;
- ♦ платные услуги, оказываемые по предварительной записи по телефону;
- ♦ работа врача по другой специальности (невропатолога – мануальным терапевтом или иглорефлексотерапевтом и т.д.).

Платные услуги, которые могут оказываться в основное рабочее время, но требуют специальных мер в целях недопущения двойной оплаты или уменьшения объемов бесплатно предоставляемых услуг

В ряде случаев платные услуги могут оказываться в основное рабочее время, но требуют специальных мер в целях недопущения двойной оплаты или уменьшения объемов бесплатно предоставляемых услуг. Укажем некоторые из таких мер.

Например, можно установить следующий порядок:

- ♦ продлевать время основной работы на время, затраченное на оказание платных услуг. Так, исходя из фактических или нормативных затрат времени на платный прием и количества платных пациентов, можно удлинять время работы специалиста. Например, при наличии четырех платных приемов, норматив затрат времени на каждый из





которых равен 15 минутам, время работы врача удлинится на 1 час;

- ♦ требовать выполнения планового объема бесплатных приемов;
- ♦ требовать приема всех лиц, получивших в регистратуре талоны (номерки);
- ♦ уменьшать оплату по основной должности при невыполнении плана приема бесплатных пациентов (если принятая система оплаты труда позволяет это);
- ♦ производить оплату работнику за оказание платных услуг лишь сверх объемов плановой бесплатной помощи. Например, если план составляет 20 пациентов в день, а принято 23 (из них 18 бесплатных и 5 платных), то оплату производить только за 3 платных пациентов (два платных приема зачтены в счет выполнения плана).

Возможны и другие аналогичные меры, направленные на предотвращение нарушений.

Платные услуги, которые могут оказываться в свое основное рабочее время без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи

Речь идет о платных услугах, которые могут оказываться работниками в свое основное рабочее время без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи. В том случае, если условия работы позволяют за счет интенсификации труда совмещать оказание платных и бесплатных услуг, можно официально разрешить оказывать платные услуги в рабочее время. Речь в первую очередь идет о следующих ситуациях:

- ♦ когда условия труда позволяют без ущерба для основной работы оказывать платные услуги.

Например, постовая медсестра, кроме 20 или 30 коек, может дополнительно обслуживать 2–3 больных, находящихся в платных палатах (палатах повышенной комфортности или сервисности). Ведь мы же платим им за расширение зон обслуживания, увеличение объема работ, когда они вместо одного поста обслуживают 1,5 или 2 поста, и особых проблем не возникает;

- ♦ когда финансируемые за счет бюджета или ОМС работы должны быть выполнены в любом случае, и время — не главный критерий.

Например, речь может идти о лабораторных исследованиях. При условии выполнения всех исследований для пациентов, обратившихся за бесплатной медицинской помощью, нет смысла запрещать лаборантам, врачам-лаборантам и др. выполнять в свое основное рабочее время платные услуги.

Наоборот, за счет увеличения загрузки оборудования эффективность деятельности лабораторной службы в целом только возрастет.

Другой пример: врач-диетолог, диетсестра, повара обязаны обеспечить трехразовое питание, но, кроме этого, могут в свое рабочее время или за счет его увеличения организовать приготовление дополнительных блюд по заказам пациентов, делать выпечку для продажи и т.д.;

- ♦ когда объем работы по должностям жестко не регламентирован и зависит от количества пациентов, вызовов и т.д., но должен быть выполнен полностью. Возможность оказания платных услуг в рабочее время в данном случае определяется наличием периодов ожидания — времени, когда из-за отсутствия пациентов объема работы нет. Так, медрегистратор, медсестра кабинета доврачебного осмотра и т.д. в периоды ожиданий могут заниматься выдачей платных справок, оказанием других видов платных услуг (измерение давления, взвешивание и т.д.).

В заключение отметим следующее: само по себе оказание платных услуг в основное рабочее время нельзя рассматривать в качестве негативного момента. Ведь речь идет о том, что пациенту оказана медицинская помощь, и, с чисто гуманистической точки зрения, платный пациент, ничуть не менее значимый пациент, чем тот, кто имеет право на бесплатную медицинскую помощь.

Важно лишь, чтобы оказание платных услуг в любых ситуациях не сопровождалось финансовыми нарушениями и ухудшением возможности реализации гражданами прав на бесплатную медицинскую помощь.

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**

ЗАО "МЕДИ Экспо"

Совместно с

Российской академией медицинских наук, Национальным научно-практическим обществом скорой медицинской помощи

Официальная поддержка:

Торгово-промышленная палата России

Профессиональная поддержка:

Департамента здравоохранения Правительства Москвы, Министерства здравоохранения Московской области

При содействии

Центра международной торговли

5-й ежегодный Всероссийский научный форум СКОРАЯ ПОМОЩЬ 2004

**МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА**

Скорая помощь

2004

Время проведения:

21.09 - 24.09 2004 года

Место проведения:

г. Москва,

Центр международной торговли,
Краснопресненская наб., 12**МЕДИ Экспо**
МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

Радиология

2004**18 - 21
МАЯ****ЦЕНТР
МЕЖДУНАРОДНОЙ
ТОРГОВЛИ****Российский научный форум**

РАДИОЛОГИЯ 2004

**5-я МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА****МЕДИ Экспо**
МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

т: (095) 938 2917, -9211

E-mail: expo@mediexpo.ru h<http://www.mediexpo.ru>



То приходится сталкиваться с фразой «цены на медицинские услуги», то с фразой «тарифы на медицинские услуги».

А как правильно? Вообще, чем тарифы отличаются от цены?

Слово «тарифы» происходит от французского «tarif», имеющего в свою очередь арабские корни.

Термин «тариф» имеет несколько смысловых значений. Одно из определений тарифа – это «цена услуги», в отличие от собственно «цены», которая связывается обычно с товаром. Второе смысловое значение тарифов – это устанавливаемая государством система плат и сборов. Третье определение тарифов – это система ставок, по которым взимается плата за услуги.

Тарифы устанавливаются на транспортные перевозки, услуги связи, электрическую и тепловую энергию и т.д. В экономической практике тарифы, в отличие от других видов цен, регулируются и пересматриваются при участии стороны, представляющей интересы государства. В системе обязательного медицинского страхования применительно к медицинским услугам используется термин «тарифы», поскольку он соответствует всем приведенным определениям. Тарифы на медицинские и иные услуги в системе обязательного медицинского страхования представляют отдельную группу ценовых показателей. Обычно тарифы в системе ОМС рассматривают как денежные суммы, определяющие уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинского учреждения по выполнению территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Имеется и другое, близкое по значению определение тарифов: тарифы на медицинские услуги в системе ОМС – это денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских учреждений по выполнению территориальной программы ОМС на согласованную единицу объема деятельности, предназначенные для расчетов между медицинскими учреждениями и страховыми медицинскими организациями. Что же касается термина «цена», то по сложившейся практике он используется применительно к платным медицинским услугам, оказываемым населению, или по договорам с предприятиями и организациями.



Должна ли доля заработной платы, выплачиваемая работникам при оказании платных услуг, соответствовать доле заработной платы, заложенной в калькуляцию конкретной услуги?

Нет, такого требования не существует. Дело в том, что калькуляция – это документ, служащий в первую очередь целям ценообразования. Безусловно, калькуляция может быть основой формирования системы оплаты труда при оказании платных услуг. Но это не является обязательным требованием.

Оплата труда при оказании платных услуг устанавливается в соответствии с внутриучрежденческими документами, разработанными в соответствии с Трудовым кодексом РФ. В Положении о порядке оплаты труда, принятом в учреждении (или другом аналогичном документе), определяется порядок оплаты труда работников, оказывающих платные услуги. Учреждение вправе принять порядок, при котором формируется общий фонд оплаты труда (по учреждению в целом или по подразделениям) за счет средств, полученных от оказания платных услуг. В этом случае размер оплаты труда для отдельных работников (с учетом конкретных условий) может существенно отличаться от того уровня, что



заложен в калькуляцию услуги. При этом какие-то работники будут получать в качестве оплаты труда больше той доли, которая заложена в калькуляции, а другие – меньше. Принимать подобные решения – право медицинского учреждения. Нельзя забывать и того, что зачастую физически невозможно организовать оплату труда каждого конкретного работника в соответствии с долей заработной платы, заложенной в калькуляцию услуги. В первую очередь это касается оказания подразделениями различных видов услуг. Поэтому, например, в лаборатории, где могут оказываться сотни различных видов платных услуг, не только нецелесообразно, но и зачастую невозможно учитывать заработную плату, получаемую конкретным работником от каждого отдельного вида услуг. Наконец, если даже взять за основу оплаты труда калькуляцию, то доля средств, реально направляемых на оплату труда, может быть существенно выше, чем это предусмотрено в калькуляции. Источником дополнительных средств на оплату труда может служить либо экономия на постоянных расходах, либо прибыль. Экономия на постоянных расходах, достигаемая за счет роста объемов оказанных услуг, вполне может быть направлена на дополнительную оплату труда. Прибыль же содержит в том числе и часть средств на оплату труда (фонд материального поощрения, формируемый за счет прибыли).



Как быть в такой ситуации, когда в процессе оказания платных медицинских услуг выяснилась необходимость дополнительных затрат, не предусмотренных договором (дополнительные исследования, процедуры и т.д.)? Кто должен возмещать эти затраты? Как правильно устанавливать цены в подобных случаях?

Действительно, особенностью медицинской помощи является трудная предсказуемость определения всего объема работ, необходимого для обследования или лечения пациента, что может существенно сказаться на стоимости оказываемых услуг. Выход из этой ситуации подсказывают ст.709 Гражданского кодекса РФ и ст.33 Закона «О защите прав потребителей». В соответствии с этими статьями цена (смета) услуги может быть твердой или приблизительной. Исполнитель (медицинское учреждение) не вправе требовать оплаты выполнения работы и дополнительных расходов, не включенных в твердую цену, если пациент не дал согласия на выполнение такой работы или не поручил ее выполнение. Приблизительная же цена (смета) может быть изменена. Однако если возникла необходимость превысить приблизительную цену (смету), медицинское учреждение обязано немедленно предупредить об этом пациента. В этом случае пациент вправе отказаться от исполнения договора, возместив учреждению расходы на уже выполненную работу. Если же пациент не был предупрежден о превышении приблизительной цены (сметы), учреждение обязано оказать всю услугу в пределах первоначальной цены.

Поэтому в договоре можно использовать, например, такую формулировку: «Цена услуги при отсутствии необходимости выполнения других работ, не предусмотренных в договоре, устанавливается на уровне _____ рублей и является приблизительной. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия пациента, с оплатой по утвержденному прейскуранту».



Врачам приказано улыбаться

Если речь заходит о реанимационном отделении, то обычно представляется стандартная картина: пациенты, лежащие без движения, гнетущая тишина (если, конечно, не слышны стоны), напряженность, ощущаемая во всем. Под стать всему этому и медицинский персонал: молчаливый и сосредоточенный. Казалось бы, все логично – ситуации в реанимации не шуточные. Однако это не везде так.

В Финляндии, например, картина совершенно другая. Персоналу реанимационных отделений просто вменяется в обязанность быть улыбчивыми,

веселыми и разговорчивыми. И это несмотря на тяжесть пациентов. Чем объясняется этот парадокс? Психологи установили, что серьезное выражение лиц медицинских работников воспринимается пациентами как показатель тяжести их состояния: раз уж сами врачи так озабочены состоянием здоровья пациентов, значит их дела плачевны. Приветливость же и общительность персонала позволяют не только отвлечь пациентов от лишних тревог, но и дать общий позитивный настрой. А насколько это важно для выздоровления, объяснять никому не нужно.

Дублеры бывают не только у космонавтов

Любой руководитель структурного подразделения (заведующий, старшая медсестра и т.д.) сталкивался с ситуацией, когда в коллективе имеется неформальный лидер, претендующий на руководство. Далеко не всегда имеет смысл бороться с такими работниками, пресекая их попытки показать свои лидерские возможности.

Сотрудников, обладающих лидерскими качествами и способных работать в позитивном русле, но неудовлетворенных своей ролью в коллективе (недостатком власти и т.д.), можно успешно использовать в интересах коллектива в целом. В этой ситуации целесообразно придать такому сотруднику определенный статус (делегировать ряд полномочий), который позволил бы ему выполнять часть функций руководителя в обычной ситуации и замещать должность руководителя во время его отсутствия. К сожалению, штатные нормативы и номенклатура специальностей обычно не предус-

матривают введение подобных должностей. Однако можно ввести должность помощника или заместителя заведующего (старшей медсестры и т.д.) на общественных началах и возложить эту функцию на неформального лидера из числа сотрудников отделения. Так, например, во 2 городской больнице Санкт-Петербурга имеется подобный опыт: медсестра, замещающая старшую сестру, постоянно носит бейдж с обозначением «и.о. старшей медсестры». В этой больнице статус подобных сотрудников определяется как «дублер старшей медсестры». Дублер берет на себя функции старшей медсестры не только при ее отсутствии на работе (отпуск, больничный лист, учеба и т.д.), но и на период ее временного отсутствия (ушла в аптеку и т.д.). Поэтому отделение никогда не остается «обезглавленным»: и медсестры с санитарками, и пациенты знают, к кому обратиться в случае необходимости.

Врачи диктуют...

Не смолкают жалобы врачей на перегруженность бумажной работой. Им просто некогда по настоящему работать с пациентами из-за необходимости ведения все возрастающего

объема документации. Да еще зачастую в условиях неполной укомплектованности штатов. А как обстоят дела в других странах, считающихся благополучными? И снова обратимся к опыту Финляндии, несмотря на высокую оплату труда медицинс-

© С.М.Кадырова, 2004 г.



кого персонала, как и мы, испытывает нехватку врачей некоторых специальностей. В связи с этим государственная политика направлена на то, чтобы повысить производительность труда врачей, максимально освободив их от функций, не связанных с непосредственной работой с пациентами.

Для этого все больше врачебных функций возлагается на медсестер и вспомогательный персонал. В частности, врачи не пишут истории болезни. О, какую зависть это может вызвать у наших врачей, захлебывающихся в потоке бумаг! А как же все-таки обстоит дело с документацией? Врач просто надиктовывает информацию на диктофон, а секретари

расшифровывают диктофонные записи и заносят необходимую информацию в историю болезни. Врачу остается только расписаться.

Возможно ли такое у нас? Расчеты показывают, что при нынешней стоимости диктофонной техники и у нас это бы быстро окупилось. Но нужно суметь организовать процесс так, чтобы не было сбоев, потери информации. Здесь важна не только техника, но и ответственность работников. Решаемая ли эта задача? Врачи кардиологического отделения городской больницы № 28 Санкт-Петербурга показали, что подобная система прекрасно может действовать и у нас. Может стоит попробовать?

**СКОРАЯ
ПОМОЩЬ**
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
5-я МЕЖДУНАРОДНАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ-ВЫСТАВКА

ХИРУРГИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ВСЕРОССИЙСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ-ВЫСТАВКА

ФАРМАЦИЯ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ
ВСЕРОССИЙСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ-ВЫСТАВКА

Самая свежая информация на сайте

www.primexpo.ru/emergency

Организатор:
ООО "РОСЭКСПОТУР"
Тел.: +7 (812) 380 60 06/00
E-mail: med@primexpo.ru

1-3 июня 2004
РОССИЯ, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ,
ЛЕНЭКСПО, ГАВАНЬ



Информационная поддержка:

ФАРМАЦИОННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

Медгитех

МЗ

Мобиле

МЕДИЦИНСКАЯ
КАРТОТЕКА

Менеджер



ОБЗОР ДИССЕРТАЦИОННЫХ РАБОТ

ГЕРАСИМОВА Ирина Анатольевна

Статистический анализ тарифной политики в медицинском страховании

Реферат: Разработана комплексная методика расчета стоимости медицинского обслуживания, позволяющая (на основе статистического анализа исходной информации) систематизировать знания о стоимости медицинского обслуживания населения, построить функцию распределения стоимости медицинского обслуживания в конкретных сегментах рынка, создать имитационную модель стоимости медицинского обслуживания застрахованного с учетом возможных уровней инфляции и заболеваемости; рассчитать нетто-тарифы в медицинском страховании.

Ключевые слова: СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ, МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Страниц: 171

Иллюстраций: 13

Таблиц: 13

Ссылок: 141

Ученая степень: Кандидат экономических наук

Шифр специальности: 08.00.12

Шифр совета: K212.151.02

Дата защиты: 2002.04.11

Ф.И.О. научного руководителя: Корнилов И.А., д.э.н., 08.00.12

Место защиты: Московский государственный университет экономики, статистики и информатики

Официальный оппонент: Лукашин Ю.П., д.э.н., 08.00.12, Тультаев А.К., к.э.н., 08.00.12

Телефон соискателя: 200-37-03

Наименование организации соискателя: Московская акционерная страховая компания ЗАО «МАКС-М»

Адрес организации соискателя: 103031, г.Москва, Нижний Кисельный пер., д. 5/23

БАКЛАЕВ Александр Вадимович

Влияние индивидуально-типологических особенностей анестезиологов-реаниматологов на уровень их профессиональной успешности (системный анализ)

Реферат: Обследованы 87 практических врачей с учетом особенностей их профессиональной деятельности. Исследована зависимость успешности профессиональной деятельности анестезиологов-реаниматологов от индивидуально-типологических особенностей. Проведен системный профессиографический анализ деятельности анестезиологов-

реаниматологов. Впервые разработана, апробирована и внедрена автоматизированная экспертная система прогноза профессиональной успешности, отбора и мониторинга психофизиологического состояния медицинского персонала служб анестезиологии и реаниматологии.

Ключевые слова: АНЕСТЕЗИОЛОГИ-РЕАНИМАТОРЫ, ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ УСПЕШНОСТЬ

Страниц: 205

Иллюстраций: 26

Таблиц: 26

Ссылок: 286

Ученая степень: Кандидат медицинских наук



Шифр специальности: 14.00.37

Шифр совета: Д208.040.11

Дата защиты: 2002.04.22

Ф.И.О. научного руководителя: Бунатян В.Н., д.м.н., проф., 14.00.37, Смирнов И.В., д.м.н., проф., 14.00.16

Наименование организации соискателя: Российский университет дружбы народов

Аббревиатура организации соискателя: РУДН

Адрес организации соискателя: 117198, г.Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

МУЗАЛЕВСКИЙ Владимир Михайлович

Научное обоснование оптимизации организационно-экономических механизмов развития негосударственной медицинской помощи в регионе

Реферат: На модели определенного региона описана система оказания медицинской помощи в рамках негосударственного сектора здравоохранения, представлены важнейшие параметры его развития. Построен социологический портрет руководителя, оценены аспекты кадровой и рекламной политики негосударственной медицинской организации. Осуществлен анализ условий формирования спроса населения на медицинские услуги, построен социологический портрет пациента негосударственного медучреждения. Обоснованы пути оптимизации организационно-экономических механизмов развития негосударственного здравоохранения. Результаты исследования внедрены в работу ООО «ФАНГ», ООО «Дом здоровья», ООО «Медицинский информационный аналитический центр»

Ключевые слова: НЕГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ

Страниц: 162

Иллюстраций: 6

Таблиц: 34

Ссылок: 298

Ученая степень: Кандидат медицинских наук

Шифр специальности: 14.00.33

Дата защиты: 2002.06.27

Ф.И.О. научного руководителя: Захаров И.А. д.м.н. 14.00.33

Место защиты: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия»

Официальный оппонент: Поляков И.В., д.м.н., 14.00.33, Микиртичан Г.Л., д.м.н., 14.00.33

Телефон соискателя: 27-93-00

Наименование организации соискателя:

ООО «ФАНГ»

Адрес организации соискателя: 410040, г.Саратов, Вишневый пр., д. 19

ПЫШКИН Андрей Вячеславович

Моделирование и алгоритмизация управления социально-психологическим взаимодействием субъектов медицинской деятельности (по данным лицензирования и аккредитации)

Реферат: Разработаны модели и алгоритмы процессов диагностики социально-психологических

взаимодействий субъектов медицинской деятельности при лицензировании и аккредитации, отличающиеся возможностью их использования при анализе удовлетворенности потребителей качеством медицинской помощи для последующего принятия целенаправленных управленческих решений в целях повышения качества медицинской помощи на уровне ЛПУ и региональной системы управления здравоохранением. Разработана тех-





нология диагностики социально-психологических составляющих медицинской деятельности, позволяющая психологу (психотерапевту), имеющему элементарные знания в области компьютерной обработки информации, в минимальные сроки, в том числе на выезде, осуществлять автоматизированную обработку и анализ данных.

Ключевые слова: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ, ПАЦИЕНТЫ, ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ, АККРЕДИТАЦИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, Страниц: 247

Иллюстраций: 57

Таблиц: 42

Ссылок: 143

Ученая степень: Кандидат медицинских наук

Шифр специальности: 05.13.01

Дата защиты: 2002.06.21

Ф.И.О. научного руководителя: Меремьянин Л.В., к.м.н., 05.13.01

Место защиты: Воронежский государственный технический университет

Официальный оппонент: Назаренко Е.А., д.м.н., 05.13.01, Шестаков С.В. к.м.н., 14.00.18

Телефон соискателя: 72-73-75

Факс организации соискателя: орг.соиск: 727375

Наименование организации соискателя: МОУ Воронежский экономико-правовой институт

Аббревиатура организации соискателя: МОУ «ВЭПИ»

Адрес организации соискателя: 394036, г.Воронеж, ул. Кольцовская, д. 23/1

ИОРДАНЯН Альберт Вардович

Стимулирующие системы оплаты труда работников здравоохранения

Реферат: Разработана дифференцированная система оплаты труда работников здравоохранения, отражающая изменившиеся принципы формирования фонда оплаты труда в условиях ОМС.

Научно обосновано продвижение экономических реформ в здравоохранении: внедрение экономических методов управления, рациональное использование ресурсов, создание конкурентной среды между медицинскими работниками, внедрение материальной заинтересованности в улучшении качества и увеличении количества медицинских услуг.

Предложенная система оплаты труда рекомендована для внедрения в подведомственные ЛПУ, оценена как приоритетная при выборе дифференцированной системы оплаты труда и применяется в городских поликлиниках Москвы.

Ключевые слова: ОПЛАТА ТРУДА, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Страниц: 147

Иллюстраций: 3

Таблиц: 23

Ссылок: 161

Приложений: 7

Ученая степень: Кандидат медицинских наук

Шифр специальности: 14.00.33

Дата защиты: 2001.12.25

Ф.И.О. научного руководителя: Кучеренко В.З., д.м.н., 14.00.33

Место защиты: Московская медицинская академия

Вышестоящая организация: Минздрав

Представлен к защите: 61

Официальный оппонент: Полунина Н.В., д.м.н., 14.00.33, Линденбрaten А.Л., д.м.н., 14.00.33

Телефон соискателя: 921-15-28

Наименование организации соискателя: Городская поликлиника № 13

Адрес организации соискателя: 103031, г.Москва, ул. Неглинная, д.14


www.SuperJob.ru

ТРЕБУЕТСЯ ВРАЧ

ВРАЧ ПРЕДПРИЯТИЯ

Город: Москва

Стартовый оклад: от 500 USD

Место работы: В офисе

Тип работы: Полная занятость

График работы: Полный рабочий день

Условия работы: Врач предприятия в крупный российский холдинг

Должностные обязанности: Организация медицинского обслуживания сотрудников предприятий; соблюдение санитарно-гигиенических требований; организация и проведение противоэпидемических мероприятий на предприятиях

Возраст: от 25 до 50

Семейное положение: Не имеет значения

Пол: Мужской

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Образование с квалификацией «Врач» по специальности «Лечебное дело»; наличие сертификата врача-специалиста (терапевт, хирург, врач общей практики). Общий врачебный стаж – от двух лет; английский, немецкий (технический). ПК – пользователь

Контактная информация

Название организации: Крупный российский холдинг

Контактное лицо: Менеджер по подбору персонала

Факс: (095) 795-34-21

ВРАЧ-НЕВРОПАТОЛОГ, ВЕРТОБРОНЕВРОЛОГ

Город: Москва

Стартовый оклад: от 430 USD

Компенсационный пакет: Полное пенсионное, медицинское и социальное страхование

Место работы: В офисе

Тип работы: Полная занятость

График работы: Полный рабочий день

Условия работы: Испытательный срок – 1 месяц, 6 дней в неделю

Должностные обязанности: Прием амбулаторно-поликлинический

Возраст: от 30 до 45

Семейное положение: Не имеет значения

Пол: Не имеет значения

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Ординатура, опыт работы, наличие сертификата, специализации

Контактная информация

Название организации: Медикосанитарная часть 53 ОАО МШЗ

Месторасположение: м. Дубровка, Пролетарская, Автозаводская, Волгоградский проспект

Описание деятельности: Оказание медицинских услуг по госзаказу по программе обязательного медицинского страхования

Контактное лицо: Илларионова Татьяна Юрьевна

Телефон: (095) 2743554

Факс: (095) 2743755





ВРАЧ-НЕВРОЛОГ

Город: Москва

Стартовый оклад: от 350 USD

Компенсационный пакет: Медицинское обслуживание

Место работы: В офисе

Тип работы: Полная занятость

График работы: Полный рабочий день

Условия работы: Работа посменно

Должностные обязанности: Возможна работа в дневном стационаре, возможно совмещение по рефлексотерапии и функциональной диагностике

Возраст: от 30 до 55

Семейное положение: Состоит в браке

Пол: Не имеет значения

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Наличие сертификата врача-невролога, опыт поликлинической работы

Контактная информация

Название организации: Городская поликлиника № 212 Управления здравоохранения ЗАО г. Москвы

Месторасположение: Солнцево

Описание деятельности: Оказание многопрофильной амбулаторной лечебно-профилактической помощи населению.

Контактное лицо: Каминский Григорий Дмитриевич

Телефон: (095) 934-23-22, 934-23-55

Факс: (095) 934-23-11

ВРАЧ СТОМАТОЛОГ-ТЕРАПЕВТ

Город: Москва

(Рассматриваются резюме соискателей, проживающих в других городах и готовых переехать)

Стартовый оклад: По договоренности

Компенсационный пакет: Специалистам, переезжающим из других городов, готовы оказать содействие с организацией проживания

Место работы: В офисе

Условия работы: В сеть элитных стоматологических клиник Московской области «Клиника Доктора Лемберга» в связи с расширением деятельности приглашаются врачи-стоматологи для работы в городах Раменское, Бронницы, Воскресенск. Режим работы может быть оговорен на собеседовании, возможна частичная занятость. Хороший коллектив, прекрасные условия работы!

Расположение клиник:

- ♦ г. Раменское – ул. Михалевича, д. 31 (в здании ГАТП, ГАИ) – рядом с центром города;
- ♦ г. Бронницы – центр города, в здании Ювелирного завода;
- ♦ г. Воскресенск – центр города, в здании гостиницы «Воскресенск».

Должностные обязанности:

- ♦ Выполнение всего комплекса работ по консультированию, диагностике и лечению пациентов.

- ♦ Прием и ведение пациентов: взрослых и детей.

Возраст: от 22 до 40

Семейное положение: Не имеет значения

Пол: Не имеет значения

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Опыт работы – желателен. Коммуникабельность, доброжелательность к клиентам, интеллигентность, пунктуальность.

Если Вас заинтересовала данная вакансия и Вы соответствуете перечисленным требованиям, пожалуйста, звоните по телефону: (244) 1-14-44 или присылайте резюме по факсу: (244) 1-18-18 с 9.00 до 21.00, без выходных.

Контактная информация

Название организации: «Клиника Доктора Лемберга»

Месторасположение: Московская область, города: Раменское, Бронницы, Воскресенск

Описание деятельности: Сеть стоматологических клиник «Клиника Доктора Лемберга», работающих в городах: Раменское, Бронницы, Воскресенск.

Контактное лицо: Сорокин Александр Викторович

Телефон: (244) 1-14-44

Факс: (244) 1-18-18



СПЕЦИАЛИСТ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Город: Санкт-Петербург

Стартовый оклад: от 300 USD

Компенсационный пакет: После испытательного срока – страховка ДМС

Место работы: В офисе

Тип работы: Полная занятость

График работы: Полный рабочий день

Условия работы: Дирекция ДМС ищет помощника директору по ДМС в связи с расширением бизнеса. Объем собранной страховой премии за 2003 год вырос в два с лишним раза. Испытательный срок в компании – три месяца.

Рабочий день: с 9-30 до 18-30.

Должностные обязанности: Подготовка коммерческих предложений, ведение переговоров с клиентами компании, помощь страховым агентам, участие в разработке новых продуктов по ДМС.

Возраст: от 25 до 50

Семейное положение: Не имеет значения

Пол: Не имеет значения

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Опыт работы в страховании не менее 2 лет. Опыт личных продаж и сопровождения клиентов по ДМС. Опытный пользователь ПК. Коммуникабельность, умение работать в команде.

Контактная информация

Название организации: Страховая группа

«АСК-Петербург – АСК-Мед»

Месторасположение: метро «Электросила», пр. Ю.Гагарина, д. 1

Описание деятельности: Группа страховых компаний. 27 видов страхования. Работает с конца 1990 года.

Web-сайт: www.ask-petersburg.com

Контактное лицо: Долинина Татьяна Константиновна

Телефон: (812) 387-88-20

Факс: (812) 388-26-27

ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ – РЕАНИМАЦИИ

Город: Санкт-Петербург

Стартовый оклад: от 300 USD

Компенсационный пакет: Отпуск – 49 календарных дней.

Возможны доплаты за оказание платных услуг пациентам.

Место работы: В офисе

Тип работы: Полная занятость

График работы: Полный рабочий день

Условия работы: СПб ГУЗ «Родильный дом № 15» требуется высококвалифицированный анестезиолог-реаниматолог на должность заведующего отделением анестезиологии – реанимации.

Должностные обязанности:

- ♦ руководство отделением родильного дома;
- ♦ выполнение функций врача анестезиолога-реаниматолога на полставки.

Возраст: от 35 до 50

Семейное положение: Не имеет значения

Пол: Не имеет значения

Образование: Высшее

Требования к кандидату: Необходим опыт работы в родовспоможении. Стаж по специальности – не менее 10 лет, высшая квалификационная категория, владение методами эпидуральной и спинальной анестезии.

Просьба присылать резюме по факсу: (812) 555-58-95

Контактная информация

Название организации: Родильный дом № 15

Месторасположение: г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 12

Описание деятельности: Государственное учреждение здравоохранения «Родильный дом №15»

Контактное лицо: Нефедов Николай Владимирович

Телефон: (812) 555-59-00

Факс: (812) 555-58-95



МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА «Медицина: диагностика, профилактика, лечение, здоровье нации – 2004»

Дата проведения: с 02/06/2004 по 05/06/2004

Город: Москва

Место проведения: Москва, ВВЦ, павильон №69

Организаторы: РОСТЕСТ-Москва Госстандарта России, Московский научно-исследовательский инсти-

тут эпидемиологии и микробиологии имени Г.Н.Габричевского, ООО Русская выставочная компания «ЭкспоДизайн»

E-mail: info@infosite.ru

Телефон: (812) 428-71-00

ВЫСТАВКА «ТЕХНОЛОГИИ И ПРОДУКТЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ - 2004»

Время проведения: с 02/06/2004 по 05/06/2004

Место проведения: г. Москва, проспект Мира, СВК ВВЦ, павильон №69

Специализация: Здоровье и красота

Основные разделы выставки:

- ♦ функциональные пищевые ингредиенты и продукты (технологии получения и применения);
- ♦ технологии продуктов лечебно-профилактического назначения;
- ♦ технологии продуктов детского питания.

В рамках выставки состоится Международная научно-практическая конференция «ТЕХНОЛОГИИ И ПРОДУКТЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ (функциональные и лечебно-профилактические пищевые продукты, продукты детского питания)»

В программе конференции:

- ♦ развитие концепции государственной политики в области здорового питания населения России;
- ♦ состояние рынка функциональных и других продуктов здорового питания в России и за рубежом;

♦ технологические основы получения различных групп функциональных продуктов: продукты из зерна, хлебобулочные и кондитерские, масло-жировые, молочные и мясные продукты;

♦ экономические аспекты производства продуктов здорового питания;

♦ современное аппаратное оформление технологий и упаковка функциональных и других продуктов здорового питания;

♦ качество и безопасность функциональных и других продуктов здорового питания;

♦ экономические аспекты производства функциональных и других продуктов здорового питания;

♦ стандартизация и сертификация функциональных и других продуктов здорового питания;

♦ аналитические приборы и методы анализа пищевых продуктов;

♦ подготовка специалистов для индустрии продуктов здорового питания.



С докладами выступят ведущие ученые, специалисты, представители отечественных и зарубежных фирм, производители продуктов здорового питания

В рамках конференции пройдут: деловые встречи и переговоры, выставки и конкурс-дегустация продукции, посещение выставки «Медицина: диагностика, профилактика, лечение. Здоровье нации – 2004»

Аудитория конференции (конференц-залы павильона №69): представители всех отраслей

АПК, министерств и научно-исследовательских институтов, Госстандарта РФ, Госсанэпиднадзора Минздрава РФ, и других организаций

Организатор: ООО Русская выставочная компания «ЭКСПОДИЗАЙН»

Телефон: (095) 258-87-61

E-mail: medprof@nm.ru

Сайт: <http://www.expo-design.ru/2004/PIT/doc/info.doc>

14-Й НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО БОЛЕЗНЯМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Время проведения: с 22/06/2004 по 26/06/2004

Место проведения: г. Москва

Специализация: Пульмонология, фтизиатрия
3-й конгресс Международного Союза по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями Европейского региона (IUATLD), включающий 14-й Национальный конгресс по болезням органов дыхания, пройдет в Москве с 22 по 26 июня 2004 г. На конгрессе ожидается около 4000 участников из Европы, России и других стран. Научная программа конгресса охватывает новейшие достижения в области клиники, диагностики и лечения болезней органов дыхания и включает 18 основных симпозиумов, сессии свободного обсуждения, в том числе 8 сессий устных презентаций, постерные сессии с дискуссией и тематические постерные сессии, образовательные школы для врачей, 12 вечерних симпозиумов, организованных фармакологическими фирмами.

Международный организационный комитет, председатели: G.B. Migliori (Италия), М.И. Перельман (Россия), А.Г. Чучалин (Россия). Члены комитета: N. Billo (IUATLD, Франция), В. Якубовяк (ВОЗ, Россия), R. Loddenkemper (Германия), R. Zaleskys (ВОЗ, Копенгаген), J.P. Zellweger (Швейцария), Н.В. Антонова (Россия).

Международный секретариат, члены секретариата: Г.М. Сахарова (Россия), В.А. Аксенова (Россия), О.В. Демихова (Россия), N. Billo (IUATLD – международный секретариат, Франция), Y. Yurasova (ВОЗ, Дания), О. Кошелева (ВОЗ, Россия), R. Centis-L. Richeldi (IUATLD-ER секретариат, Италия).

Международный научный комитет, председатели: М. Перельман (Россия), J.F. Broekmans (Нидерланды), А.Г. Чучалин (Россия), R. Loddenkemper (Германия), В.В. Ерохин (Россия).

Секретарь: G.B. Migliori (Италия).

Члены комитета: F. Blasi (Италия), M. Bogdan (Румыния), K.H. Carlsen (Норвегия), E. Dagli (Турция), О.В. Демихова (Россия), L. Ditiu (ВОЗ, Румыния), D. Enarson (IUATLD), P. Fujiwara (IUATLD), M. Grzemska (ВОЗ, Швейцария), A. Infuso (Франция), В. Якубовяк (ВОЗ, Россия), H.L. Rieder (IUATLD), T. Schaberg (Германия), B. Schmidgruber (Австрия), J. Sorli (Словения), A. Spanevello (Италия), J. Veen (Нидерланды), K. Vink (Эстония), R. Zaleskis (ВОЗ, Дания), J.P. Zellweger (Швейцария), В.А. Покровский (Россия), R. Dahl (Дания).

Организатор: Российское респираторное общество

Телефон: (095) 465-4852, 465-2845

E-mail: congress@pulmonology.ru

Сайт: <http://congress.pulmonology.ru>



Начинается подписка на второе полугодие 2004 года

В почтовом отделении

(на любой срок и с любого номера):

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»
Подписной индекс: **82614**

• Российский Медицинский Каталог

Подписной индекс: **М 3475**

Подписка через редакцию (с любого номера):

Стоимость подписки на полугодие через редакцию для любого региона РФ платежным поручением - **1350 руб.**

(НДС не облагается)

Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьинорощинском ОСБ

7981/998 Сбербанк России, г. Москва,

К/с 30101810400000000225,

БИК 044525225

ИНН 7715376090,

КПП 771501001

Получатель –

ООО Издательский Дом «Менеджер здравоохранения».

ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения», на второе полугодие 2004 г.» и Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.

Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью.

Адрес редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11

Тел./факс: (095) 979-92-45

e-mail: idmz@cniiorgzdrav.mednet.ru

www.idmz.ru



Менеджер
здравоохранения

