

СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ПУТЬС МЕДИЦИНЫ

СПЕЦВЫПУСК - ИЮНЬ 2003 г.



**Обязательное
медицинское
страхование - гарантия
медицинской помощи,
достойной
цивилизованного
общества!**



**Ставропольский краевой фонд
обязательного медицинского
страхования**



10 ЛЕТ СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ - ИТОГИ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», вышедший в 1993 году, положил начало развитию системы обязательного медицинского страхования в России.

Создание системы ОМС в России происходило в условиях глобального реформирования политических и экономических институтов государства и совпало с периодом социально-экономического кризиса. Однако, несмотря на сложность общественно-политической и социально-экономической ситуации, система обязательного медицинского страхования полностью доказала свою социальную значимость, став главным финансовым механизмом реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на медицинскую помощь надлежащего качества.

Сегодня очевидно, что в условиях жесткого бюджетного дефицита организация системы обязательного медицинского страхования явилась правильным политическим и экономическим решением. Это решение положило начало формированию принципиально новой системы правовых и финансовых отношений в сфере оказания медицинской помощи населению, а также более эффективному использованию ресурсов здравоохранения.

В условиях экономического кризиса именно введение системы обязательного медицинского страхования позволило:

- в основном сохранить доступность бесплатной медицинской помощи населению;
- сформировать стабильный источник финансирования и предотвратить обвальное падение уровня финансирования медицинских учреждений и гарантировать оплату труда медицинского персонала;
- сохранить здравоохранение как отрасль и в определенной мере обеспечить ее устойчивость.

По сравнению с другими отраслями социальной сферы (образование, наука, культура) здравоохранение выглядит более стабильным. Снижение реального финансирования здравоохранения несколько сглажено за счет обязательного медицинского страхования.

Кроме того, введение системы обязательного медицинского страхования выявило болевые точки здравоохранения и заложило на этой основе возможности ее реформирования.

Главным итогом внедрения обязательного медицинского страхования как экономического рычага в управлении здравоохранением стало:

- изменение потока финансовых ресурсов («деньги следуют за пациентом», то есть оплачивается выполненный объем работы);
- внедрение системы тарифов, дифференцированных цен на медицинские услуги;
- определение потребности в ресурсах (койках, кадрах) на основе экономической оценки эффективности использования имеющегося потенциала;
- повышение ответственности медицинского персонала за результаты труда.

Введение в действие Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» означало как необходимость изменений в методах руководства, так и увеличение объема ответственности для должностных лиц в органах управления здравоохранением и руководителей медицинских учреждений. Появились предпосылки для участия пациента в процессе оказания медицинской помощи и возможность требовать реализации своих прав. Впервые на практике была введена судебная защита законных прав и интересов граждан. Создание организаций, связанных с контролем предоставления медицинских услуг ненадлежащего объема и качества медицинской помощи, полностью поменяло механизм контроля в сфере здравоохранения.

Несмотря на отмеченные выше положительные моменты, в функционировании системы ОМС есть много проблем. И, прежде всего, это проблема финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Одной из самых серьезных причин, ведущих к дестабилизации финансовой

системы ОМС, является задолженность органов исполнительной власти по платежам на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В Ставропольском крае 72 процента неработающего населения. А в структуре доходов краевого фонда ОМС доля платежей на их страхование составляет в среднем 40,5 процента

Существенными являются также демографические факторы, в частности, увеличение доли нетрудоспособного населения, для которого характерен более высокий уровень обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. На практике это означает сужение источников поступлений при одновременном росте финансовой нагрузки на систему. В итоге, неработающее население в настоящее время практически застраховано за счет взносов работодателей, то есть работает принцип «социальной несправедливости», когда в ущерб одним гражданам страны медицинская помощь оказывается другим.

Дополнительные сложности финансового обеспечения системы здравоохранения связаны и с экстенсивно развивающейся сетью лечебно-профилактических учреждений, ее приоритетами в сторону дорогостоящих стационарных видов медицинской помощи и преимущественным развитием их в городах, неразвитостью альтернативных стационарзамещающих технологий в ЛПУ.

Именно поэтому назрела необходимость модернизации существующей модели ОМС как формы социальной защиты населения.

Предстоящая модернизация системы ОМС находится в настоящее время в центре внимания Президента Российской Федерации, Правительства, Министерства здравоохранения, Федерального фонда ОМС. Надеемся, что новый закон «Об обязательном медицинском страховании» увеличит финансовое обеспечение и позволит системе работать более эффективно.

Николай Иванович Пальцев, заместитель председателя Правительства Ставропольского края, председатель Правления СК ФОМС.

Уважаемые коллеги!

Позвольте от имени министерства здравоохранения Ставропольского края, всех медицинских работников поздравить вас с юбилеем. Ведь в новейшей истории России 10 лет - это немалый срок, в течение которого система обязательного медицинского страхования доказала свое право на существование.

Переход к обязательному медицинскому страхованию выступал одной из главных задач реформирования отрасли в 90-е годы. Его главные преимущества, в сравнении с системой бюджетного финансирования, заключались в разделении производителей и покупателей медицинских услуг.

Наконец-то появилась структура, которая была заинтересована как в защите прав пациентов, в использовании методов экономической оценки предоставляемых населению медицинских услуг, так и в эффективном использовании имеющегося ресурсного потенциала отрасли.

Это дало возможность сформировать новые каналы финансирования за счет взносов работодателей на медицинское страхование работающих и органов исполнительной власти на страхование неработающих граждан, что распределило ответственность за состояние здоровья между государством, предпринимателями и населением.

Сегодня объем государственного финансирования здравоохранения составляет около 4% валового продукта. Между тем государства с высоко развитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 7% ВВП, но практически ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам. Население в той или иной мере участвует в оплате медицинских услуг. Система соплатежей в разных вариантах используется почти во всех странах с развитыми системами общественного здравоохранения.

Дисбаланс между государственными обязательствами и реальными финансовыми потоками оказывает разру-

шительное влияние на всю систему здравоохранения. Происходит сокращение масштабов профилактики заболеваний и нарастание платности медицинской помощи. Расходы на медицинские нужды перемещаются на население. Легальная и теневая оплата медицинских услуг и приобретение лекарственных средств населением составляют, по разным оценкам, от 24 до 45% совокупных расходов государства и населения на здравоохранение.

В сложившейся ситуации, когда за получение формальной бесплатной медицинской помощи приходится пла-

Наконец-то появилась структура, которая была заинтересована как в защите прав пациентов, в использовании методов экономической оценки предоставляемых населению медицинских услуг, так и в эффективном использовании имеющегося ресурсного потенциала отрасли

тить, в худшем положении оказываются менее обеспеченные слои населения и семьи, живущие вне крупных городов. Они вынуждены тратить большую долю своих семейных бюджетов и чаще отказываются от лечения и приобретения нужных лекарств. Все ведет к усилению социальной несправедливости.

Сегодня нам необходимо перейти на принципиально новый метод формирования и использования средств бюджета - формирование государственного заказа для оказания высокотехнологических видов медицинской помощи, с внедрением новых, прогрессивных форм организации здравоохранения, при которых клиническая результативность и экономическая эффективность будут взаимосвязаны.

Участие краевого фонда обязательного медицинского страхования в финансировании краевых целевых программ дало возможность приобрести современное дорогостоящее лечебно-диагностическое оборудование, лекарственные препараты, компьютерную технику. Это позволило внедрять

новые перспективные технологии управления отраслью и организации лечебно-диагностического процесса.

Накопив определенный опыт, вы не стоите на месте, внедряете новые методики оценки качества работы медицинских учреждений, привлекаете специалистов из ведущих высших учебных и научно-исследовательских учреждений страны. На совместных семинарах руководители органов и учреждений здравоохранения совместно с сотрудниками Фонда не только знакомятся с последними достижениями, но и могут принять согласованное решение о совместных действиях. Это позитивно отражается на оказании медицинской помощи населению края.

Перед нами еще много задач. Ситуация в стране требует, чтобы вы оказали помощь практическому здравоохранению в оценке экономической эффективности наших новаций - внедрении системы управления качеством медицинской помощи в условиях стационара и поликлиники, расширении ресурсосберегающих технологий, эффективного назначения лекарственных препаратов и борьбе с внутрибольничной инфекцией.

Участие краевого фонда обязательного медицинского страхования в финансировании краевых целевых программ дало возможность приобретать современное дорогостоящее лечебно-диагностическое оборудование, лекарственные препараты, компьютерную технику

Положительный опыт многолетнего сотрудничества дает основание полагать, что поставленные задачи будут успешно разрешены.

Желаю вам, дорогие друзья, крепкого здоровья, оптимизма, счастья и благополучия, смелых открытий и научных разработок, исполнения всех ваших желаний!

Сергей Лаврентьевич Вардосанидзе, министр здравоохранения Ставропольского края.



СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

В 2003 году исполняется 10 лет обязательному медицинскому страхованию в России и на Ставрополье. Десять лет - время достаточное для подведения итогов. Об итогах и перспективах развития обязательного медицинского страхования наш разговор с исполнительным директором Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования Владимиром Васильевичем Губановым.

- Владимир Васильевич, юбилей - всегда хороший повод вернуться к истокам, вспомнить, как все начиналось. Тем более, что в данном случае это не будет заурядным повторением пройденного. Ведь содержание понятий «фонды ОМС», «система ОМС» для многих наших сограждан все еще остается тайной за семью печатями...

- Система обязательного медицинского страхования (ОМС) сформировалась в России после принятия закона от 28.06.1991 года «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Особенность первоначальной редакции состояла в том, что страховые взносы должны были поступать от страхователей непосредственно к страховщикам - в страховые медицинские организации, которые должны были управлять сформированными фондами средств. Другой формой финансирования мероприятий по охране здоровья населения должны были стать фонды здравоохранения, функции по управлению которыми осуществляли органы государственной власти. Однако, из-за отсутствия механизмов реализации закон не работал. Необходим был публичный интерес, а именно создать государственную структуру, которая бы не только отвечала за осуществление проводимой реформы, но и в силу своего положения была бы заинтересована в ней.

Потребовалось совершенствование нормативной правовой базы функционирования здравоохранения, основой которой стал принятый 24.02.93 года закон

«О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР». Принципиальным нововведением стало положение, предусматривающее создание в системе ОМС специальных государственных финансово-кредитных учреждений, на которые возлагалась функция реализации государственной политики в обязательном медицинском страховании, сбор и аккумуляция страховых взносов, обеспечение всеобщности и равенства в ОМС.

Таким образом, внебюджетный

За десять лет через систему обязательного медицинского страхования в лечебные учреждения края направлено свыше 5 миллиардов рублей

фонд, с одной стороны, - это совокупность денежных средств, аккумулируемых государством для использования в определенных целях, а с другой стороны - специально созданный государством орган управления денежными ресурсами, имеющими строго целевую направленность.

- Очевидно, сосредоточение средств во внебюджетных фондах имеет свои преимущества по сравнению с традиционными бюджетами.

- Да, безусловно. Внебюджетные фонды представляют собой достаточно динамичный элемент финансовой системы. Использование средств внебюджетного фонда по сравнению с бюджетом, происходит более оперативно. Денежные средства образуются и расходуются вне федерального бюджета, бюджета субъекта, средства ОМС не входят в состав бюджетов других уровней. Эти государственные средства никто не вправе изымать и использовать не по назначению. Они могут быть направлены только на оплату медицинской помощи, оказанной населению лечебными учреждениями: на возмещение затрат, связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, оплату труда медицинских работников, лекарственное обеспечение, питание больных, перевязочный материал.

Структура внебюджетных фондов ОМС также построена на принципах федерализма, что соответствует конституционному положению о нахождении вопросов здравоохранения в совместном ведении Российской Федерации и субъектов. На уровне федерации был создан Федеральный фонд ОМС, а на уровне субъектов РФ - территориальные фонды ОМС.

- Основной целью Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» было создание дополнительного к бюджету стабильного источника финансирования здравоохранения. Между тем 90-е годы в медицине прошли под знаком катастрофического дефицита финансирования. Значит, страховые деньги никак не сказались на состоянии отрасли?

- За десять лет через систему обязательного медицинского страхования в лечебные учреждения края направлено свыше 5 миллиардов рублей, что сопоставимо с суммой бюджета края по здравоохранению в целом. Но это не главное. Предполагалось, что обязательное медицинское страхование станет дополнительным источником финансирования здравоохранения в виде страховых взносов работодателей в размере 3,6 процентов от фонда оплаты труда. При этом бюджет здравоохранения не должен был уменьшаться. Однако намеченное реализовать в полном объеме не удалось. Введение ОМС в начале 90-х годов совпало с периодом экономического спада. К 1996 году возникла критическая ситуация, когда финансовые органы стали уменьшать бюджеты здравоохранения на сумму, которую собирала система ОМС.

Таким образом, дополнительно привлеченные в здравоохранение средства ОМС оказались бюджетозамещающими.

- А с какими еще трудностями в становлении системы ОМС столкнулся конкретно наш край?

- Трудности вполне типичные. Особенностью системы ОМС Ставропольского края и многих других регионов России является диспропорция в структуре финансовых источников обеспечения медицинской помощи по Территориальной программе ОМС. Доля платежей на ОМС

неработающего населения Ставропольского края составляет в среднем 41% от всех доходов системы ОМС, тогда как численность неработающего населения края и соответственно затраты на оказание медицинской помощи неработающему населению - 70% от всех расходов в системе ОМС края.

В целом по Российской Федерации фонды ОМС получают лишь треть часть необходимых средств. А причина этого колоссального дефицита - низкий уровень перечисления органами исполнительной власти субъектов и муниципальных образований страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Основным источником поступления средств в систему ОМС по-прежнему остаются средства единого социального налога с предприятий и организаций за работающих граждан. Естественно, что ОМС распределяет полученные деньги поровну между всеми нуждающимися в медицинской помощи, независимо от размера и источника поступления средств. По сути, складывается ситуация, когда финансирование медицинской помощи неработающему населению осуществляется не за счет средств органов исполнительной власти муниципалитетов, как это предписывается законом, а за счет средств работающего населения.

- Почему же не удается заставить органы местной власти платить взносы на страхование неработающего населения?

- Ответ прост - несовершенство законодательной базы. В законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обозначен только плателщик взносов на страхование неработающих граждан, однако не определен размер взносов, не расписан механизм уплаты, наконец, самое главное - не обозначена мера ответственности за неплату этих взносов. Налицо все предпосылки для того, чтобы закон в этой части можно было не исполнять или делать видимость его исполнения.

- И все же, несмотря на все предвиденные и непредвиденные сложности в становлении системы ОМС, что привнесла она прогрессивного в здравоохранение?

- Государственный внебюджетный фонд это не только особый порядок движения финансовых потоков, но и принципиально новый механизм финансирования здравоохранения, ориентированный на конечный результат лечения. Ста-

вропольский краевой фонд ОМС перечисляет средства страховым медицинским организациям, которые на основе счетов, выставленных лечебными учреждениями, оплачивают фактически оказанные медицинские услуги. Оплата осуществляется при одном неременном условии: страховщики обязаны осуществлять контроль объемов и качества медицинской помощи. Если при плановом хозяйстве, финансирование здравоохранения рассчитывалось на число коек, и объем выделяемых средств не зависел от количества и качества оказанной медицинской помощи, то в системе ОМС поликлиники и больницы свои средства получают в прямой зависимости именно от объема работы при соблюдении качества. Это значительный стимул к эффективной деятельности медицинских учреждений.

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обязал страховые организации защищать права застрахованных на качественную медицинскую помощь

Далее. Введение страхования способствовало созданию института прав пациента как потребителя медицинской помощи. Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обязал страховые организации защищать права застрахованных на качественную медицинскую помощь. Для этой цели в страховых организациях существуют службы по защите прав застрахованных, включающие врачей-экспертов, экономистов, юристов. Они рассматривают устные и письменные обращения граждан, проводят экспертизы качества медицинской помощи по обращениям граждан и в плановом порядке. В случае выявления фактов оказания пациентам некачественной медицинской помощи к лечебному учреждению применяются штрафные санкции.

- Сегодня со всех трибун говорят о необходимости срочного совершенствования законодательной базы ОМС и реорганизации всей системы здравоохранения. Что предполагают планируемые изменения?

- Сопоставление со здравоохранением других стран показывает нерациональность организационной структуры здравоохранения России, ее затратный

характер, ориентированный на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи. В условиях недостаточного финансирования здравоохранения России и Ставропольского края особое значение приобретает эффективное использование уже имеющихся финансовых ресурсов здравоохранения.

Для того, чтобы врачи были заинтересованы в использовании максимально-эффективных видах медпомощи, крайне важно разработать иные подходы к формированию программы обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Объемы оказанной медицинской помощи должны измеряться не койко-днями и посещениями, а на основе учета интенсивности лечебно-диагностического процесса, норм обеспеченности дорогостоящими видами помощи. Собственно это и составляет основной принцип финансирования ЛПУ в условиях страховой медицины...

Однако реформирование обязательного медицинского страхования на современном этапе возможно только в контексте системных изменений в здравоохранении. Новые финансовые механизмы не могут стать действенными в старой системе экономических отношений. Поэтому, прежде всего, должны быть расширены организационно-правовые формы ЛПУ, что как раз и предусматривается рассматриваемой на уровне федеральных органов власти Концепцией модернизации системы ОМС.

Приоритетным направлением в развитии отрасли здравоохранения давно уже признано внедрение и ежегодное увеличение объемов стационарозамещающих видов медицинской помощи. В системе здравоохранения края в настоящее время рассматриваются принципы организации деятельности врачей общей практики и семейной медицины, новые подходы к принципам организации хирургической помощи в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного звена через развитие центров амбулаторной хирургии.

Для реализации этих направлений осуществляется перераспределение средств, направляемых на финансирование различных видов медицинской помощи. Так, в 1999 году на оказание стационарной помощи направлялось около 70% всех средств ОМС, а в 2002 году - 58% всех средств ОМС.

За годы работы в системе ОМС среднее пребывание больного на койке уменьшилось с 12 дней в 1999 году до

11,4 дня в 2002 году. Оборот койки увеличился соответственно с 26,7 дней до 27,8 дня. Занятость койки в 2002 году составила 315,4 дня в году, а в среднем по России этот показатель на уровне 305 дней.

Таким образом, показатели использования коечного фонда Ставропольского края не менее эффективны, чем в целом по России. Это дает возможность здравоохранению края оказывать достаточно квалифицированную помощь населению при явном недостатке финансовых средств в крае на здравоохранение. Снижение длительности лечения одного больного и увеличение оборота стационарной койки на 1 день позволяет дополнительно пролечить по краю 28 тысяч больных в год, что дает экономию

средств в пределах 85 миллионов рублей в год.

С целью снижения затрат ЛПУ на приобретение в крае, как и в других регионах России, используется механизм централизованной закупки медикаментов, в том числе в системе ОМС. Система централизованной закупки медикаментов работает меньше 1 года, но это уже позволило снизить цены на 20% и повысить эффективность работы медицинских учреждений при оказании бесплатной медицинской помощи в части приобретения лекарственных средств.

В заключении хотелось бы еще раз отметить. Система обязательного медицинского страхования в нашей стране и в крае еще достаточно молода и имеет свои противоречия. Говорить о полной

сбалансированности получаемых доходов и удовлетворении потребностей населения края в высококвалифицированной и доступной медицинской помощи, конечно, еще рано. И все же система ОМС состоялась, самоорганизовалась, приобрела черты финансовой устойчивости.

Только совместными усилиями всех участников системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования возможно достижение целей по реформированию системы и улучшению качества оказываемой медицинской помощи. А это в конечном итоге позволит приблизиться к тому состоянию, когда комфортно будут себя чувствовать и пациент, и медицинский работник.

Подготовила Виктория Байгулова.

РАЗВИТИЕ И УПРАВЛЕНИЕ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ АСПЕКТАМИ СИСТЕМЫ ОМС

Для государства с социально ориентированной экономикой одной из основных задач в области здравоохранения является обеспечение населения качественной и доступной медицинской помощью. Поскольку ресурсы, которые общество может выделить на эти цели, всегда ограничены, актуальной задачей является рациональное планирование и расходование этих ресурсов на обеспечение населения медицинской помощью.

В Советском Союзе действовала вертикальная система управления, базировавшаяся на централизованном планировании и нормировании, расписанном порядке расходования медицинскими учреждениями финансовых средств, основным источником которых был бюджет. Для управления столь жестко регламентированной системой был достаточно совсем небольшой центральный аппарат управления здравоохранением.

Такая система здравоохранения могла существовать лишь в условиях стабильных, устанавливаемых правительством низких цен на ресурсы, ограниченной номенклатуры лекарственных средств и медицинских технологий и при

весьма невысокой, жестко регулируемой официальной зарплате медицинских работников.

Здравоохранение как отрасль в целом была, как и вся советская экономика, весьма слабо ориентированной на инновации. Отсутствовала система экономической заинтересованности медицинских учреждений и самих медицинских работников в конечных результатах своего труда.

Была построена структурно неэффективная модель здравоохранения, в которой преобладала дорогостоящая стационарная помощь, причем стационары были крайне плохо оснащены.

Медицинское страхование гарантирует права каждого при обращении за медицинской помощью за счет эффективного управления страховыми средствами в системе обязательного медицинского страхования

Все это, как и жесткие финансовые ограничения, привело к тому, что в массе своей здравоохранение СССР к концу своего существования на десятилетия отставало от развитых стран по технологическому уровню.

Новой России в наследство от бывшего СССР досталась финансируемая из бюджета социалистическая система здравоохранения, технологически отста-

лая и структурно неэффективная, ориентированная на деятельность в условиях планового распределения дешевых, но дефицитных ресурсов.

В то же время необходимо признать, что эта система обеспечивала доступность для населения медицинской помощи, хотя зачастую и недостаточно высокого уровня.

Новые времена наступили с 1991 года. С началом перехода России на рельсы рыночной экономики коренным образом стали меняться и условия деятельности здравоохранения.

Введение в 1991 - 1993 годах обязательного медицинского страхования явилось инструментом внедрения рыночных отношений в здравоохранении. Реформирование системы здравоохранения через страховой механизм оплаты медицинской помощи предполагает создание инфраструктуры обязательного медицинского страхования, эффективное изменение структуры лечебных учреждений и изменение состава участников и источников финансирования здравоохранения, четкое разделение интересов всех участников процесса оказания медицинской помощи.

Система финансирования здравоохранения претерпела радикальные перемены как по структуре, так и по схеме финансирования. В советское время источником финансирования здравоохранения был прежде всего бюджет, в не-

которой степени - средства предприятий и лишь в малой доле - средства населения.

Возник совершенно новый источник финансирования государственных обязательств в сфере здравоохранения - была создана система обязательного медицинского страхования (ОМС), призванная не содержать медицинские учреждения, а финансировать медицинские услуги застрахованным гражданам, являясь по сути своей катализатором реформирования всей системы.

Граждане России имеют право и желают получать медицинскую помощь современного уровня. Между тем ресурсы, необходимые для оказания медицинской помощи, здравоохранение приобретает по рыночным ценам, и их стоимость весьма высока.

Поэтому для решения основной задачи здравоохранения - удовлетворения рациональных потребностей населения в медицинской помощи наиболее эффективным образом - необходимо внедрять в отрасли современные методы управления отраслью, основанные на методах финансового менеджмента. Именно система медицинского страхования позволила осуществить смену методов и технологий управления здравоохранением. Медицинское страхование гарантирует права каждого при обращении за медицинской помощью за счет эффективного управления страховыми средствами в системе обязательного медицинского страхования.

Средства бюджета, ранее направляемые напрямую здравоохранению, в системе обязательного медицинского страхования поступают в лечебные учреждения как оплата за пролеченного больного. Страховые средства выступают средством экономического стимулирования лечебных учреждений наиболее эффективно распоряжающихся своими ресурсами для обеспечения медицинской помощи, удовлетворяющей потребности пациентов. Активно используются такие экономические категории, как цена, прибыль, рентабельность, эффективность, самоокупаемость, конкуренция, маркетинговые исследования.

Очень важно, что врачи в своей текущей работе, проводя обследование больных и выбирая схемы лечения, становятся по существу распорядителями финансовых ресурсов.

С появлением страхового источника финансирования здравоохранения сложилась и новая финансовая среда - среда взаимодействия субъектов финансовых отношений, в которых такими субъектами выступают медицинские учреждения (страховщики), фонды ОМС, предприятия и организации (страхователи).

Медицинские учреждения, становясь самостоятельными субъектами экономических отношений, должны планировать получение финансовых средств из разных источников с учетом осуществляемых видов своей медицинской деятельности, существующего и перспективного спроса по каждому виду медицинской помощи, ценовой политики и методологии расчетов стоимости медицинских услуг.

Особенностью здравоохранения как объекта управления является значительная роль государственного регулирования. В ходе многочисленных исследований показано, что невозможно добиться эффективного здравоохранения чисто рыночными методами, в силу особенностей рынка медицинских услуг.

Система обязательного медицинского страхования предусматривает большую долю именно рыночных механизмов управления процессом оказания медицинской помощи, предполагает применение принципа «деньги должны следовать за пациентом, а содержание медицинских учреждений напрямую зависеть от объема оказываемых услуг». За рамки рыночного регулирования необходимо выводить только те виды медицинской помощи, которые требуют прямого государственного управления, прежде всего связанные с социально-опасными заболеваниями (СПИД, венерические болезни и другие).

Одно из важнейших свойств рынка медицинской помощи - специфика медицинской услуги как товара. Продавец и производитель услуги (врач) знают о ней

все, а покупатель (пациент) ничего или почти ничего. Из-за такой информационной асимметрии производитель услуг может навязывать покупателю свою волю, пользуясь его недостаточной информированностью. В результате расходы на оказание медицинской помощи могут превысить все разумные пределы. Характерен пример США, где недостаточен уровень государственного регулирования здравоохранения. Там доля ВВП, направленного в здравоохранение, в 1,5-2 раза выше, чем в иных развитых странах, при одинаковых или даже худших результатах.

С другой стороны, слишком жесткое государственное регулирование здравоохранения, как показывает опыт, например, Англии, может привести к снижению эффективности его деятельности (из-за отсутствия мотивации у медиков), к недостаточной доступности для населения современных методов лечения. Не зря в последние годы в государственной системе здравоохранения этой страны внедряются рыночные элементы.

Таким образом, при построении системы управления и финансирования здравоохранения необходимо найти наиболее рациональное для каждой страны соотношение между государственным регулированием и рыночными механизмами. Это и является целью управления здравоохранением на современном этапе. Поэтому вопросы планирования и управления финансовым обеспечением здравоохранения являются наиважнейшими.

Планирование - это прежде всего постановка целей системы. Далее идут контроль и анализ выполнения плана, оценка причин отклонений, управляющие воздействия, при необходимости - корректировка плана.

В условиях острой нехватки средств для обеспечения минимума социальных гарантий особенно важно рационально использовать имеющиеся материальные и финансовые ресурсы. Не имея возможности развивать в равной мере все направления охраны здоровья и виды медицинской помощи, органы управления здравоохранением и структуры ОМС должны обеспечить преимущественное развитие тех из них, которые способны дать наибольший эффект - наиболее высокие показатели здоровья населения на единицу ресурсов. Это предполагает определение приоритетов развития в связи с потребностями в медицинской помощи и долговременными задачами по охране здоровья населения.

Особенно это касается вопросов оптимизации структуры и мощности се-

Динамика поступления финансовых средств в консолидированном бюджете здравоохранения Ставропольского края, млн.руб.

| Период | 1998 год | 1999 год | 2000 год | 2001 год | 2002 год |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Консолидированный бюджет здравоохранения Ставропольского края | 871 | 1 097 | 1 362 | 1 828 | 3 375 |
| Средства ОМС всего | 352 | 522 | 732 | 1 033 | 1 695 |
| % средств ОМС от консолидированного бюджета | 40,4 | 47,6 | 53,7 | 56,5 | 50,2 |
| Средства бюджета на социально-значимые виды медицинской помощи | 519 | 575 | 630 | 795 | 1 679 |
| % средств бюджета от консолидированного бюджета | 59,6 | 52,4 | 46,3 | 43,5 | 49,8 |



ти ЛПУ региона, которая должна осуществляться с учетом принципа достаточности при условии полного и эффективного использования всех имеющихся ресурсов.

Сеть ЛПУ и в период ослабленной экономики должна быть построена таким образом, чтобы обеспечить полную и равную доступность жителей территории к «основной корзине» медицинских услуг в максимально короткое время. Реализация этого принципа требует системного подхода к функциональной организации сети ЛПУ территории как «единому организму», оказывающему медицинскую помощь населению на всех уровнях иерархии организации ее и независимо от ведомственной принадлежности. Одним из условий обеспечения такого единства является также единая и согласованная в регионе нормативная база как по объемам помощи, так и

по тарифам. Сбалансированность спроса и предложения на медицинскую помощь, а также целей функций и средств для их достижения - залог успеха реализации территориальной программы ОМС.

Эффективное управление здравоохранением как отраслью возможно только в рамках межведомственного взаимодействия всех структур, обеспечивающих функционирование здравоохранения и всех участников системы оказания медицинской помощи. Именно через межведомственное взаимодействие территориальные фонды обязательного медицинского страхования обеспечивают проведение государственной политики в области социального страхования при оказании медицинской помощи.

Ставропольский краевой фонд обязательного медицинского страхования именно через межведомственное взаи-

модействие совместно с министерствами и ведомствами края, медицинскими страховыми организациями, медицинскими учреждениями осуществляет свою деятельность по управлению процессами оказания медицинской помощи застрахованным по ОМС.

Как результат эффективной работы фонда с Министерством финансов, Министерством здравоохранения края - положительная динамика поступления финансовых средств на обязательное медицинское страхование - доля средств обязательного медицинского страхования в консолидированном бюджете здравоохранения края возросла с 40 % в 1998 году до 50 % в 2002 году.

Позднякова Надежда Васильевна - первый заместитель исполнительного директора Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования

ИНФРАСТРУКТУРА ОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ И СИСТЕМА ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН

Краевая система обязательного медицинского страхования представлена Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с 33 филиалами в городах и районах края, страховыми медицинскими организациями (СМО) с филиалами и представительствами в городах и районах края, лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) со всеми структурными подразделениями.

Организационная модель обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае полностью соответствует законодательной модели обязательного медицинского страхования согласно Федеральному закону «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

С момента введения обязательного медицинского страхования в Ставропольском крае работало 17 СМО, в настоящее время обязательное медицинское страхование осуществляют 10 страховых медицинских организаций, две из которых являются структурными

подразделениями, имеющими головные предприятия вне пределов края: филиал СМО «Росно» в г. Пятигорске (СМО «Росно», г. Москва) и представительство «Литер - Полис - Здоровье» в г. Минеральные Воды (СМО «Литер - Полис - Здоровье», г. Ростов). Функции страховщика в Александровском районе выполняет филиал краевого фонда обязательного медицинского страхования.

Всего страховыми медицинскими организациями в крае застраховано

В 2002 году в Ставропольский краевой фонд ОМС, его филиалы и медицинские страховые организации, работающих на территории края, от граждан поступило 6392 обращения. Обоснованными было признано 76 процентов обращений

98% от общего числа застрахованного населения края, филиалом Фонда застраховано 2 % населения.

Постоянное население Ставропольского края по данным Краевого статистического управления на 01 января 2003 года составляет 2 млн. 644 тыс. 280 человек. Застраховано по

обязательному медицинскому страхованию 2 млн. 475 тыс. 400 человек, или 93,6 % от всего населения края (см. стр. 5).

В общей численности застрахованного населения края работающее население составляет - 750 тыс. 400 человек или 30 %, неработающее - 1 млн. 725 тыс. человек или 70 % от всей численности застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (см. стр. 5).

Медицинская помощь за счет средств обязательного медицинского страхования оказывается застрахованным во всех лечебно-профилактических учреждениях Ставропольского края, кроме специализированных учреждений для лечения социально-значимых заболеваний (противотуберкулезная служба, наркологические диспансеры, психиатрические больницы, венерологическая служба).

В системе обязательного медицинского страхования Ставропольского края работают 99 самостоятельных лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности и ведомственности со всеми структурными подразделениями, из них:

89 % - государственные и муниципальные медицинские учреждения; 6 % - ведомственные; 5 % - частные (см. стр. 5).

Ведомственные ЛПУ представлены медицинскими учреждениями Министерства путей сообщения (г. Минеральные Воды, г. Невинномысск, г. Ставрополь), Медсанчастью в 101 Федеральное управление медико-биологических и экстремальных проблем Министерства здравоохранения РФ (г. Лермонтов) и медсанчастью ОАО «Невинномысский Азот» (г. Невинномысск). Частные ЛПУ все расположены в г. Ставрополе - это ООО «Городская поликлиника в 9», ООО «Визит-Мед-центр», ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии», Краевая клиническая стоматологическая поликлиника ООО «КВИНТЭСС», ЗАО «Краевой клинический диагностический центр».

Один из важнейших аспектов деятельности системы ОМС - организация работы по защите прав застрахованных граждан. Целью этой работы является:

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

Защитой прав застрахованных граждан, обратившихся за медицинской помощью, занимаются страховые медицинские организации и отделы организации обязательного медицинского страхования и организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи Ставропольского краевого фонда ОМС. Специалисты рассматривают обращения и жалобы граждан; контролируют деятельность своих филиалов, страхо-

вых медицинских организаций по работе с обращениями и жалобами застрахованных; участвуют в разработке и подготовке нормативно-методических документов по вопросам организации защиты прав и интересов граждан в системе ОМС; организуют проведение вневедомственной (независимой) экспертизы качества медицинской помощи по обращениям субъектов ОМС и территориальных фондов ОМС других регионов; проводят медико-экономическую экспертизу по счетам, предъявляемым в ТФ ОМС за медицинские услуги, оказанные гражданам в крае и за пределами Ставропольского края.

В 2002 году в Ставропольский краевой фонд ОМС, его филиалы и медицинские страховые организации, работающие на территории края, от граждан поступило 6392 обращения. Обоснованными было признано 76 процентов обращений.

Количество обращений и жалоб застрахованных граждан в сравнении с 1999 годом уменьшилось в 1,1 раза, но количество обращений признанных обоснованными увеличилось.

Чаще всего это жалобы, касающиеся обеспечения страховыми медицинскими полисами обязательного медицинского страхования, ущемления права граждан на выбор лечебно-профилактического учреждения на территории Ставропольского края, взимания денежных средств за оказанную медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию, недостатков в лекарственном обеспечении и в организации работы лечебно-профилактических учреждений, некачественного оказания медицинской помощи, просьб о выделении средств на оплату медицинской помощи.

Задачей краевого фонда ОМС и СМО является разрешение споров и конфликтных ситуаций, возникших в ходе оказания медицинской помо-

щи между застрахованным и лечебно-профилактическим учреждением на уровне досудебного разбирательства.

Практика досудебной защиты прав граждан Ставропольского края проводится с 1995 года. Наиболее активно эта работа осуществляется в СМО «ЭМЭСК» г. Ставрополь и «КМВ-Полис» г. Пятигорск.

В 2002 году из 4861 спорных вопросов, разрешенных в досудебном порядке, было удовлетворено 4844. В 21 случае, связанном с незаконным взиманием денежных средств лечебно-профилактическими учреждениями и недостатками в лекарственном обеспечении, произведено материальное возмещение. Сумма возмещения ущерба составила 9190,7 рублей.

Однако возникшие споры не всегда могут быть урегулированы на уровне досудебного разбирательства.

В 2002 году в судебном производстве находилось 12 судебных исков. Судами рассмотрено 3 дела. Удовлетворенно 1. По 2 искам - отказано. Сумма возмещения ущерба по удовлетворенному судебному иску составила 13570 руб.

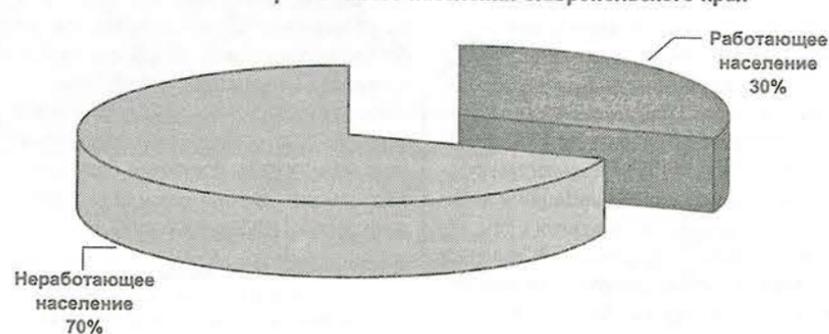
Основными причинами судебных исков явились жалобы граждан на некачественное предоставление медицинской помощи и взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь, входящую в территориальную программу государственных гарантий оказания населению Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

В этой связи особую значимость приобретает организация и проведение вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи. В целом в крае этот важный социальный институт успешно развивается.

В заключении хотелось бы отметить. Несмотря на имеющиеся объективные трудности, созданная в Ставропольском крае система защиты прав граждан себя оправдала и действует достаточно эффективно. Застрахованные все больше начинают привлекать Краевой фонд ОМС и СМО для защиты своих интересов и все шире используют возможности, предоставляемые им обязательным медицинским страхованием.

Булгакова Татьяна Яковлевна - заместитель исполнительного директора Ставропольского краевого фонда ОМС.

Численность застрахованного населения Ставропольского края



ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Ставропольский краевой фонд обязательного медицинского страхования создан в форме самостоятельного государственного некоммерческого финансово-кредитного учреждения.

По своему статусу фонд является публично-правовым учреждением и наделен двойственной природой, а именно: административной компетенцией, как органы государственного управления, и гражданской правоспособностью, как юридические лица, хозяйствующие субъекты.

Основная задача деятельности фонда - обеспечение финансовой стабильности государственной системы ОМС. Для ее реализации фонд правомочен осуществлять властные полномочия: контролировать деятельность субъектов ОМС, издавать акты управления, обязательные для всех участников ОМС и др.

Структурные свойства СК ФОМС (порядок образования, реорганизации, ликвидации, территориальный предел деятельности, внутренняя структура), а также его задачи и функции определены федеральным законом. Бюджет фонда утверждается Государственной Думой Ставропольского края ежегодно.

В отличие от органов государственной власти Ставропольский краевой фонд обязательного медицинского страхования действует не от имени государства, но в тоже время по его поручению. Фонд является автономной частью государственного аппарата: он подконтролен органам государственной власти, но не подчинен им. Как самостоятельное юридическое лицо, Ставропольский краевой фонд ОМС имеет собственные органы управления. Наличие высшего коллегиального органа Правления и исполнительной дирекции соответствует положениям закона о некоммерческих организациях, однако порядок их создания и деятельности расходится с традиционным пониманием государственного учреждения. Так, состав Правления СКФОМС утверждается Государственной Думой Ставропольского края, иные вопросы организации деятельности фонда (перечень филиалов, положение об исполнительной ди-

рекции и др.) - Губернатором Ставропольского края. Однако, в отличие от государственных учреждений фонд не наделается финансовыми ресурсами, а создает их самостоятельно, в процессе собственной деятельности. Эти ресурсы являются федеральной государственной собственностью.

Руководство деятельностью фонда осуществляет Правление. В его состав входят представители законодательных и исполнительных органов власти края, страховых медицинских организаций, профессиональной медицинской организации края, страхователей, профессиональных союзов. Для контроля за финансовой деятельностью фонда Правление создает ревизионную комиссию.

Таким образом, СКФОМС хотя и не входит в систему органов исполнительной власти и поэтому легитимно не признан как орган государственного управления, но фактически исполняет функции государственного управления финансами обязательного медицинского страхования. Своеобразие данного правового статуса характерно для финансовой сферы, где тесно соприкасаются интересы государственного управления и самостоятельных финансовых институтов (иные государственные внебюджетные фонды, Центральный банк РФ).

Система правоотношений по обязательному медицинскому страхованию строится на совокупности частноправового и публично-правового регулирования. При распределении сформированных средств фонд вступает в правовые отношения, регулируемые нормами гражданского и трудового права, права социального обеспечения и др. В соответствии со своим правовым статусом фонд является либо участником, либо гарантом большинства из отношений по ОМС. Это позволяет считать его центральным звеном всей системы обязательного медицинского страхования.

Учитывая важность функционирования субъектов ОМС, законом установлен государственный лицензионный (частноправовой) надзор за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских учреждений, а в связи с тем, что деятельность учреждений является составной частью деятельности государства - дополнительно введен более жест-

кий государственный надзор - аккредитация (публично-правовой).

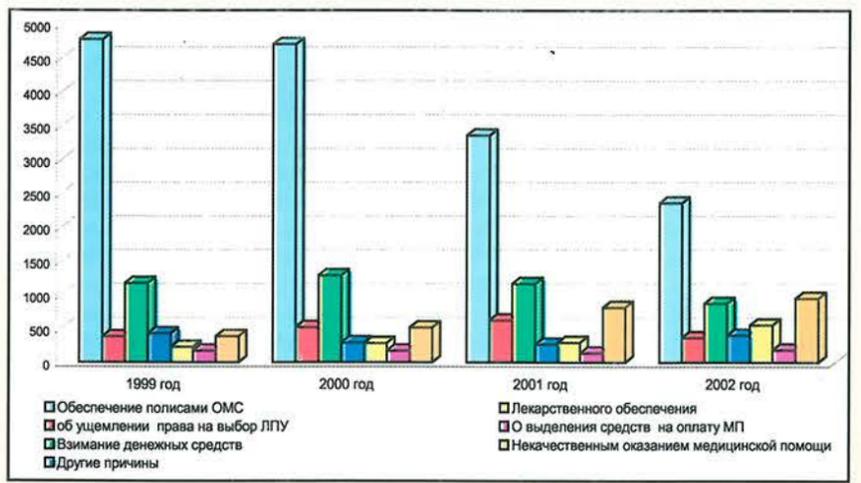
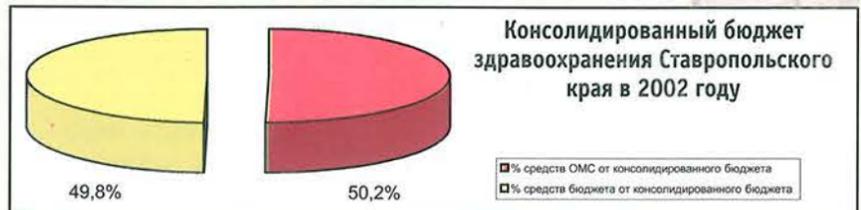
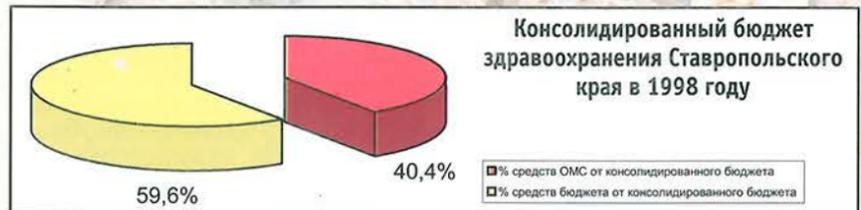
Существенным отличием российской модели государственной страховой медицины является то, что в роли страховщиков выступают негосударственные страховые медицинские организации, которым вменено в обязанность защищать права застрахованных. Именно наличие самостоятельных субъектов обусловило построение отношений в ОМС на основании системы договоров, включающей договоры финансирования, страхования и возмездного оказания медицинских услуг. Договор страхования, заключаемый страхователем (работодатель, самозанятый гражданин, либо государственный орган, являющийся страхователем для неработающего населения) со страховщиком (страховая медицинская организация), использует специальную правовую конструкцию - договор в пользу третьего лица. Застрахованный гражданин, не являясь стороной по договору, наделяется правом требования к страховой медицинской организации, и страховая организация несет материальную ответственность перед застрахованным гражданином за невыполнение условий договора.

Договорный механизм регулирования позволяет четко разделить функции производителя, покупателя и потребителя специфического товара - медицинской услуги. Причиной построения такой схемы договорных отношений является сложность самой медицинской услуги: для того, чтобы определить целесообразность оказания медицинской помощи и ее качество, необходимы специальные знания, которых рядовой гражданин не имеет.

Особенности правового регулирования обязательного медицинского страхования позволяют активно применять судебные процедуры при разрешении споров. Фонд использует все законные способы обеспечения равных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. Иницированное фондом судебное разбирательство позволило отменить ряд нормативных актов местного уровня, которые ограничивали возможность получения бесплатной медицинской помощи некоторым категориям неработающего населения.

Легкова Инна Николаевна - главный юрист-консультант отдела правового и кадрового обеспечения СК ФОМС.

СПЕЦВЫПУСК К 10-ЛЕТИЮ СКФОМС



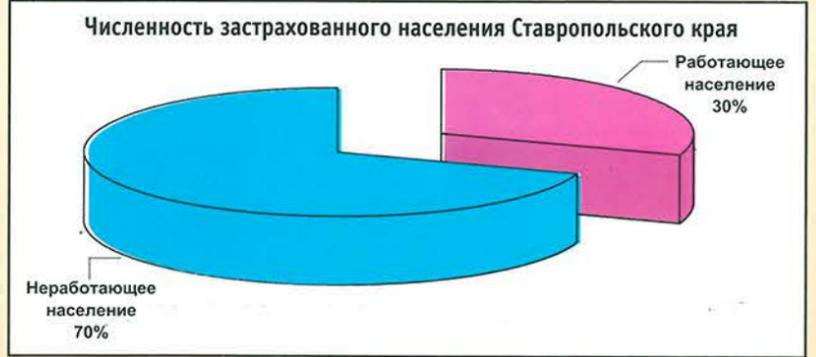
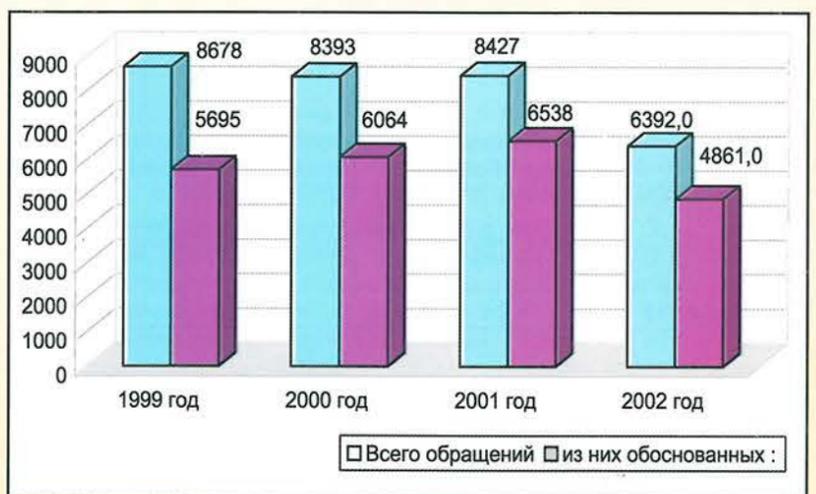
«Система обязательного медицинского страхования, призванная не содержать медицинские учреждения, а финансировать медицинские услуги застрахованным гражданам, является по сути своей катализатором реформирования всей системы».

Позднякова Надежда Васильевна - первый заместитель исполнительного директора СК ФОМС.



«В 2002 году из 4861 спорных вопросов, разрешенных в досудебном порядке, было удовлетворено 4844. В 21 случае, связанном с незаконным взиманием денежных средств лечебно-профилактическими учреждениями и недостатками в лекарственном обеспечении, произведено материальное возмещение. Сумма возмещения ущерба составила 9190,7 рублей».

Буглакова Татьяна Яковлевна - заместитель исполнительного директора СК ФОМС.





«В Ставропольском крае финансовое обеспечение средствами ОМС на 1 жителя в год в 2002 году составило 642 рубля, что определяет положение нашего края на 66 месте среди 91 региона по России».

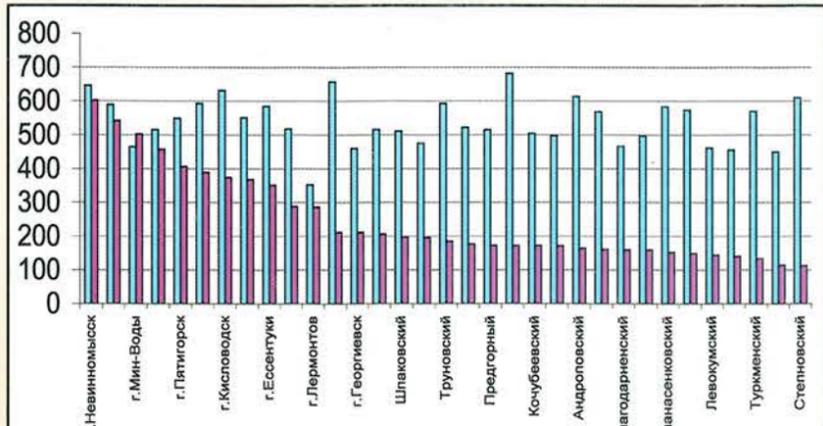


Негодова Наталья Дмитриевна - начальник отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС.



«В Ставропольском краево фонде обязательного медицинского страхования и его 33 филиалах в городах и районах края создана и действует единая методология бухгалтерского учета».

Севи́на Наталья Евгеньевна - начальник отдела учета поступления и расходования средств ОМС СК ФОМС.



«От степени образованности, компетентности, профессионализма кадрового потенциала Фонда зависит будущее системы обязательного медицинского страхования и страховой медицины края в целом».

Руденко Татьяна Евгеньевна - главный специалист по кадрам отдела правового и кадрового обеспечения СК ФОМС. (На фото в центре)



«Существенным отличием российской модели государственной страховой медицины является то, что в роли страховщиков выступают негосударственные страховые медицинские организации».

Легкова Инна Николаевна - главный юрист отдела правового и кадрового обеспечения СК ФОМС. (На фото слева)

Левина Анастасия Владимировна - ведущий специалист отдела (На фото справа)

«В результате проведенных проверок было доначислено более 315 млн. руб. страховых взносов, взыскано в виде пени и штрафов 66,2 млн. руб., которые затем были направлены на финансирование лечебных учреждений края».



Агапов Владимир Васильевич - начальник отдела контроля за поступлением страховых взносов и платежей СК ФОМС.

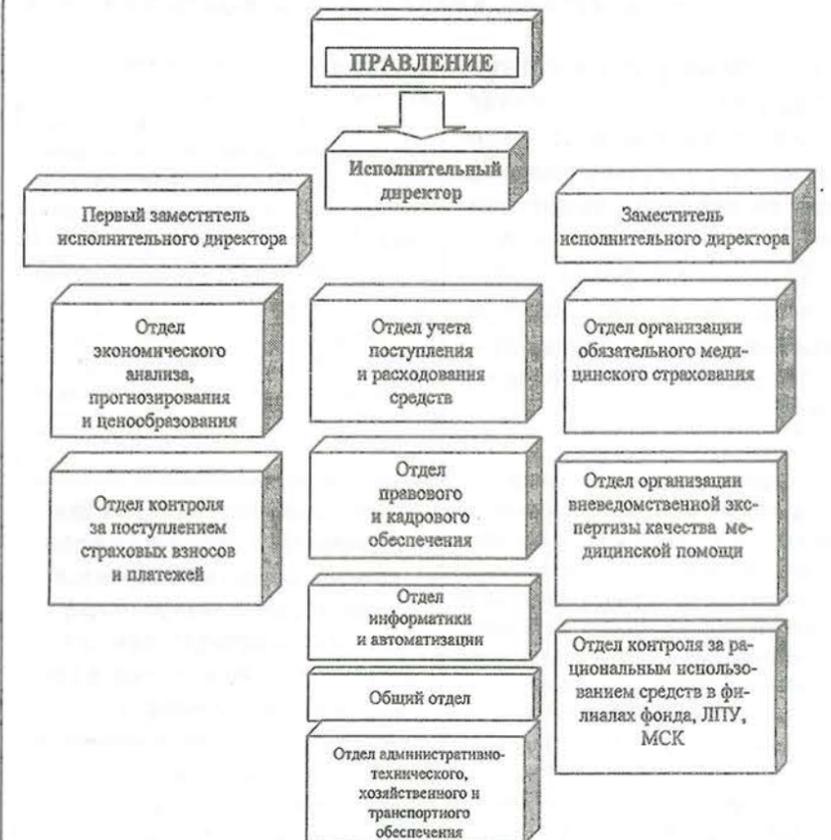
СТРУКТУРА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЕВОГО ФОНДА ОМС И ЕГО КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

В любой сфере человеческой деятельности ключевым фактором, оправдывающим или отрицающим конкретные формы и методы этой деятельности, является её эффективность. Стоящие перед Ставропольским краевым фондом обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) задачи и направления деятельности потребовали создания структуры соответствующего уровня.

Организационная структура Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования построена по классическому управленческому варианту, в полном соответствии с законодательством. Для эффективной реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования в городах и районах края созданы филиалы Фонда по административно-территориальному делению.

Филиал - составной элемент Фонда, наделенный полномочиями для выполнения возложенных задач, который тесно взаимодействует с исполнительной властью, плательщиками страховых взносов, страховыми медицинскими организациями, лечебно-профилактическими учреждениями городов и районов.

В своей деятельности сотрудники Фонда активно работают со специалистами различных структур (ведомств, организаций): налогоплательщиками, органами налоговой службы, руководителями органов управления здравоохранением, правительственными структурами, медицинскими работниками, сотрудниками страховых медицинских организаций, что предъявляет высокие требования к кадровому потенциалу. Поэтому профессиональная подготовка сотрудников Фонда считается одним из основных управленческих направлений. Обеспечивается укомплектование Фонда высококвалифицированными кадрами с ориентацией на внутренние источники привлечения персонала. В преддверии предстоящего реформирования системы обязательного медицинского страхования большое значение имеет дальнейшее



ФИЛИАЛЫ ФОНДА В ГОРОДАХ И РАЙОНАХ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

профессиональное развитие персонала. В Фонде постоянно проводится работа по повышению профессионального уровня работников. За последние пять лет прошли обучение по повышению квалификации 58 работников, в том числе 8 человек в 2002 году.

Нельзя преувеличивать роль личности, кадров в управлении, но нельзя и недооценивать их. От степени образованности, компетентности, профессионализма кадрового потенциала Фонда зависит будущее системы обязательного медицинского страхования и страховой медицины края в целом. Если 10 лет назад в фонде численность сотрудников с высшим образованием составляла 47%, то сейчас она увеличилась до 84%.

Коллектив Фонда отличается стабильностью. По стажу работы в Фонде работники, проработавшие свыше трех лет составляют - 64%, из них большая часть ра-

ботает 10 лет, т.е. с момента создания Фонда; до трех лет - 36%. Средний возраст сотрудников Фонда составляет 40 лет. Две трети (64%) работников Фонда - женщины, мужчины составляют 36% от общего числа работников. Это же соотношение сохраняется и среди руководящего состава филиалов Фонда: из 33 управляющих - 23 женщины.

В настоящее время Фонд определяет будущие приоритетные направления по подготовке резерва кадров и формированию порядка замещения вакантных должностей на конкурсной основе.

Калягина Елена Ивановна - начальник общего отдела обязательного медицинского страхования **Руденко Татьяна Евгеньевна** - главный специалист по кадрам отдела правового и кадрового обеспечения Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования



ОРГАНИЗАЦИЯ СБОРА, УЧЕТА И КОНТРОЛЯ ЗА ПОЛНОТОЙ, ПРАВИЛЬНОСТЬЮ УПЛАТЫ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬЮ ПОСТУПЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ НА ОМС

Организация учета и контроля за правильностью начисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов являются приоритетными задачами Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования. Данную работу пришлось начинать практически с нуля.

В соответствии с административным делением края было создано 33 филиала Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования. На первом этапе была произведена регистрация плательщиков, открытие им лицевых счетов, что в дальнейшем позволило сформировать собственную базу данных. В крае зарегистрировано 109532 плательщика страховых взносов, из них 37538 предприятий, учреждений, организаций, 71994- предприниматели без образования юридического лица и крестьянско-фермерские хозяйства.

Координацию деятельности филиалов по всему кругу вопросов, связанных с формированием доходной части бюджета фонда, с сентября 1993 года осуществляет созданный в структуре фонда отдел контроля за поступлением страховых взносов и платежей. Его основной задачей является обеспечение наиболее полного и своевременного поступления денежных средств на ОМС работающего и неработающего населения.

Для создания единой системы учета и контроля была разработана нормативно-инструктивная документация:

- акт проверки плательщиков и справка по расчетам с Федеральным и Территориальными фондами ОМС;
- расчетная ведомость по уплате страховых взносов в фонды ОМС;
- акт камеральной проверки, применение которого позволило увеличить сбор просроченной задолженности,

штрафных санкций до проведения документальной проверки.

Также были подготовлены рекомендации по организации и проведению документальных проверок правильности начисления, полноты и своевременности уплаты страховых взносов в фонды ОМС и ряд других необходимых в аналитическом учете документов.

Изначально источниками финансирования ОМС были определены средства бюджетов всех уровней и страховые взносы работодателей, а с 2001 года

Изначально источниками финансирования ОМС были определены средства бюджетов всех уровней и страховые взносы работодателей, а с 2001 года суммы единого социального налога.

суммы единого социального налога. За период 1993-2002 годы на счета Ставропольского краевого фонда ОМС поступило свыше 5 млрд. руб. Из них:

- страховые взносы (ЕСН) работодателей - 2,6 млрд. руб.;
- страховые взносы, уплачиваемые органами исполнительной власти и местного самоуправления - 2,1 млрд. руб.;
- субвенции Федерального фонда - 318 млн. руб.

Специалистами филиалов было проведено свыше 38 тысяч документальных и 200 тысяч камеральных проверок плательщиков страховых взносов. В результате проведенных проверок было доначислено более 315 млн. руб. страховых взносов, взыскано в виде пени и штрафов 66,2 млн. руб., которые затем были направлены на финансирование лечебных учреждений края.

Для повышения квалификации кадров, занятых контролем за уплатой страховых взносов, с руководителями и специалистами филиалов проводятся краевые семинары-совещания по всем проблемам обязательного медицинского

страхования, в том числе и по формированию доходной части бюджета фонда.

Выполнение значительного объема учетных и вычислительных работ требует автоматизация этого процесса. С этой целью с 1995 года в филиалах СКФОМС был внедрен программный комплекс «Фонд МС», предназначенный для автоматизации процессов учета поступления и движения страховых взносов.

Проблемы задолженности по страховым взносам на ОМС лежат в одной плоскости с проблемами, касающимися налоговых платежей и погашения недоимок по другим государственным внебюджетным фондам. Поэтому для объединения усилий в решении вопросов контроля за правильностью начислений, полноты и своевременности уплаты страховых взносов было заключено Соглашение о сотрудничестве и взаимодействии с Государственной налоговой инспекцией по Ставропольскому краю.

Представители фонда принимают участие в работе Межведомственной балансовой комиссии и Коллегии государственных представителей, уполномоченных действовать на территории Ставропольского края по рассмотрению финансового состояния предприятий-должников. Представители филиалов работают в оперативных комиссиях по совершенствованию платежей и расчетов, созданных в городах и районах края.

В результате постоянного совершенствования методов работы, содействия со стороны Министерства финансов Ставропольского края, органов исполнительной власти в городах и районах края удалось решить проблему уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, погашения задолженности прошлых лет.

Агапов Владимир Васильевич - начальник отдела контроля за поступлением страховых взносов и платежей Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования

СТРУКТУРА И МЕТОДОЛОГИЯ БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕВОМ ФОНДЕ ОМС

Переход к обязательному медицинскому страхованию означал изменение подходов формирования государственной политики в области охраны здоровья граждан РФ, ориентированной на создание современной системы здравоохранения.

Система обязательного медицинского страхования предполагает целевой характер накопления и расходования финансовых средств на медицинское обслуживание населения и придает финансированию здравоохранения смешанный бюджетно-страховой характер.

С развитием системы обязательного медицинского страхования все большее значение приобретали вопросы учета и контроля за целевым и рациональным использованием средств системы обязательного медицинского страхования, которые рассматривались и решались с учетом происходящих процессов реформирования бухгалтерского учета и изменений налогового законодательства.

В период создания системы обязательного медицинского страхования возникла необходимость разработки нормативно-методических документов, в том числе и в вопросах ведения бухгалтерского учета и составления отчетности, основанных на единой методологии и учитывающих специфику системы обязательного медицинского страхования.

В Ставропольском краевоом фонде обязательного медицинского страхования (СКФОМС) и его 33 филиалах в городах и районах края создана и действует единая методология бухгалтерского учета в соответствии с требованиями действующего законодательства и нормативных правовых актов Российской Федерации. Бухгалтерский учет в фонде обязательного медицинского страхования осуществляется бухгалтерской службой, численность которой 43 человека с учетом специалистов в филиалах городов и районов края.

В настоящее время бухгалтерский учет в Ставропольском краевоом фонде обязательного медицинского страхования представляет собой систему элементов учетного процесса, которая имеет своей целью формирование полной и достоверной информации о деятельности фонда, его финансовых обя-

зательствах и положении имущества.

Учет предполагает предоставление оперативной информации и результатов анализа финансово-хозяйственной деятельности по данным бухгалтерского учета и отчетности, необходимым внутренним и заинтересованным внешним пользователям для осуществления контроля за рациональным и целевым использованием финансовых средств и имущества фонда в соответствии с законодательно утвержденными нормами и нормативами, сметами, а также в целях выявления и мобилизации внутрихозяйственных резервов.

Появление новых участников процесса обеспечения населения медицинской помощью (фонда ОМС, СМО, страхователей) потребовало введения новых статистических показателей

В обязанности бухгалтерской службы СКФОМС входит:

- ведение бухгалтерского учета в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации;
- осуществление предварительного контроля за соответствием заключаемых договоров объемам, предусмотренных бюджетом фонда, своевременным и правильным оформлением первичных учетных документов и законностью совершаемых операций;
- контроль за правильным и экономным расходованием средств в соответствии с целевым назначением по утвержденному бюджету фонда;
- финансирование учреждений, участвующих в системе обязательного медицинского страхования;
- контроль за состоянием расчетов с юридическими и физическими лицами, сохранностью денежных средств и материальных ценностей.

Бухгалтерский учет в фонде обязательного медицинского страхования ведется по бюджетному плану счетов, с составлением единого баланса. Учет осуществляется по мемориальной форме счетоводства, т.е. все проверенные и принятые к бухгалтерскому учету первичные документы систематизируются

по датам совершения операций и оформляются в накопительные ведомости (мемориальные ордера).

С целью осуществления контроля за рациональным использованием финансовых средств обязательного медицинского страхования в городах и районах края ежеквартально в течение 10 лет принималась и анализировалась бухгалтерская и статистическая отчетность от филиалов СКФОМС, страховых медицинских организаций (СМО) и лечебно-профилактических учреждений края.

Появление новых участников процесса обеспечения населения медицинской помощью (фонда ОМС, СМО, страхователей) потребовало введения новых статистических показателей, характеризующих деятельность по организации и финансированию бесплатной медицинской помощи.

Все более актуальным становится регулярное статистическое отслеживание и анализ деятельности субъектов обязательного медицинского страхования, которые позволяют решать все многообразие проблем по учету поступлений и расходования денежных средств.

Для рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования поставлена задача через внедрение новых технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации подойти к развитию интегративной медицины. В связи с этим ежегодно в рамках реализации краевых целевых программ направляются денежные средства на приобретение медицинского оборудования для лечебно-профилактических учреждений края, медикаментов и реактивов, на информатизацию лечебно-диагностического процесса лечебных учреждений края, на повышение квалификации врачей.

Здоровье населения - основной фактор социального и экономического развития нашей страны. Ставропольский крайовой фонд обязательного медицинского страхования, являясь основным источником финансирования лечебно-профилактических учреждений края, постоянно ведет работу по улучшению функционирования системы здравоохранения края.

Семина Наталья Евгеньевна - начальник отдела учета поступления и расходования средств ОМС - главный бухгалтер Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования



НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СРЕДСТВАМИ ОМС

За десять лет существования в России системы обязательного медицинского страхования накоплен определенный опыт, анализ которого позволяет наметить дальнейшие перспективы этой модели здравоохранения в нашей стране и в крае.

В основу обязательного медицинского страхования его создатели закладывали очень человеческий и прогрессивный принцип общественной солидарности, который в быту нередко формулируется как «Здоровый платит за больного, богатый - за бедного». Это - своеобразная касса взаимопомощи на уровне всей страны. Всей страной договорились, всей скинулись, и всей - делимся. Налоги, которые выплачивают работодатели от фонда заработной платы (богатые), и платежи администраций за неработающее население (бедные), попадая в фонды обязательного медицинского страхования, идут на оплату медицинской помощи условно болеющим работающим и неработающим гражданам.

Но на сегодняшний день действующая в России модель обязательного медицинского страхования имеет свои специфические особенности и ограничения:

- Размер налоговых поступлений от работодателей регламентирован единым размером отчислений и зависит в основном от экономического развития региона, количества зарегистрированных страхователей с определенным

фондом заработной платы, не будучи связан с состоянием здоровья населения данного региона и его потребностью в медицинской помощи.

- Финансовые средства, собранные в территориальных фондах ОМС, остаются на финансирование медицинской помощи населения своего региона, и только в очень незначительной части централизируются на уровне Федерального фонда ОМС с последующим выравниванием по регионам России.

Поэтому говорить о равных возможностях финансового обеспечения населения страны медицинской помощью при существующей модели обязательного медицинского страхования не приходится. Колебания показателей финансового обеспечения на 1 жителя составляют от 5000 - 4000 тысяч рублей в год на Чукотке и Ханты-Мансийске до 332 рублей в Агинском Бурятском Округе. В Ставропольском крае финансовое обеспечение средствами ОМС на 1 жителя в год в 2002 году составило 642 рубля, что определяет положение нашего края на 66 месте среди 91 региона по России.

При недостатках и противоречиях существующей модели обязательного медицинского страхования в России, интересно проследить как на примере Ставропольского края решается проблема выравнивания условий финансового обеспечения получения медицинской помощи жителями различных территорий, что в мини-приближении отражает ситуацию по России в целом. (Цветная диаграмма опубликована на стр. 6)

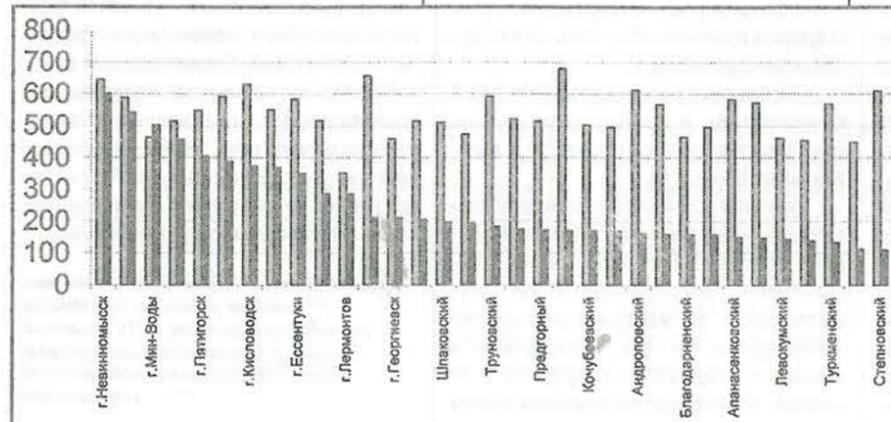
Из диаграммы видно, что чем выше

экономическое развитие города или района, тем выше показатель налоговых поступлений в расчете на 1 жителя этого района в год. Это в основном, в городах - Невинномысск, Ставрополь, Мин-Воды, Железноводск, Пятигорск.

Система выравнивания финансовых ресурсов на уровне территориального фонда ОМС позволяет жителям Грачевского, Красногвардейского, Андроповского, Труновского районов получать медицинскую помощь в большем объеме, чем собираемость налогов в районе по ОМС и обеспеченность собственными финансовыми ресурсами.

Десятилетний опыт работы Ставропольского края по обязательному медицинскому страхованию на механизме финансового выравнивания районов по обеспечению медицинской помощью позволяет сделать вывод, что для эффективного функционирования системы страхования как механизма общественной солидарности, при получении медицинской помощи необходима централизация средств на уровне России. Именно в таком направлении и предполагается намечаемая реформа в системе обязательного медицинского страхования. Это позволит в более полной мере использовать преимущества страхового принципа оплаты при получении медицинской помощи жителями любого региона России.

Негодова Наталья Дмитриевна - начальник отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования



■ Расходы на оказание медицинской помощи в системе ОМС на 1 жителя края в 2002 году. Средний показатель - 540. Выше среднего показателя - Грачевский р-н - 681, Красногвардейский р-н - 657. Ниже среднего показателя - г.Лермонтов - 352, Курский р-н - 450.

■ Налоговые поступления на 1 жителя края в 2002 году. Средний показатель - 314. Выше среднего показателя - г.Невинномысск - 602, г.Ставрополь - 542, г.Минеральные Воды - 503. Ниже среднего показателя - Степновский р-н - 112, Курский р-н - 114.

АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

В первой половине 90-х годов в условиях разрушения управленческой вертикали в здравоохранении существовавшие при социализме методы управления и планирования оказались малоэффективными. Практически было потеряно управление отраслью, что привело к неисполнению в субъектах Федерации основных положений федеральной политики в области здравоохранения, значительной территориальной дифференциации и диспропорции в предоставлении медицинской помощи.

Несмотря на наличие конституционной нормы (ст.41 Конституции РФ), гарантирующей населению бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, механизма реализации этой нормы не было. Необходимо было выработать не только стратегию, но и своеобразную тактику - конкретную программу действий, в которой получили бы отражение такие проблемы, как необходимый и возможный объем бесплатной медицинской помощи населению, условия оказания этой помощи и, главное, сбалансированность планируемых объемов медицинской помощи и финансовых средств бюджетов различных уровней и системы обязательного медицинского страхования.

С целью создания единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации по получению бесплатной медицинской помощи, гарантированного объема и качества, обеспечения полного выделения для этого финансовых средств и повышения эффективности использования имеющихся ресурсов отрасли ежегодно, в Ставропольском крае утверждается Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (далее - Программа).

Программа разработана на основе механизма сводного планирования потребности медицинской помощи и ее финансового обеспечения, объединяющая

все виды и объемы медицинской помощи, оказываемой лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) всех форм собственности и ведомственной принадлежности с разделением источников финансирования - бюджетного, страхового и хозрасчетного.

Программа по общим объемам оказываемой гражданам края бесплатной медицинской помощи и подушевым нормативам ее финансирования выступает в качестве минимальных социальных стандартов, что способствует планированию максимальных социальных показателей при минимальных финансовых затратах, достижению оптимальной системы оплаты за медицинскую помощь в соответствии с медико-экономическими стандартами, при максимально возможном удовлетворении потребностей населения.

Социально-экономическая значимость Программы состоит в том, что она обеспечивает единство стратегических и текущих планов с разбивкой по годам. Этим документом определен перечень и дана единая система социальных норм и нормативов в сфере оказания медицинской помощи.

На основе Программы для территорий края и лечебно-профилактических учреждений утверждаются государственные (муниципальные) заказы на оказание бесплатной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (госзаказ) по единой форме.

Госзаказ является переходной формой на новые экономические принципы планирования средств и финансирования здравоохранения - от бюджетозаменяющих в расчете от мощности ЛПУ к подушевому принципу финансирования на жителя, ориентированному на конечные показатели здоровья населения, и оплату медицинской помощи - за единицу объема оказанной медицинской помощи.

Введение подушевых нормативов финансирования является важнейшим механизмом финансового реформирования системы здравоохранения, обеспечивающим переход на экономически эффективные методы работы.

Практика реализации в Ставропольском крае Территориальных программ обязательного медицинского страхования на протяжении ряда лет показывает дефицит финансовых средств для их обеспечения даже по минимально ограниченной потребности на 30-50 % (самая низкая обеспеченность по Южному Федеральному округу). Реально Программа станет исполняться только тогда, когда произойдет значительное увеличение размеров страховых взносов органов исполнительной власти и местного самоуправления на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Лечебно-профилактические учреждения края в рамках Территориальной программы ОМС финансируются по 5 основным статьям расходов: оплата труда с начислениями, медикаменты и перевязочные средства, питание и мягкий инвентарь.

Благодаря Программе государственных гарантий отрасль здравоохранения получила регулирующее государственное начало, что в условиях рыночных отношений и самоуправления регионов обретает огромное значение, так как правильное формирование программы (объемов медицинской помощи и их стоимость) помогают создать нормативную базу для активизации реструктуризации существующей сети ЛПУ.

Шумейко Татьяна Васильевна - заместитель начальника отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС
Волошина Лилия Ивановна - заведующая сектором отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС

Сравнительный анализ структуры расходов средств ОМС в ЛПУ в 2002 году

| Наименование региона | Израсходовано средств ОМС ЛПУ-всего | в том числе | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | | на оплату труда с начислениями | на приобретение медикаментов | на приобретение мягкого инвентаря | на приобретение продуктов питания |
| Российская Федерация | 100,0 | 56,8 | 27,8 | 7,0 | 8,4 |
| Южный Федеральный округ | 100,0 | 54,7 | 30,0 | 4,5 | 10,8 |
| Ставропольский край | 100,0 | 73,3 | 21,5 | 0,7 | 4,5 |



ЭКСТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Об одном из аспектов защиты прав потребителей - доступности бесплатной медицинской помощи за пределами территории страхования - мы предлагаем интервью с начальником отдела организации обязательного медицинского страхования Ставропольского краевого фонда ОМС Александром Михайловичем Кальным.

- Когда перед командировкой собирала вещи, даже мысли не возникло о том, чтобы взять с собой страховой полис. Была уверена в его бесплезности. Поэтому приготовилась в случае необходимости за все платить по полной программе. И вот только недавно узнала, что, оказывается, не знала своих прав...

- Конституционные гарантии граждан никто не отменял.

Граждане России имеют право на бесплатную медицинскую помощь вне территории страхования в объёме Базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации. Есть и соответствующие нормативные документы, которые определяют механизм оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам вне территории страхования. Оказанную медицинскую помощь оплачивают фонды ОМС территорий - производителей медицинских услуг. Из средств фондов ОМС территорий - потребителей медицинских услуг - эти затраты компенсируются. Таким образом, территориальные фонды выступают в качестве гаранта оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам вне территории страхования.

В 2002 году в ЛПУ Ставропольского края было пролечено 13989 граждан из других территорий Российской Федерации. За пределами территории получили медицинскую помощь 8213 жителей Ставропольского края. За лечение граждан Ставропольского края за его пределами оплачено 11,6 миллионов рублей. Лечебным учреждениям Ставропольского края за лечение граждан России оплачено 25,5 миллионов рублей. Оборот финансовых средств на оплату экстерриториальной медицинской помощи составил 2,73% от оплаты медицинских услуг, произведённых страховыми медицинскими организациями края.

- И где же предпочитают лечить наши земляки?

- В плане лечебно-диагностического потенциала больше всего, разумеется, привлекает Москва. В 2002 году

там было пролечено более полутора тысяч жителей края. Почти столько же приняла Ростовская область. На третьем месте по числу обращений ставропольцев за медицинской помощью - Республика Северная Осетия-Алания - около тысячи человек. Далее следует Краснодарский край - 830 человек, затем Карачаево-Черкессия - 461 человек. Немаловажен вопрос, кто едет, и из каких районов края едут. Это мы тоже отслеживаем.

Граждане России имеют право на бесплатную медицинскую помощь вне территории страхования в объёме Базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации

- А откуда едут лечиться к нам?

- За исключением Москвы, почти из тех же территорий.

Больше всего едут из Карачаево-Черкессии: почти 4 тысячи человек.

Далее Краснодарский край - около полутора тысячи человек.

Ростовская область - более тысячи человек.

Из Кабардино-Балкарии пролечено около тысячи человек.

Республики Дагестан и Республики Калмыкия 641 человек и 506 человек соответственно.

- Что бы там ни обещали законы, однако в реальности ЛПУ не проявляют заинтересованности в том, чтобы лечить больных со стороны. Почему?

- Прежде всего потому, что в таких случаях компенсируется только часть затрат лечебно-профилактических учреждений. Территория-производитель медицинских услуг несет определённые финансовые потери. Соответственно, для территории-потребителя медицинских услуг очевидна экономия финансовых средств.

Приезжими гражданами избира-

тельно потребляется квалифицированная и высоко специализированная медицинская помощь - виды, которых недостаточно для жителей своей территории.

Другая причина. Очень часто не соблюдаются общепринятые требования при направлении пациентов: они поступают без необходимой медицинской документации, без данных предварительного обследования и согласования сроков госпитализации. При этом абсолютное большинство официально направляемых пациентов в краевые клинические учреждения поступают в тяжёлом состоянии с запущенными формами заболеваний, осложнениями по основной и сопутствующей патологии, после длительного лечения по месту жительства. Нередки также случаи, когда больных в тяжёлом состоянии, с декомпенсацией витальных показателей доставляют в приёмные отделения ЛПУ родственники, вообще без каких либо сопроводительных медицинских документов. Во всех этих случаях лечение сопряжено с дополнительными затратами и не укладывается в установленные сроки. Как следствие - претензии со стороны фондов обязательного медицинского страхования по обоснованности объёма и стоимости оказанных медицинских услуг.

- А если я получила за пределами края платную медицинскую помощь, будут ли мне компенсированы затраты?

- Обращения по этому поводу рассматриваются в индивидуальном порядке. Компенсируют финансовые средства учреждения, неправомочно их получившие. При наличии юридически оформленных документов претензии по компенсации финансовых средств не рассматриваются. Однако вариант принуждения подписания договора со стороны ЛПУ не исключается. В случаях необоснованного использования средств пациента деньги удаётся вернуть.

Подготовила Виктория Байгулова.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

В условиях развития обязательного медицинского страхования (ОМС) приобрела новое значение вневедомственная экспертиза качества медицинской помощи (КМП), основанная на принципах независимой экспертизы. Главная её цель - своевременно выявить причины некачественной работы на основных этапах процесса диагностики и лечения в медицинском учреждении и помочь их устранить.

Ставропольский краевой фонд ОМС совместно с медицинскими страховыми организациями (СМО) края участвует в развитии системы вневедомственной экспертизы КМП в целях защиты прав застрахованных с 1993 года. За этот период разработано Положение о вневедомственном контроле КМП в системе ОМС, Методика оценки КМП, Положение о финансовых санкциях, подготовлен штат специалистов - экспертов КМП. Опыт работы позволил сформировать основные принципы подхода вневедомственной экспертизы КМП, которые являются индикатором проблем, имеющихся в лечебной сети территории. Именно использование результатов вневедомственной экспертизы позволяет объективно принимать решения, позволяющие управлять КМП.

При участии Ставропольского краевого фонда ОМС подготовлен большой штат экспертов КМП как для работы в страховых медицинских организациях, так и для работы в лечебно-профилактических учреждениях края. Экспертами КМП являются сотрудники Ставропольской медицинской академии, практикующие врачи, имеющие ученую степень, высшую и первую квалификационные категории, работающие по договору. В числе штатных врачей-организаторов работают специалисты, имеющие опыт работы в системе ОМС. Большая часть штатных и внештатных экспертов имеют специальную подготовку по вопросам экспертизы КМП и использования её результатов для принятия управленческих решений.

Для проведения вневедомственной экспертизы КМП в Ставропольском крае с 2001 года используется метод «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи» (далее АТЭ КМП). Технология разработана ООО «Центр качества и квалификации» г. Санкт-Петербурга совместно с сотрудниками кафедры Управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова (зав.каф.проф. Чавпецов В.Ф.). АТЭ КМП позволяет получить объективную оценку всем факторам,

Вневедомственная экспертиза КМП проводится как по инициативе страховой медицинской организации, осуществляющей защиту прав застрахованных, так и при обращении граждан с жалобами на некачественное медицинское обслуживание

влияющим на качество работы конкретного врача, подразделения или учреждения в целом.

Вневедомственная экспертиза КМП проводится как по инициативе страховой медицинской организации, осуществляющей защиту прав застрахованных, так и при обращении граждан с жалобами на некачественное медицинское обслуживание. В 2002 году количество проведенных экспертиз уменьшилось (2002 г. - 39813 экспертиз; 2001 г. - 48070; 2000 г. - 43 481), так как уменьшилось количество обращений граждан, и вневедомственная экспертиза КМП приобрела целевой характер. Проведена большая работа, направленная на устранение причин оказания медицинских услуг ненадлежащего качества: осуществлена подготовка и переподготовка специалистов, произведен ремонт аппаратуры, приобретено новое оборудование. Проводится работа по стандартизации лечебного процесса, рациональному использованию потенциала параклинических служб.

По вопросам экспертизы КМП Став-

ропольский краевой фонд ОМС осуществлял взаимодействие с Карачаево-Черкесским ТФОМС. По заказу Карачаево-Черкесского ТФОМС силами внештатных экспертов Ставропольского края проведено более 300 экспертиз случаев оказания медицинской помощи, предоставленной лечебно-профилактическими учреждениями КЧР.

Вневедомственная экспертиза КМП заставляет руководителей ЛПУ анализировать эффективность использования имеющихся мощностей и кадрового потенциала, внедрять современные ресурсосберегающие технологии. При этом актуальными становятся изменения в системе, которые ведут к снижению неэффективных затрат. Можно привести множество примеров неэффективного использования ресурсов: назначение избыточных диагностических исследований, которые не играют роли в дальнейшей тактике ведения пациента; дублирование исследований (назначение анализов перед плановой госпитализацией и их повторное выполнение в стационаре); неэффективность использования коек; полифармазия (назначение неоправданно большого количества медикаментов пациенту) и т.д.

В этом году в СКФОМС создан отдел организации вневедомственной экспертизы КМП.

В настоящее время идет становление института правовой защиты населения. Вневедомственная экспертиза КМП является важной частью защиты прав застрахованных и действующим звеном по уменьшению риска для пациентов от их взаимодействия с медицинской подсистемой и оптимизации использования ресурсов здравоохранения. Плодотворное сотрудничество в области вневедомственной и внутриведомственной экспертиз КМП, преемственность, целенаправленное взаимодействие могут гарантировать совершенствование и развитие здравоохранения в Ставропольском крае.

Закуркина Алла Борисовна - начальник отдела организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи Ставропольского краевого ФОМС.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Информационные технологии являются неотъемлемой частью реформирования системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

Процесс становления службы информатизации в Ставропольском краевом фонде ОМС (Фонд) - это сложная и многоэтапная работа, которая ведется в соответствии с «Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на 2000-2005гг.», утвержденной правлением Федерального фонда ОМС 26 апреля 2000 года.

Стратегическим направлением этой работы является организация единого информационного пространства системы здравоохранения и системы ОМС, создание Единой информационной системы отрасли на основе совместного и комплексного использования информационных и вычислительных ресурсов и проведения всеми участниками системы здравоохранения и системы ОМС единой технической политики.

В службах и филиалах Фонда большинство работников работают на автоматизированных рабочих местах (АРМ). В исполнительной дирекции и в 19-ти филиалах Фонда компьютеры объединены в локальные вычислительные сети. Филиалы фонда последовательно подключаются к сети Интернет (в настоящее время подключено 22 филиала) для оперативного взаимодействия с исполнительной дирекцией, страховыми медицинскими организациями и лечебными учреждениями края. На базе Фонда организован узел доступа к информационным ресурсам по технологии Интернет.

Создание единой базы застрахованных на территории Ставропольского края позволяет:

- отслеживать полноту охвата обязательным медицинским страхованием жителей края;
- осуществлять контроль за соответствием численности застрахованных в базе данных Фонда и численности застрахованных в страховых медицинских организациях, предоставляемой для расчета финансирования на основе подушевого норматива;
- следить за достоверностью сведе-

ний о каждом застрахованном, рационально использовать средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оплаты реестров.

В целях оперативного учета налогов на ОМС, поступающих в филиалы Фонда от районных органов Федерального казначейства, используется подсистема обработки сведений на магнитных носителях с внесением их в базу данных и последующей обработкой для получения сведений различного уровня.

Задачи по учету поступления и расходованию финансовых средств в Фонде и его филиалах решены с помощью про-

Лечебные учреждения, являясь центральным звеном системы ОМС, должны быть полноценными участниками информационного взаимодействия со всеми субъектами системы

граммного комплекса 1-С и ведомственной бухгалтерской и статистической отчетности в системе «Муссон» с поддержкой электронного обмена.

Для оперативного взаимодействия между территориальными фондами ОМС по оплате счетов за лечение жителей края за его пределами и лечения жителей России в лечебных учреждениях края используется информационная система «Взаиморасчеты» с автоматизированной системой приема - передачи счетов и реестров по электронной почте.

Оценивая состояние информатизации в лечебных учреждениях Ставропольского края, нужно отметить общую проблему - низкую оснащенность средствами вычислительной техники (ВТ), значительная часть которой морально устарела. Существующие информационные базы данных, как правило, имеют индивидуальный доступ. Дефицит финансовых средств в лечебных учреждениях пока не позволяет укомплектовать информационные службы квалифицированными кадрами.

Лечебные учреждения, являясь центральным звеном системы ОМС, должны быть полноценными участниками информационного взаимодействия со всеми субъектами системы.

В целях создания единой информационной системы здравоохранения края системы ОМС, ее интеграции в единое информационное пространство Ставропольского края и России, Правительством Ставропольского края 15.03.2001 года принята региональная целевая программа «Основные направления информатизации системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Ставропольского края на 2001-2003 годы». Ее заказчиками являются Министерство здравоохранения Ставропольского края и Ставропольский краевой фонд ОМС. Основная задача программы - повышение оперативности управления, полноты, достоверности и объективности учета и сбора информации о деятельности лечебных учреждений и всех субъектов ОМС края по вопросам оказания медицинской помощи населению и финансово-хозяйственной деятельности.

В рамках настоящей программы в 2001-2002 гг. на средства Фонда было проведено оснащение ЛПУ автоматизированными рабочими местами (в составе - компьютер, принтер, источник бесперебойного питания, системное и прикладное лицензионное программное обеспечение). Всего в лечебные учреждения края в рамках программы поставлено 130 АРМ. Обучено 105 специалистов ЛПУ по организации информационных систем. Выполнены работы по организации локальных вычислительных сетей в Краевой клинической больнице, Краевом онкологическом диспансере, Труновской ЦРБ, Железноводской городской больнице.

Итак, использование современных информационных технологий существенным образом влияет на характер и содержание рабочих процессов и функциональных обязанностей, выполняемых сотрудниками Фонда, лечебных учреждений, страховых медицинских организаций. Расширяются возможности профессионального общения и создаются предпосылки для более обоснованного и оперативного принятия управленческих решений.

Юрков Александр Юрьевич, начальник отдела информатики и автоматизации Ставропольского краевого фонда ОМС



«Реально территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи станет исполняться только тогда, когда произойдет значительное увеличение размеров страховых взносов органов исполнительной власти и местного самоуправления на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

Шумейко Татьяна Васильевна - заместитель начальника отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС. (На фото -верху)

Волощина Лидия Ивановна - заведующий сектором отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС. (На фото -справа)



«В 2002 году в ЛПУ Ставропольского края было пролечено 13989 граждан из других территорий Российской Федерации. За пределами территории получили медицинскую помощь 8213 жителей Ставропольского края».

Кальной Александр Михайлович - начальник отдела организации ОМС СК ФОМС.

10 лет
Ставропольский краевой фонд



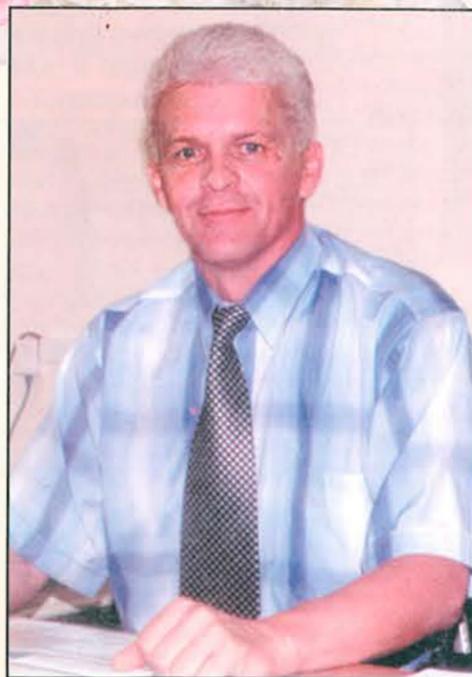
«Во время проверок специалисты контрольной службы Фонда не только выявляют нарушения и дают им соответствующую оценку, но и проводят учебу персонала в проверяемых лечебных учреждениях и СМО»

Саркисян Валерий Ханикович - начальник отдела контроля за рациональным использованием средств ОМС СК ФОМС.



«Коллектив Фонда отличается стабильностью. По стажу работы в Фонде работники, проработавшие свыше трех лет составляют - 64%, из них большая часть работает 10 лет, до трех лет - 36%».

Калыгина Елена Ивановна - начальник общего отдела СК ФОМС.



«Расширяются возможности профессионального общения и создаются предпосылки для более обоснованного и оперативно принятого управленческих решений»

Юрков Александр Юрьевич - начальник отдела информатики и автоматизации СК ФОМС.



«В условиях дефицита финансовых средств важную роль играет контроль за их рациональным использованием»

Рогожин Иван Арсеньевич - зам. управляющего филиалом СК ФОМС по г.Ставрополю.



«Вневедомственная экспертиза КМП является важной частью защиты прав застрахованных».

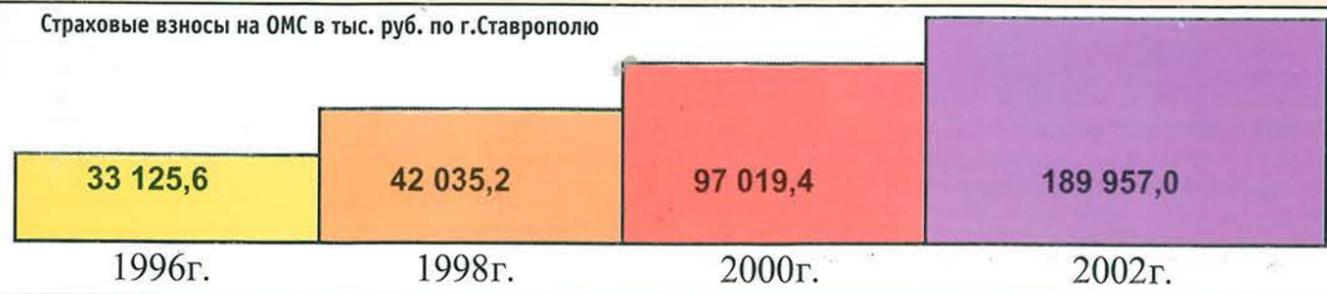
Закуркина Алла Борисовна - начальник отдела организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи СК ФОМС.



«Созданный в ноябре 1994 года, Ставропольский филиал является самым крупным среди филиалов по количеству зарегистрированных плательщиков и поступающих от них платежей на ОМС».

Нефтетиди Николай Олегович - управляющий филиалом СК ФОМС по г.Ставрополю.

Страховые взносы на ОМС в тыс. руб. по г.Ставрополю



Коллектив Кочубеевского филиала СК ФОМС

«По рейтингу, опубликованному в журнале «Коммерсантъ-Деньги» в 2002 году медицинская страховая компания «ЭМЭСК» входит в сотню крупных страховых компаний России по объему взносов и выплат».

Боброва Наталья Алексеевна - первый заместитель генерального директора ОАО «МСК «ЭМЭСК» г.Ставрополь.



Зам. главы администрации г.Буденновска Куртасова Светлана Николаевна



«По определению ВОЗ, данному в 1986 году, качество медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации медицинских работников, и, прежде всего, врачей».

Мажаров Виктор Николаевич - главный врач ГУЗ «Буденновская ЦРБ».



«В 2002 году через медицинские страховые компании было направлено субвенций для учреждений города и района в сумме 8319,9 тыс. руб.».

Тимченко Любовь Александровна - управляющая филиалом СК ФОМС по г.Георгиевску и Георгиевскому району.



Швайкина Татьяна Петровна - управляющая филиалом СК ФОМС по г.Буденновску и Буденновскому району. (На фото слева)





«В течение 2002 года:
* в стационарах города
Эссентуки пролечено 11,7
тыс. человек (из них: 30%-
иногородние);
* за оказанную медицинскую
помощь ЛПУ возмещены за-
траты из средств ОМС в сум-
ме 54 млн. руб.»

Катапов Дмитрий Григорьевич – главный врач
ГБУЗ «Эссентукская ЦГБ».
(На фото слева)
Герасименко Николай Иванович – управляющий
филиалом СК ФОМС по г. Эссентуки.
(На фото справа)



«Система обяза-
тельного меди-
цинского страхо-
вания за десять
лет существова-
ния доказала
свою жизнеспо-
собность и пер-
спективность».

**Иванова Галина
Ивановна** –
управляющая
филиалом
СК ФОМС
по г. Пятигорску.



«В 1996 году введена в строй новая поликлиника на 375 посещений в смену. В 2001 году сдано в эксплуатацию терапевтическое отделение на 50 коек с реабилитационным отделением, которому нет аналогов в крае».

Васюкова Раиса Григорьевна – управляющая филиалом СК ФОМС по Андроповскому району.



«В 2000 году за счёт средств фонда ОМС закуплено оборудования на 72,2 тысячи рублей, в 2001 году на 279 тысяч рублей и организовано два автоматизированных рабочих места в ЦРБ на сумму 106,5 тысяч рублей».

Зотова Татьяна Ивановна – управляющая филиалом СК ФОМС по Александровскому району.

СОСТОЯНИЕ И ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОМС СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Контрольно-ревизионная служба Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования (Фонд) организована 10 мая 1995 года. Основной целью деятельности этой службы является контроль за целевым использованием средств обязательного медицинского страхования (ОМС).

А также правильностью применения тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, их соответствия затратам лечебных учреждений на оказание медицинской помощи.

Порядок данного контроля определен Федеральным Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Положением «О федеральном и территориальном фондах ОМС» и инструкцией «О порядке проведения Фондами ОМС контрольных проверок целевого и рационального использования средств в учреждениях, функционирующих в системе ОМС», утвержденной приказом Федерального фонда ОМС. В соответствии с задачами контрольных проверок в Фонде разработаны и утверждены положение о контрольно-ревизионной службе, нормативные документы и методики проведения проверок в лечебных учреждениях, страховых медицинских организациях (СМО) и филиалах Фонда.

Нецелевое использование средств ОМС подразумевает направление средств на цели и виды медицинской помощи, не предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, принятой на территории Ставропольского края.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС Ставропольского края разрабатываются межведомственной Тарифно-согласительной комиссией, в состав которой входят представители Министерства здравоохранения края, Фонда ОМС, Ассоциации СМО, Ассоциации врачей Ставропольского края. Тарифы рекомендуются для применения всеми участниками системы ОМС.

Проверки лечебных учреждений,

СМО, филиалов фонда ОМС осуществляются по территориальному принципу - за время одной проверки проверяются субъекты и участники системы ОМС одного города или района. Это позволяет комплексно оценить систему взаимоотношений всех участников, выявить противоречия и проблемы на территории в предоставлении медицинской помощи по ОМС и оказать помощь в их разрешении.

Результаты проверок в обязательном порядке выносятся на обсуждение исполнительной власти города или района с целью подготовки и принятия обоснованных и эффективных управленческих решений по организации и оказанию медицинской помощи населению.

В течение года отделом контроля за рациональным использованием средств ОМС проводится в среднем около 100 контрольных проверок: из них около 75% составляют проверки лечебных учреждений

В течение года отделом контроля за рациональным использованием средств ОМС проводится в среднем около 100 контрольных проверок: из них около 75% составляют проверки лечебных учреждений всех уровней (клинического краевого, районного, участковых больниц и врачебных амбулаторий).

Основные нарушения, выявляемые в ходе проверок лечебных учреждений:

- использование средств ОМС на цели, не предусмотренные тарифным соглашением (приобретение и ремонт оборудования, оплата коммунальных расходов и т.д.);
- лечение больных, не имеющих страхового медицинского полиса по ОМС;
- завышение оплаты труда медицинского персонала при нагрузке, ниже планируемой в ОМС;
- завышение фактических затрат лечебных учреждений на медикаменты и продукты питания;
- использование средств ОМС на лечебные учреждения и отделения, не входящие в систему ОМС (туберкулезные больницы, фельдшерско-акушерские пункты и др.);

- приобретение лекарственных средств, оборудования, изделий медицинского назначения без необходимого обоснования.

Страховым медицинским организациям делегированы все полномочия по вопросам защиты прав застрахованных. Контроль за выполнением этих функций страховыми медицинскими организациями также является заботой контрольной службы Фонда.

По результатам проверок СМО выявляются следующие нарушения:

- необоснованное получение средств ОМС в связи с завышением численности страхового поля;
- несвоевременное направление финансовых потоков в лечебные учреждения;
- перечисление денежных средств ОМС в организации, не являющиеся субъектами ОМС;
- отчуждение по безвозмездным сделкам, обращение в свою собственность;
- формирование финансовых фондов и резервов по ОМС с нарушением условий, установленных Фондом.

По результатам проверок в медицинские учреждения и СМО направляются письма и уведомления по восстановлению средств ОМС, использованных не по целевому назначению. Практически все средства после проверок восстанавливаются в досудебном порядке и используются в дальнейшем по прямому назначению на оказание медицинской помощи по ОМС.

Следует отметить самую важную особенность в работе контрольной службы Фонда: во время проверок специалисты контрольной службы Фонда не только выявляют нарушения и дают им соответствующую оценку, но и проводят учебу персонала в проверяемых лечебных учреждениях и СМО. Расчеты, прилагаемые к актам проверок, являются обучающим материалом для персонала, что позволяет более профессионально вести работу всех служб и делает работу всех участников системы ОМС более эффективной.

Саркисян Валерий Хачикович.
Начальник отдела контроля за рациональным использованием средств ОМС Ставропольского краевого фонда ОМС, кандидат экономических наук.

ГОРОД СТАВРОПОЛЬ - ПОТЕНЦИАЛ ОМС ВСЕГО КРАЯ

За годы становления системы медицинского страхования в Российской Федерации обязательное медицинское страхование в Ставропольском крае стало реально действующим институтом, востребованным финансово и социально.

В крае в целом реализованы ключевые вопросы государственной политики в области ОМС, определенные законом «О медицинском страховании граждан в РФ», введена «Территориальная программа государственных гарантий обеспечения гражданам РФ на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощью».

Город Ставрополь, как краевой центр, является крупнейшим экономическим и культурным центром Ставропольского края, сосредоточившим в себе огромный потенциал по оказанию медицинской помощи жителям региона. Организационная структура обязательного медицинского страхования в нем представлена сетью городских и краевых лечебно-профилактических учреждений, краевым фондом ОМС и его городским филиалом, двумя медицинскими страховыми компаниями - головным представителем ОАО МСК «ЭМЭСК» и ЗАО «СК АСКО-Ставрополье-Мед».

В городе расположены 26 лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в системе ОМС. Все лечебно-профилактические учреждения и медицинские страховые организации г. Ставрополя имеют лицензии на право деятельности в системе ОМС.

Финансовое наполнение средствами ОМС государственного заказа на оказание бесплатной медицинской помощи населению г.Ставрополя в рамках Территориальной программы ОМС формируется из двух основных источников: страховые взносы из бюджета на страхование неработающего населения и страховые взносы работодателей всех форм собственности на страхование работающего населения. Хотелось бы подчеркнуть, что постоянное увеличение средств, направляемых в городские ЛПУ на оказание медицинской помощи населению г.Ставрополя, - важный показатель работы фонда ОМС. За счет дополнительных доходов краевого фонда ОМС и субвенций Федерального фонда ОМС дополнительно направлено в ЛПУ г. Ставрополя на повышение заработной платы недроботникам, медикаменты и продукты питания в 2000г. - 11566 тыс. руб.

в 2001г. - 17514,4 тыс. руб.
в 2002г. - 18945,0 тыс. руб.

что оказало существенную поддержку финансовому обеспечению ЛПУ.

В том, что в г. Ставрополе, несмотря на сложную экономическую ситуацию в стране и крае, сохранены и действуют государственные обязательства по оказанию бесплатной медицинской помощи, - заслуга и филиала Фонда по г.Ставрополю.

Созданный в ноябре 1994г., Ставропольский филиал смог поддержать финансовыми средствами ЛПУ города в самый тяжелый период становления в России системы обязательного медицинского страхования.

Ставропольский филиал является самым крупным среди филиалов Фонда как по количеству зарегистрированных плательщиков и поступающих от них платежей на ОМС, так и по количеству застрахованных жителей. На 01.01.2003г. в филиале зарегистрировано 39085 плательщиков; в том числе юридических лиц - 16031; предпринимателей - 23054.

Что касается платежей на обязательное медицинское страхование, то здесь просматривается устойчивая тенденция увеличения поступлений от плательщиков, что наглядно демонстрирует диаграмма, опубликованная на стр. 20.

Медицинскими страховыми организациями, действующими на территории города Ставрополя, застраховано 352054 человек, в том числе относящихся к категории неработающих 213232, работающих 138822.

Страхователем неработающего населения (пенсионеры, дети, инвалиды и др.) выступает администрация г.Ставрополя. Средства на страхование ежегодно предусматриваются в бюджете города, утверждаемом решением Ставропольской городской Думы. Начиная с 2003 года страхуется все неработающее население города.

С 01.01.2001г. частью второй нового Налогового Кодекса, контроль за перечислением страховых взносов в фонды ОМС возложен на инспекции Министерства по налогам и сборам. Несмотря на это, филиал продолжает активную работу

с плательщиками по всем вопросам обязательного медицинского страхования, что способствует не только повышению сбора платежей, но и определяет статус Фонда как необходимого звена в экономической инфраструктуре города.

Что касается взаимоотношений между субъектами ОМС города, то они выстроены в полном соответствии с законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В условиях финансового дефицита средств, важную роль играет контроль за их рациональным использованием. Специалистами филиала только за 2002 год проведено 98 проверок ЛПУ города по различным аспектам целевого использования средств. В то же время, осуществляя функции контроля, Ставропольский филиал уделяет огромное внимание разъяснительной работе. Специалисты филиала принимают активное участие в различных семинарах и конференциях.

Четкий контроль за учетом плательщиков, анализ страхового поля, ежемесячно предоставляемого медицинскими страховыми организациями, слаженная работа всего филиала, - была бы невозможна без полной компьютеризации, которую внедряет во всех филиалах исполнительная дирекция СКФОМС.

В организации плодотворной работы всех субъектов ОМС важную роль играют тесные деловые отношения с органами исполнительной власти, инспекциями МНС, другими внебюджетными фондами.

Ежедневно ведется огромная и кропотливая работа по всем аспектам деятельности филиала. Но никакой компьютер, никакая передовая технология - ничто, если нет мощного кадрового потенциала. Только профессионализм, напряженный труд и добросовестное отношение к своей работе, способствуют четкому функционированию городского фонда обязательного медицинского страхования.

Нефетиди Николай Олегович - управляющий филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования по г.Ставрополю

Медицинская страховая компания «ЭМЭСК» работает с января 1992 года и является самой крупной в Ставропольском крае. Филиалы и представительства расположены в 27 районах и городах региона.

Застраховано более половины населения края, медицинские полисы компании имеют 1 миллион 494 тысячи 926 жителей края. Заключено более 18 тысяч договоров страхования. По рейтингу, опубликованному в журнале «Коммерсант-Деньги» в 2002 году медицинская страховая компания «ЭМЭСК» входит в сотню крупных страховых компаний России по объему взносов и выплат.

Основной функцией медицинской страховой компании является защита прав застрахованных. За время функционирования компании рассмотрено 24 тысячи жалоб и обращений застрахованных, динамика и структура которых представлены на диаграмме.

Оказывает медицинская страховая компания и юридическую поддержку застрахованным при рассмотрении жалоб в суде. Приоритетным в своей дальнейшей деятельности страхования компания считает организацию мероприятий, направленных на предупреждение и активное выявление случаев нарушения прав и интересов застрахованных. Достигается это посредством выполнения работы по следующим направлениям:

- осуществление финансирования ЛПУ в необходимом объеме, участие в выработке политики ценообразования на медицинские услуги, участие в формировании государственного заказа;
- участие в разработке технологических стандартов оказания медицинской помощи;
- экспертиза качества медицинской помощи, медико-экономическая экспертиза;
- контроль за правомочностью применения платных услуг в ЛПУ;
- контроль лекарственного обеспечения стационаров ЛПУ;
- анализ медико-статистических и медико-экономических показателей работы ЛПУ;
- информирование населения о правах застрахованных в системе ОМС, оценка удовлетворенности застрахованных доступностью и качеством медицинской помощи (анкетирование, интервьюирование);
- финансирование мероприятий, направленных на повышение качества ме-

МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ "ЭМЭСК"

дицинской помощи из средств резерва предупредительных мероприятий.

Пациенты в лице страховой медицинской компании получили независимого защитника своих интересов. Эксперты страховщика, высококвалифицированные врачи, могут объективно оценить результаты лечения. За 2002 год проведено 25151 экспертиз качества медицинской помощи, что в относительных показателях (190 на 10000 застрахованных) превышает среднероссийский уровень (154 по РФ). По результатам выявлены нарушения в 51% экспертных случаев. Всего за время работы компании проведено более 160 тысяч медицинских экспертиз. На протяжении 5 последних лет в структуре дефектов превалирует, без тенденции к снижению, ненадлежащее качество медицинской помощи (41-58%). На 2-м месте - завышение объемов оказываемых услуг - стабильно составляет примерно четверть отмечаемых дефектов. Необоснованная госпитализация уменьшилась с 10% до 3%. Необоснованное ограничение доступности медицинской помощи снизилось с 5% до долей процента. Замечаний по оформлению и предоставлению медицинской документации также значительно меньше - снижение с 18% в 2000 году до 6% в 2002 году. Повторная госпитализация по вине ЛПУ и непрофильная - колебания в пределах 1% в структуре замечаний. Нарушения преемственности в разные годы составляли 5%-9%.

Продолжает совершенствоваться экспертная работа. Наряду с имеющейся собственной компьютерной программой «Эксперт», накапливающей полную персонализированную информацию по обращаемости в ЛПУ, применяется автома-

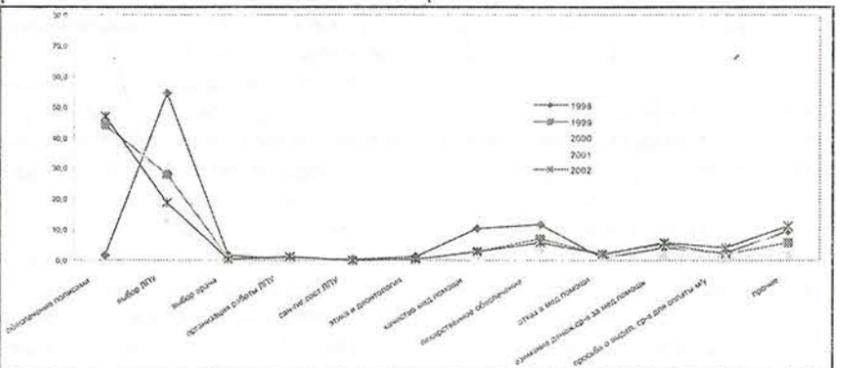
тизированная технология экспертизы Санкт-Петербургского «Центра качества медицинской помощи», позволяющая вырабатывать управленческие решения по управлению качеством лечебно-диагностического процесса.

По результатам медицинской экспертизы удержано в 2002 году 3,5 миллиона рублей. Медико-экономическая экспертиза позволяет сократить нерациональное использование средств. В 2002 году проведено 18 тысяч медико-экономических экспертиз, удержано по её результатам 3,4 миллиона рублей. Все полученные по результатам медицинской и медико-экономической экспертизы средства направлены в лечебно-профилактические учреждения. В том числе, 2 миллиона 186 тысяч рублей на мероприятия, способствующие улучшению качества медицинской помощи: приобретение медицинского оборудования, медикаменты, повышение квалификации медицинского персонала.

Значительное внимание уделяется повышению квалификации, профессиональному обучению персонала компании. Проведен семинар с привлечением Федерального фонда ОМС, МЗ РФ и Ставропольского края и первой Московской медицинской академии им. Сеченова, проводится постоянное совершенствование работы экспертов, экономистов и операторов.

В перспективе предстоит большая совместная работа с краевым фондом ОМС по решению задач, которые встают в связи с предстоящим реформированием системы обязательного медицинского страхования.

Боброва Наталья Алексеевна - первый заместитель управляющего ОАО «МСК «ЭМЭСК» г.Ставрополь



ОПЫТ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА ЭССЕНТУКИ В СИСТЕМЕ ОМС

В условиях перехода к рынку введение ОМС было единственным правильным экономическим решением, позволившем сохранить здравоохранение как отрасль и создать предпосылки для формирования нового социального института, в котором удается гармонично сочетать принципы страхования, новые подходы финансирования медицинской помощи и защиты прав граждан.

Средства ОМС, как целевой стабильный источник финансирования лечебно-профилактических учреждений города Эссентуки, позволили в определенной степени обеспечить гарантированную оплату труда медицинским работникам и заинтересовать ЛПУ в улучшении качества медицинской помощи, так как уровень финансирования лечебно-профилактического учреждения ставится в прямую зависимость от объемов, качества и достигнутых результатов по лечению застрахованных граждан.

С введением системы обязательного медицинского страхования лечебно-профилактические учреждения столкнулись с проблемой задержки возвращения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным больным. Решение указанной проблемы в городе достигнуто коллегиальной централизацией управления финансовыми потоками (филиал краевого фонда ОМС, страховая компания, орган управления здравоохранением города).

Базовой программой ОМС предусмотрена бесплатная лекарственная помощь пациентам при стационарном лечении. Однако реальное выполнение этой задачи год от года становится все сложнее, в первую очередь, в силу постоянного увеличения стоимости лекарств. Кроме того, в последние годы изменилась система закупок: этим правом пользуются не только аптеки города, но и посредством регулирования процесса - Министерство здравоохранения Ставропольского края и краевой фонд ОМС. В системе ОМС производится оплата только лекарственных средств, использованных в рамках лечебно-диагностического процесса. Это про-

исходит в соответствии с утвержденным тарифом на медицинские услуги (по статье «Медикаменты и перевязочные средства»).

Министерство здравоохранения и краевой фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края участвуют в создании условий для проведения централизованных закупок лекарственных препаратов, чем положительно влияют на формирование цены на те или иные препараты и оптимизацию расходов финансовых средств на закупку лекарственных средств и изделий меди-

Важнейшим результатом и одновременно дальнейшей задачей в области информатизации системы ОМС является создание корпоративной сети лечебно-профилактических учреждений

цинского назначения. Со стороны администрации здравоохранения города Эссентуки используются все возможности, чтобы минимизировать расходы на закупку лекарственных препаратов, не уменьшая в то же время качества и объема лекарственного обеспечения. С этой целью, в частности, введен предметно-количественный учет и контроль за рациональным использованием лекарственных средств так называемого «страхового заказа». Специалистами городского здравоохранения проводятся расчеты по определению денежного норматива потребления медикаментов на 1 койко-день, одно посещение в поликлинике и т.д. Совместно с Министерством здравоохранения Ставропольского края решаются различные проблемы, связанные с внедрением и реализацией стандартов лекарственного обеспечения.

Центральным и ключевым направлением для дальнейшего развития системы ОМС является формирование единой статистической и информационно-аналитической системы на основе уже существующих и вновь создаваемых программ информатизации отрасли на базе современных компьютерных технологий, средств связи и программного обеспечения, соответствующего новейшим достижениям в этой области.

Важнейшим результатом и одновре-

менно дальнейшей задачей в области информатизации системы ОМС является создание корпоративной сети лечебно-профилактических учреждений города Эссентуки, обеспечивающих не только информационный обмен между членами корпоративной сети, но и выход к внешним информационным ресурсам Internet.

Муниципальный заказ на оказание медицинской помощи в системе обязательно медицинского страхования граждан выполняется шестью лечебно-профилактическими учреждениями города, что, разумеется, ведет по ряду видам помощи к появлению конкуренции между лечебными учреждениями, а значит, и к развитию высокотехнологичной медицинской помощи в поликлиниках и стационарах города. В результате здоровой конкуренции определяется несколько видов медицинской помощи, которые, безусловно, являются лидирующими в оказании специализированной помощи населению края (офтальмологическая - заведующий отделением - Максимов П.К., гастрохирургическая - заведующий отделением - Грясов В.И.). Бесспорно, от этого выигрывают в первую очередь эссентучане.

В системе обязательного медицинского страхования города Эссентуки

* 6 лечебно-профилактических учреждений (все муниципальной собственности)

* 1 страховая компания

* 1 филиал Ставропольского краевого фонда ОМС

* 75341 застрахованных граждан, жителей города Эссентуки.

Несмотря на продолжающееся усиление влияния рыночных факторов в отечественном здравоохранении, обязательное медицинское страхование позволяет сохранять бесплатность и доступность медицинской помощи для населения города Эссентуки. Теперь все наши усилия, в том числе в рамках программы ОМС, будут направлены на то, чтобы сделать эту помощь как можно более оптимальной и адекватной потребностям эссентучан.

*Катанов Дмитрий Григорьевич - главный врач Эссентукской Центральной городской больницы
Герасименко Николай Иванович - управляющий филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования*

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БУДЕННОВСКОЙ ЦРБ

Проблема качества медицинской помощи в отечественном здравоохранении была обозначена в конце 80 - начале 90 годов. Однако до настоящего времени общепринятое понятие качества медицинской помощи в здравоохранении не прижилось, так же как и значимость его обеспечения и управления качеством оказания медицинской помощи.

Результаты анализа качества медицинской помощи, факторы, влияющие на него, не используются в оценке деятельности медицинских учреждений и принятии управленческих решений.

Поиск оптимальных путей совершенствования качества осуществляется многими научно-исследовательскими организациями, лечебными учреждениями, фондами ОМС и страховыми компаниями. На пути решения этих проблем Ставропольским краевым фондом ОМС было организовано обучение руководителей медицинских учреждений различных уровней и экспертов СМО по программе «Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология её оценки», предложенной кафедрой управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии им. И.И. Мечникова. Основными направлениями этой программы являются теоретические разработки проблем КМП, научное обоснование возможностей автоматизированной технологии экспертизы для управления качеством медицинской помощи и обеспечения прав граждан на медицинскую помощь надлежащего качества. Автоматизированная технология экспертизы, (АТЭ) как информационная технология, может использоваться для решения многих задач, стоящих перед учреждениями здравоохранения и ОМС в сфере контроля, управления качеством медицинской помощи и обеспечения гарантий надлежащего качества медицинской помощи населению.

В течение 2001-2002 года по данной программе краевым фондом ОМС проучены представители многих ЛПУ Ставропольского края, в том числе все заместители главного врача и все заведующие

отделений Будёновской ЦРБ. Фондом ОМС и Будёновской ЦРБ была приобретена программа для проведения экспертизы качества с применением АТЭ.

В основе автоматизированной технологии экспертизы лежит модель врачебного процесса, в соответствии с которой эксперт КМП анализирует правильность выполнения этапов сбора информации, составления диагноза, лечения и обеспечения преемственности, на каждом из которых могут быть допущены ошибки. Результатом работы эксперта

Экспертный протокол отражает ход логических рассуждений эксперта и причины, по которым то или иное действие или бездействие врача расценивается как ошибка

является формируемый с использованием компьютерной программы экспертный протокол, содержащий выявленные врачебные ошибки и их влияние на состояние пациента, ресурсы здравоохранения, социальные ресурсы, с обоснованием мнения эксперта относительно каждой из них. Экспертный протокол отражает ход логических рассуждений эксперта и причины, по которым то или иное действие или бездействие врача расценивается как ошибка. Последовательность анализа с использованием однозначно трактуемых определений «да, нет, сделано, не сделано» самых мелких составных лечебно-диагностического процесса обеспечивает прозрачный механизм оценки КМП. Формализованный язык экспертизы исключает неоднозначное толкование заключения эксперта, обеспечивает сопоставимость содержания экспертных протоколов, составленных различными экспертами. Предложенную технологию экспертизы можно использовать вне зависимости от врачебной специальности и изменяющихся медицинских технологий. Данные, содержащиеся в экспертных протоколах, становятся основой для расчёта количественных характеристик составных лечебно-диагностического процесса по массиву случаев.

Экспертами ГУЗ «Будёновская ЦРБ» при организационной поддержке специ-

алистов фонда ОМС и преподавателей кафедры управления качеством Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии, была проведена ведомственная экспертиза медицинской помощи, оказываемой в хирургическом отделении с применением АТЭ. Одновременно проводилась вневедомственная экспертиза КМП фондом ОМС в других ЛПУ края. Результаты этих экспертиз были доложены на краевой конференции, проведённой Министерством здравоохранения Ставропольского края и краевым фондом ОМС. Полученные результаты были практически равноценные.

Основные ошибки были: в блоке сбора информации-39%, блоке лечения 30% и 24%- в постановке диагноза.

Выводы сделанные и экспертами фонда ОМС и экспертами Будёновской ЦРБ позволили принять правильное управленческое решение. Основная масса ошибок приходилась на блок сбора информации, и финансовые затраты на улучшение качества лечебно-диагностического процесса на данном этапе были не столь велики. Организованы тематические врачебные конференции, часть врачей направлено на курсы повышения квалификации и т. д. С учётом того, что на втором месте стоят ошибки в блоке лечения, возникла необходимость подготовки группы врачей по вопросам клинической фармакологии.

Получены также результаты влияния допущенных ошибок на состояние пациентов, на социальные ресурсы, на использование кадровых и материальных ресурсов учреждения. Выявлены дефекты по отделению в целом и по каждому конкретному врачу.

Применённая совместно с фондом ОМС методика экспертизы позволяет в достаточной мере получить достоверную аналитическую информацию, обеспечивающую возможность принятия обоснованных управленческих решений в клиническом и экономическом аспектах деятельности медицинского учреждения, способствует повышению мотивации персонала к самосовершенствованию.

*Мажаров Виктор Николаевич - Главный врач ГУЗ «Будёновская ЦРБ»
Швайкина Татьяна Петровна - управляющая филиалом Ставропольского краевого фонда ОМС по г. Будённовску и Будёновскому району*



ОПЫТ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА ЕССЕНТУКИ В СИСТЕМЕ ОМС

В условиях перехода к рынку введение ОМС было единственным правильным экономическим решением, позволившем сохранить здравоохранение как отрасль и создать предпосылки для формирования нового социального института, в котором удается гармонично сочетать принципы страхования, новые подходы финансирования медицинской помощи и защиты прав граждан.

Средства ОМС, как целевой стабильный источник финансирования лечебно-профилактических учреждений города Ессентуки, позволили в определенной степени обеспечить гарантированную оплату труда медицинским работникам и заинтересовать ЛПУ в улучшении качества медицинской помощи, так как уровень финансирования лечебно-профилактического учреждения ставится в прямую зависимость от объемов, качества и достигнутых результатов по лечению застрахованных граждан.

С введением системы обязательного медицинского страхования лечебно-профилактические учреждения столкнулись с проблемой задержки возвращения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным больным. Решение указанной проблемы в городе достигнуто коллегиальной централизацией управления финансовыми потоками (филиал краевого фонда ОМС, страховая компания, орган управления здравоохранением города).

Базовой программой ОМС предусмотрена бесплатная лекарственная помощь пациентам при стационарном лечении. Однако реальное выполнение этой задачи год от года становится все сложнее, в первую очередь, в силу постоянного увеличения стоимости лекарств. Кроме того, в последние годы изменилась система закупок: этим правом пользуются не только аптеки города, но и посредством регулирования процесса - Министерство здравоохранения Ставропольского края и краевой фонд ОМС. В системе ОМС производится оплата только лекарственных средств, использованных в рамках лечебно-диагностического процесса. Это про-

исходит в соответствии с утвержденным тарифом на медицинские услуги (по статье «Медикаменты и перевязочные средства»).

Министерство здравоохранения и краевой фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края участвуют в создании условий для проведения централизованных закупок лекарственных препаратов, чем положительно влияют на формирование цены на те или иные препараты и оптимизацию расходов финансовых средств на закупку лекарственных средств и изделий меди-

Важнейшим результатом и одновременно дальнейшей задачей в области информатизации системы ОМС является создание корпоративной сети лечебно-профилактических учреждений

цинского назначения. Со стороны администрации здравоохранения города Ессентуки используются все возможности, чтобы минимизировать расходы на закупку лекарственных препаратов, не уменьшая в то же время качества и объема лекарственного обеспечения. С этой целью, в частности, введен предметно-количественный учет и контроль за рациональным использованием лекарственных средств так называемого «страхового заказа». Специалистами городского здравоохранения проводятся расчеты по определению денежного норматива потребления медикаментов на 1 койко-день, одно посещение в поликлинике и т.д. Совместно с Министерством здравоохранения Ставропольского края решаются различные проблемы, связанные с внедрением и реализацией стандартов лекарственного обеспечения.

Центральным и ключевым направлением для дальнейшего развития системы ОМС является формирование единой статистической и информационно-аналитической системы на основе уже существующих и вновь создаваемых программ информатизации отрасли на базе современных компьютерных технологий, средств связи и программного обеспечения, соответствующего новейшим достижениям в этой области.

Важнейшим результатом и одновре-

менно дальнейшей задачей в области информатизации системы ОМС является создание корпоративной сети лечебно-профилактических учреждений города Ессентуки, обеспечивающих не только информационный обмен между членами корпоративной сети, но и выход к внешним информационным ресурсам Internet.

Муниципальный заказ на оказание медицинской помощи в системе обязательно медицинского страхования граждан выполняется шестью лечебно-профилактическими учреждениями города, что, разумеется, ведет по ряду видам помощи к появлению конкуренции между лечебными учреждениями, а значит, и к развитию высокотехнологичной медицинской помощи в поликлиниках и стационарах города. В результате здоровой конкуренции определились несколько видов медицинской помощи, которые, безусловно, являются лидирующими в оказании специализированной помощи населению края (офтальмологическая - заведующий отделением - Максимов П.К., гастрохирургическая - заведующий отделением - Грясов В.И.). Бесспорно, от этого выигрывают в первую очередь ессентучане.

В системе обязательного медицинского страхования города Ессентуки

* 6 лечебно-профилактических учреждений (все муниципальной собственности)

* 1 страховая компания

* 1 филиал Ставропольского краевого фонда ОМС

* 75341 застрахованных граждан, жителей города Ессентуки.

Несмотря на продолжающееся усиление влияния рыночных факторов в отечественном здравоохранении, обязательное медицинское страхование позволяет сохранять бесплатность и доступность медицинской помощи для населения города Ессентуки. Теперь все наши усилия, в том числе в рамках программы ОМС, будут направлены на то, чтобы сделать эту помощь как можно более оптимальной и адекватной потребностям ессентучан.

*Катанов Дмитрий Григорьевич - главный врач Ессентукской Центральной городской больницы
Герасименко Николай Иванович - управляющий филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования*

ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БУДЕННОВСКОЙ ЦРБ

Проблема качества медицинской помощи в отечественном здравоохранении была обозначена в конце 80 - начале 90 годов. Однако до настоящего времени общепринятое понятие качества медицинской помощи в здравоохранении не прижилось, так же как и значимость его обеспечения и управления качеством оказания медицинской помощи.

Результаты анализа качества медицинской помощи, факторы, влияющие на него, не используются в оценке деятельности медицинских учреждений и принятии управленческих решений.

Поиск оптимальных путей совершенствования качества осуществляется многими научно-исследовательскими организациями, лечебными учреждениями, фондами ОМС и страховыми компаниями. На пути решения этих проблем Ставропольским краевым фондом ОМС было организовано обучение руководителей медицинских учреждений различных уровней и экспертов СМО по программе «Основы экспертизы качества медицинской помощи и автоматизированная технология её оценки», предложенной кафедрой управления качеством медицинской помощи Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии им. И.И. Мечникова. Основными направлениями этой программы являются теоретические разработки проблем КМП, научное обоснование возможностей автоматизированной технологии экспертизы для управления качеством медицинской помощи и обеспечения прав граждан на медицинскую помощь надлежащего качества. Автоматизированная технология экспертизы, (АТЭ) как информационная технология, может использоваться для решения многих задач, стоящих перед учреждениями здравоохранения и ОМС в сфере контроля, управления качеством медицинской помощи и обеспечения гарантий надлежащего качества медицинской помощи населению.

В течение 2001-2002 года по данной программе краевым фондом ОМС проучены представители многих ЛПУ Ставропольского края, в том числе все заместители главного врача и все заведующие

отделений Будёновской ЦРБ. Фондом ОМС и Будёновской ЦРБ была приобретена программа для проведения экспертизы качества с применением АТЭ.

В основе автоматизированной технологии экспертизы лежит модель врачебного процесса, в соответствии с которой эксперт КМП анализирует правильность выполнения этапов сбора информации, составления диагноза, лечения и обеспечения преемственности, на каждом из которых могут быть допущены ошибки. Результатом работы эксперта

Экспертный протокол отражает ход логических рассуждений эксперта и причины, по которым то или иное действие или бездействие врача расценивается как ошибка

является формируемый с использованием компьютерной программы экспертный протокол, содержащий выявленные врачебные ошибки и их влияние на состояние пациента, ресурсы здравоохранения, социальные ресурсы, с обоснованием мнения эксперта относительно каждой из них. Экспертный протокол отражает ход логических рассуждений эксперта и причины, по которым то или иное действие или бездействие врача расценивается как ошибка. Последовательность анализа с использованием однозначно трактуемых определений «да, нет, сделано, не сделано» самых мелких составных лечебно-диагностического процесса обеспечивает прозрачный механизм оценки КМП. Формализованный язык экспертизы исключает неоднозначное толкование заключения эксперта, обеспечивает сопоставимость содержания экспертных протоколов, составленных различными экспертами. Предложенную технологию экспертизы можно использовать вне зависимости от врачебной специальности и изменяющихся медицинских технологий. Данные, содержащиеся в экспертных протоколах, становятся основой для расчёта количественных характеристик составных лечебно-диагностического процесса по массиву случаев.

Экспертами ГУЗ «Будёновская ЦРБ» при организационной поддержке специ-

алистов фонда ОМС и преподавателей кафедры управления качеством Санкт-Петербургской Государственной Медицинской Академии, была проведена ведомственная экспертиза медицинской помощи, оказываемой в хирургическом отделении с применением АТЭ. Одновременно проводилась вневедомственная экспертиза КМП фондом ОМС в других ЛПУ края. Результаты этих экспертиз были доложены на краевой конференции, проведённой Министерством здравоохранения Ставропольского края и краевым фондом ОМС. Полученные результаты были практически равноценные.

Основные ошибки были: в блоке сбора информации-39%, блоке лечения 30% и 24%- в постановке диагноза.

Выводы сделанные и экспертами фонда ОМС и экспертами Будёновской ЦРБ позволили принять правильное управленческое решение. Основная масса ошибок приходилась на блок сбора информации, и финансовые затраты на улучшение качества лечебно-диагностического процесса на данном этапе были не столь велики. Организованы тематические врачебные конференции, часть врачей направлено на курсы повышения квалификации и т. д. С учётом того, что на втором месте стоят ошибки в блоке лечения, возникла необходимость подготовки группы врачей по вопросам клинической фармакологии.

Получены также результаты влияния допущенных ошибок на состояние пациентов, на социальные ресурсы, на использование кадровых и материальных ресурсов учреждения. Выявлены дефекты по отделению в целом и по каждому конкретному врачу.

Применённая совместно с фондом ОМС методика экспертизы позволяет в достаточной мере получить достоверную аналитическую информацию, обеспечивающую возможность принятия обоснованных управленческих решений в клиническом и экономическом аспектах деятельности медицинского учреждения, способствует повышению мотивации персонала к самосовершенствованию.

*Мажаров Виктор Николаевич - Главный врач ГУЗ «Будёновская ЦРБ»
Швайкина Татьяна Петровна - управляющая филиалом Ставропольского краевого фонда ОМС по г. Будённовску и Будёновскому району*

Социально-экономические реформы в России негативным образом отразились на состоянии здравоохранения. В начале 90-х годов резко снизилось бюджетное финансирование отрасли, ухудшилось материальное положение медицинских работников, увеличился отток медработников, работающих на селе. В Андроповском районе из-за отсутствия кадров медработников была закрыта участковая больница.

Показатели состояния здоровья сельского населения ухудшились. Возросла заболеваемость сельских жителей инфекционными болезнями, туберкулезом, сердечно-сосудистой патологией, алкоголизмом и наркоманией, увеличилось количество профессиональных заболеваний, выросла смертность трудоспособного населения, резко сократилась рождаемость.

Введение обязательного медицинского страхования в условиях перехода общества к рынку и развившегося на этом фоне экономического кризиса было не только своевременным, но и единственно правильным политическим и экономическим решением, позволившим уменьшить негативные последствия бюджетного дефицита и сохранить здравоохранение как отрасль.

Обязательное медицинское страхование на территории Андроповского района начало функционировать с 1 июля 1993 года - с создания Андроповского филиала Исполнительной дирекции Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования. Численность работников филиала - 4 человека.

На территории Андроповского района в системе ОМС оказанием медицинской помощи населению занимается одно Государственное учреждение «Андроповская центральная районная больница», в которую входят 2 участковые больницы, 1 инфекционная и 10 амбулаторий.

Обязательным медицинским страхованием населения района занимается Андроповский филиал ОАО МСК «ЭМЭС».

Главными задачами Андроповского филиала фонда ОМС является постоянный контроль за своевременным начислением и полным перечислением страховых взносов на ОМС, регистрация плательщиков страховых взносов, финанси-

РАБОТАЕМ НА ПЕРСПЕКТИВУ

рование ЛПУ, входящих в систему ОМС, контроль за целевым использованием средств ОМС лечебными учреждениями.

Преодолевая все сложности по внедрению новой системы, филиал ОМС по Андроповскому району внес свой посильный вклад в выполнение Закона о медицинском страховании. С 1993 года филиалом собрано страховых взносов, пени и штрафов в фонды ОМС в сумме 42 млн. рублей. Все средства были направлены на финансирование лечебно-профилактических учреждений за оказан-

С 1993 года филиалом собрано страховых взносов, пени и штрафов в фонды ОМС на сумму 42 млн. рублей. Все средства направлены на финансирование лечебно-профилактических учреждений

ную бесплатную медицинскую помощь жителям района в рамках Территориальной программы ОМС.

Средства обязательного медицинского страхования, как стабильный источник финансирования ЛПУ, позволили в определенной степени обеспечить гарантированную оплату труда медицинским работникам. Андроповская ЦРБ на протяжении двух последних лет не имеет задолженности по выплате заработной платы медработникам.

Большую финансовую помощь в выполнении Государственного заказа в рамках Территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения Андроповского района бесплатной медицинской помощью оказывают Федеральный и Краевой фонды ОМС. Только в 2002 году получено субвенций - 4,5 млн. рублей. Эти средства были использованы на выплату заработной платы, лекарственное обеспечение, приобретение мягкого инвентаря и компьютеров для ЦРБ.

За последние 7 лет в системе здравоохранения Андроповского района произошли положительные изменения. В 1996 году введена в строй новая поликлиника на 375 посещений в смену. В 2001

году сдано в эксплуатацию терапевтическое отделение на 50 коек с реабилитационным отделением, которому нет аналогов в крае. В 2002 году произведена реконструкция старого терапевтического отделения и открыто гинекологическое отделение на 20 коек. В текущем году начато строительство комплекса, в котором будут размещены родовое, гинекологическое отделения, женская консультация. Сметная стоимость 25 млн. рублей. В настоящее время освоено 4,8 млн. рублей.

В последние годы больница была оснащена новым оборудованием, приобретение которого частично осуществлялось за счет средств ОМС. Все это позволило медицинским работникам Андроповской ЦРБ улучшить качество медицинской помощи. Демографические показатели на 1000 чел. (общая смертность, младенческая смертность, перинатальная смертность) по Андроповскому району ниже, чем в среднем по краю. Ведется работа по совершенствованию и применению новых ресурсосберегающих методов и технологий.

По результатам работы за 2002 год ГУЗ «Андроповская центральная районная больница» награждена Дипломом комиссии по проведению ежегодного конкурса Правительства Ставропольского края по выпуску высококачественной и конкурентно-способной продукции (услуг) среди организаций Ставрополья. За применение эффективных методов управления качеством, значительные результаты по повышению качества выпускаемой продукции и оказанию услуг.

Главный врач ГУЗ «Андроповская ЦРБ» Куксенко Н.П. и зам. главного врача Бирюков В.И. награждены знаками «Рубиновый крест» и Дипломами за высокое качество медицинских услуг.

Несмотря на все трудности внедрения системы ОМС, можно с уверенностью сказать, что оно состоялось, и главная заслуга в становлении обязательного медицинского страхования принадлежит работникам ФОМС.

Васюкова Раиса Григорьевна - управляющая филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования по Андроповскому району.



«Уже на протяжении ряда лет работники Петровской ЦРБ стабильно получают заработную плату и имеют возможность своевременно пройти обучение для подтверждения и повышения категорий».

Краснова Ирина Николаевна - управляющая филиалом СК ФОМС по Петровскому району. (На фото в центре)



«Главное для нас - совершенствование контроля за рациональным использованием средств ОМС в ЛПУ и МСК».

На фото: Белов Павел Георгиевич - управляющий филиалом СК ФОМС по Краснозавардейскому району с коллективом.



«Из общей суммы субвенций, выделенных Ставропольскому краю, Кочубеевскому району перечислено 1,8 млн. рублей».

Орлова Татьяна Николаевна - управляющая филиалом СК ФОМС по Кочубеевскому району.



СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ФИЛИАЛ ПО Г. ПЯТИГОРСКУ



«С хорошим настроением встречает 10-летний юбилей коллектив филиала СК ФОМС по г. Буденновскому району».



Гарантия вашего здоровья

Ставропольский филиал ООО «Биотэк» г. Москва работает на фармацевтическом рынке Ставропольского края более пяти лет, является одним из лидеров в снабжении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в Северо-Кавказском регионе. Возглавляет Ставропольский филиал ООО «Биотэк» Потапенко Нина Петровна.



Основной вид деятельности фирмы «Биотэк» - оптово-розничная торговля фармацевтической продукцией. Вся деятельность лицензирована, включая работу с сильно действующими лекарственными препаратами, медикаменты сертифицированы (Федеральная лицензия М №004524 от 05.12.2000г. до 05.12.2005г.)

Рынок сбыта обширен. Филиал работает с учреждениями всех форм собственности - это фармации, муниципальные, государственные, частные аптеки, больницы, диспансеры. Нашими клиентами являются крупнейшие фармацевтические предприятия практически со всех республик Северного Кавказа. Форма сотрудничества любая: предоплата, товарный кредит, бартер, взаиморас-

четы, ценные бумаги. Нулевая наценка на все препараты, бесплатная доставка товара своим транспортом.

В штат сотрудников «Биотэк» входят высококвалифицированные специалисты, знающие и любящие свое дело. Руководствуясь девизом: «Все для здоровья человека!», представители Фирмы всегда готовы на плодотворное и длительное сотрудничество. За пять лет работы филиал в г. Ставрополе зарекомендовал себя надежным партнером и исполнителем налогоплательщиком.

Главное предприятие филиала находится в городе Москва.

«Биотэк» - это крупнейшая производственно-дистрибьюторская корпорация, успешно работающая на фарм. рынке уже свыше 10 лет. Президентом компании является Шпигель Борис Исаакович. «БИОТЭК» - это разработка и производство современных экологически чистых медтоваров. Корпорация «Биотэк» имеет свои производственные модули в Москве и является одним из учредителей ООО «Биодез» - предприятия по производству дезинфицирующего средства



«Эффект-форте». В Ставропольском крае полномочным представителем ООО «Биодез» является Ставропольский филиал «Биотэк-Ставрополь». Корпорация «Биотэк» является крупнейшим дистрибьютором. В рейтинге современных фармацевтических дистрибьюторов стабильно входит в категорию «Крупнейшие-Национальные».

Корпорация «Биотэк» ежегодно участвует в международных выставках, является обладателем диплома 1-ой степени выставок «Аптека-97», «Аптека-99» за лучшую экспозицию и лучший дизайн стенда, а президент корпорации Борис Исаакович Шпигель по итогам 2000 года признан лучшим предпринимателем в фарм. бизнесе.

В планах корпорации - открытие социальных

розничных аптек по программе «Социальные аптеки России», среди основных задач которой - добиться снижения розничных цен на медикаменты.

Ставропольский филиал ООО «Биотэк» г. Москва «Биотэк-Ставрополь» на рынке Ставропольского края более пяти лет. Номенклатура прайс-листа - 1000 наименований лекарственных средств, иной продукции медицинского назначения, а также новейшего дезинфицирующего средства «Эффект-форте».

Корпорация «Биотэк» - это гарантия Вашего здоровья в третьем тысячелетии!

Надеемся на плодотворное сотрудничество.

**Мы ждем Вас!
С 9.00 - 18.00**

Именно так можно сформулировать то, чем вот уже на протяжении десяти лет занимается на территории Петровского района коллектив филиала Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования.

Выполняя свои основные задачи по аккумулированию финансовых средств для осуществления медицинского страхования, по финансированию медицинских страховых организаций в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами, по учету и контролю за уплатой страховых взносов работодателями и платежей на неработающее население, за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование, а также по защите прав застрахованных, коллектив филиала фонда добился роста количества зарегистрированных плательщиков, а следовательно, и увеличения поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС) с 5 млн. рублей в 1995 году до 17,6 млн. рублей в 2002 году.

За годы существования филиала фонда в Петровском районе его сотрудникам удалось увеличить плановый норматив на работающее население в 7,7 раза, а благодаря дотациям из краевого фонда обязательного медицинского страхования фактический норматив вырос в 12 раз. Это говорит о том, что в районе значительно улучшилось медицинское обслуживание населения.

Коллектив филиала слаженно и конструктивно работает с представительством страховой компании «ЭМЭСК» и с Петровской центральной районной больницей (ЦРБ). Благодаря этому сотрудничеству своевременно и в полном объеме оплачиваются счета за лечение застрахованных лиц в краевых лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) и медицинских учреждениях Российской Федерации.

Через систему обязательного медицинского страхования реализуется право застрахованных граждан получать медицинскую помощь на территории всей России. Жители Петровского района, где кроме городских лечебных учреждений восемь сельских участковых больниц и три врачебные амбулатории, из-за отсутствия квалифицированной медицинской помощи по некоторым видам заболева-

ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА!

ний и в силу территориальной близости часто обращаются в краевые лечебные учреждения и ЛПУ других районов. Так, например, в прошлом году 19% больных района обратились за медицинской помощью в краевые ЛПУ.

Петровской ЦРБ совместно с районной администрацией и филиалом фонда ОМС принимаются меры по усовершенствованию лечебной базы района и повышению профессионального уровня медработников.

За годы существования филиала фонда в Петровском районе его сотрудникам удалось увеличить плановый норматив на работающее население в 7,7 раза

Так, только в 2002 году по курсу «Сердечное дело» смогли повысить знания 92 средних медицинских работников. 30 специалистов получили допуск к проведению операций по переливанию крови, а в результате трансфузионная терапия в Петровской ЦРБ соответствует утвержденным нормам и частично отпала необходимость в услугах краевой станции переливания крови. Также на 10-15 % сократилась обращаемость в краевые ЛПУ больных с общей хирургической патологией и сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В Петровском районе доля неработающих граждан составляет более 70%, в связи с этим филиал фонда одной из главных своих задач считает взаимодействие с районной администрацией по вопросу уплаты страховых взносов на неработающее население.

Закон Ставропольского края «О бюджетной системе» внес изменения в межбюджетные отношения, в результате в 2001 году в районе появилось два плательщика страховых взносов на неработающее население: городской и краевой бюджеты. Возникшие в связи с этим трудности по разделению страхового поля, перезаключению договоров финансирования, а также переход на казначейскую систему исполнения бюджета, - потребовали от работников филиала фонда напряженной работы как с представи-

тельством МСК, так и с администрациями города и района.

Специалисты филиала ежемесячно осуществляют проверки целевого использования средств ОМС в районной больнице: проверяются кассовый и фактический расход медикаментов и продуктов питания. Совместно с руководством ЦРБ удалось все медикаменты больницы поставить на предметно-количественный учет, причем медикаменты, приобретенные за счет фонда ОМС, учитываются отдельно, в том числе и за счет централизованных поставок. Это позволяет прослеживать движение медикаментов, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования.

Ежемесячно работники филиала фонда ОМС проводят анализ начислений заработной платы по отделениям ЦРБ, работающим в системе ОМС, что способствует тому, что дотации Федерального фонда ОМС и целевые средства краевого фонда ОМС расходуются Петровской ЦРБ строго на территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Осуществимую помощь филиал фонда оказывает ЦРБ в приобретении медицинского оборудования. Так, только в предыдущем году были приобретены: кювет для новорожденных, ультразвуковой сканер, дыхательный аппарат, оборудование для стоматологического кабинета. Также удалось помочь и с приобретением мягкого инвентаря, полностью обеспечив им больницу.

Коллектив Петровского филиала фонда сталкивается со многими проблемами, мешающими более успешно решать поставленные перед ним задачи. Но, несмотря на трудности, он старается профессионально и заинтересованно решать каждодневные задачи и уверенно смотрит в будущее, ведь главное в работе - это здоровье людей.

Краснова Ирина Николаевна - управляющая филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования по Петровскому району

**355000 г. Ставрополь, ул. Михайловское шоссе, 5
тел. (8652) 28-02-41, 28-02-44, 28-02-48, тел/факс 28-02-46**

Кочубеевский филиал Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования осуществляет свою деятельность с сентября 1993 года. В районе в системе ОМС работает одна страховая организация - Кочубеевский филиал ОАО МСК «ЭМЭСК» и Территориальное медицинское объединение (ТМО). Плательщиком страховых взносов на ОМС работающего населения являются предприятия различных форм собственности. Плательщик страховых взносов на ОМС неработающего населения - Кочубеевская районная администрация.

Отношение между субъектами медицинского страхования, расположенными на территории района, регулируются Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» и другими законодательными нормативными документами, действующими в системе ОМС.

Краевой фонд обязательного медицинского страхования осуществляет постоянную финансовую помощь, ежегодно направляя в район дотации для оплаты медицинских услуг. Система выравнивания финансовых ресурсов на уровне территориального фонда позволяет жителям района получать медицинскую помощь в большем объеме, чем обеспеченность собственными финансовыми ресурсами. Так, в 2002 году налоговые поступления на одного жителя составили 164 рубля, а расходы на оказание медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС на одного жителя составили 503 рубля.

В рамках программы «Основные направления информатизации системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Ставропольского края» производится оснащение лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) компьютерной техникой. Краевым фондом обязательного медицинского страхования для Кочубеевского ТМО приобретено два современных компьютера.

Как и во всех районах края, в Кочубеевском районе представителями фонда в индивидуальном порядке было рассмотрено финансовое состояние 36 предприятий-должников. В соответст-

ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕМ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНО

вии с постановлением Правительства РФ от 01.10.2001 года № 699 «О порядке и условиях проведения реструктуризации задолженности по страховым взносам в государственные социальные внебюджетные фонды, начисленным пеням и штрафам, имеющимся у организаций по состоянию на 01.01.2001 года» предприятия представили графики погашения задолженности. В 2002 году подлежала уплате задолженность по страховым взносам в сумме 700,8 тыс. рублей, фактически поступило - 599,6 тыс. рублей. Сумма пени и штрафов в 2002 году составила 106,1 тыс.

Несмотря на множество проблем и трудностей, возникающих в здравоохранении края, система ОМС позволяет и в экстренных ситуациях организовать незамедлительное оказание медицинской помощи...

рублей, фактически поступило 109,0 тыс. рублей, т.к. некоторые предприятия полностью погасили задолженность по пени.

В июне 2002 года на территории Ставропольского края произошло наводнение, имевшее характер стихийного бедствия с катастрофическими последствиями. По официальным данным погибло более 110 человек, 15 тысяч жителей населенных пунктов края были эвакуированы из зоны затопления, сотни семей остались без крова, лишились имущества. Было подтоплено и разрушено множество жилых домов, производственных объектов, медицинских учреждений. Всего во время стихии в Кочубеевском районе пострадало 5 населенных пунктов: ст. Барсуковская, с.Надзорное, х. Маковский, х. Ново-Кубанский, и ст. Усть-Невинская. В эпицентре наводнения оказалась станция Барсуковская. Были выведены из строя лечебные учреждения: участковая больница ст. Барсуковской и врачебная амбулатория с. Надзорного. От наводнения пострадало 7450 человек, 5456 из которых обратились за медицинской по-

мощью в ЛПУ района. В стационарах Кочубеевской центральной районной больницы, краевых ЛПУ и медицинских учреждениях г.Ставрополя было пролечено 352 человека.

Выездные бригады из числа сотрудников фонда ОМС совместно с работниками органов управления здравоохранением и страховых медицинских организаций осуществляли определение объемов медицинской помощи пострадавшим и механизмы ее финансирования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования незамедлительно откликнулся на просьбу Краевого фонда ОМС о выделении средств для организации медицинской помощи в зонах ликвидации последствий стихийного бедствия. Из общей суммы субвенций, выделенных Ставропольскому краю, Кочубеевскому району перечислено 1,8 млн. рублей.

За счет выделенных средств были приобретены для Барсуковской участковой больницы медоборудование на сумму 172,0 тыс.рублей (бормашина, шкаф ультразвуковой, аппарат «Тонус», два аппарата УВЧ, облучатели), мягкий инвентарь на сумму 42,2 тыс.рублей (одеяла, матрацы, подушки, постельное белье), на 111,5 тыс.рублей приобретены столы, стулья, стиральная машина, холодильник, а также продукты питания для стационарных больных. Для Надзорненской врачебной амбулатории также было приобретено медоборудование на сумму 15,6 тыс.рублей, мягкий инвентарь на сумму 6,0 тыс.рублей.

Система обязательного медицинского страхования в нашей стране и в крае не столь совершенна. Однако, несмотря на множество проблем и трудностей, возникающих в здравоохранении края, система ОМС позволяет и в экстренных ситуациях организовать незамедлительное оказание медицинской помощи и эффективное использование целевых финансовых средств.

Орлова Татьяна Николаевна - управляющая филиалом Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования по Кочубеевскому району

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КРАСНОГВАРДЕЙСКОМ РАЙОНЕ

Переход России к рыночной экономике сопровождается возникновением множества социальных проблем, в том числе и в области здравоохранения. Ухудшение социально-экономических условий жизни населения, пренебрежение к здоровому образу жизни (неправильное питание, курение, алкоголь) приводят к увеличению количества социальных стрессов и более высоким уровням заболеваемости и смертности.

Начало 90-х годов с кризисом экономики, постоянным и растущим дефицитом бюджета, обусловившим острую нехватку финансовых ресурсов, явилось критическим для здравоохранения. Все это отрицательно повлияло на способность системы охраны здоровья населения поддерживать необходимый объем и уровень оказания основных видов медицинской помощи.

В этой ситуации в целях создания более благоприятных условий деятельности здравоохранения была введена с 1993 г. система обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является формой социальной защиты граждан и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения.

С самого начала организации системы ОМС в Красногвардейском районе обязательное медицинское страхование представлено филиалом фонда, медицинской страховой компанией «ЭМЭСК» и центральной районной больницей (ЦРБ). Медицинским страхованием было охвачено все население нашего района. Сегодня почти каждый житель нашего района имеет полис обязательного медицинского страхования, а это более 40,0 тыс. человек.

Филиалом фонда ОМС с момента образования проводится работа по сбору и аккумулированию страховых взносов и

платежей на ОМС. Однако не все плательщики взносов добросовестно исполняли свои обязанности и уплачивали их в полном объеме. В результате на сегодняшний день задолженность по платежам в филиал СК ФОМС по Красногвардейскому району составляет более 6,0 млн.руб., несмотря на все принятые меры по ликвидации задолженности. А ведь эти средства могли быть направлены на поддержание системы здравоохранения нашего района, что сказалось бы на улучшении качества оказания медицинских услуг.

В условиях перехода к рыночной экономике здравоохранение Красногвардейского района также столкнулось

за 2002 год помимо финансирования системы ОМС в соответствии с утвержденным заказом району из средств фонда было дополнительно выделено 7,8 млн.руб.

с острой нехваткой денежных средств, что повлекло за собой дефицит лекарственных средств и изделий медицинского назначения, питания. Нельзя сказать, что в настоящее время в Красногвардейской ЦРБ решен вопрос с обеспечением лекарственными средствами. ЦРБ еще не может приобретать в достаточном количестве необходимые дорогостоящие медикаменты, но ситуация все же меняется, и в лечебном учреждении имеются в наличии жизненно необходимые и важные лекарственные средства, обновляется оборудование, мягкий инвентарь, проводится обучение и повышение квалификации специалистов.

За период деятельности филиалом фонда по Красногвардейскому району ежегодно в полном объеме, в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, осуществляется финансирование системы ОМС, кроме того из средств фонда дополнительно к утвержденному финансированию ОМС выделяются средства на приобретение лекарственных средств, продуктов питания, медицинского оборудования. Всего за период работы фи-

лиала система ОМС нашего района профинансирована в сумме 74,1 млн.руб. Кроме того, за счет средств краевого фонда дополнительно осуществляется оплата за лечение жителей нашего района в краевых лечебных учреждениях, реализуется программа повышения квалификации специалистов здравоохранения. Так, за 2002 год помимо финансирования системы ОМС, в соответствии с утвержденным заказом району, из средств фонда было дополнительно выделено 7,8 млн.руб.И все же для решения проблем здравоохранения средств по-прежнему недостаточно.

Сегодня система ОМС переходит на качественно новый уровень. Одним из приоритетных направлений работы системы здравоохранения является организация защиты прав застрахованных граждан.

Одним из основных направлений работы по защите прав застрахованных является повышение уровня информированности самих граждан о правах при получении медицинской помощи.

В завершение хотелось бы отметить, что проблема соблюдения прав застрахованных не проста. Для решения задач по вопросам качественного обеспечения медицинской помощи требуется комплексный подход. Бесспорно, что вопросы защиты прав граждан тесно увязаны с финансовым обеспечением территориальной программы государственных гарантий. А эта проблема для нашего края в целом, и района, в частности, остается актуальной и по сей день. Сегодня основными и перспективными направлениями филиала фонда ОМС являются:

* Обеспечение финансовой стабильности здравоохранения, в т.ч. уменьшение задолженности по страховым взносам в фонд ОМС.

* Совершенствование контроля за рациональным использованием средств ОМС в лечебно-профилактических учреждениях и медицинских страховых компаниях, а также за соблюдением прав граждан при получении медицинской помощи.

*Белов Павел Георгиевич
управляющий Красногвардейским
Филиалом Ставропольского краевого
фонда обязательного медицинского
страхования*

В 1991-1993 годах рыночные отношения в России стали все сильнее проявляться во всех отраслях хозяйства, переход к ним происходил на фоне сложнейших кризисных явлений во всех сферах и слоях общества. Не стало исключением и здравоохранение.

Принятие Закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» создало правовую основу для защиты населения от неопределенности в связи с постоянно растущей стоимостью медицинской помощи и прогрессивно ухудшающейся способностью прежнего финансового механизма обеспечить лечебно-профилактическую помощь необходимыми ресурсами.

С 1993 года начался процесс формирования структуры ОМС, и в мае 1993 года был создан Ставропольский краевой фонд ОМС, который активно включился в реализацию Закона.

Знаменательно, что Пятигорский филиал Фонда был открыт на основании приказа исполнительной дирекции № 1 от 01.07.1993г. и зарегистрирован распоряжением главы администрации города Пятигорска 01 сентября 1993 года. И вот уже прошло десять лет с этого исторического события - срок вполне достаточный для того, чтобы подвести определенные итоги работы.

Первый состав Пятигорского филиала был небольшим - всего пять человек. Начало работы филиала было связано с формированием базы данных налогоплательщиков. Работа велась в непростых условиях: при отсутствии постоянного помещения, вычислительной техники и нехватке кадров.

Особая сложность заключалась в недопонимании руководителями и бухгалтерами организаций необходимости реализации Закона «О медицинском страхо-

СТАНОВЛЕНИЕ ОМС В ГОРОДЕ ПЯТИГОРСКЕ

вании». Специалисты филиала терпеливо вели разъяснительную работу с налогоплательщиками, благодаря чему росло число зарегистрированных предприятий, организаций, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью, что наглядно видно на графике (рис.1 на стр. 22).

Постепенно увеличивался штат работников, расширялись их функции, но главной задачей филиала оставалось обеспечение наиболее полного поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование. И пропорционально росту плательщиков растет и уровень сбора страховых взносов (рис.2).

Кроме основной задачи по сбору страховых взносов на филиалы Фонда возлагаются функции контроля за рациональным использованием финансовых средств, проведение разъяснительной работы среди жителей города по вопросам ОМС. Выполняя эти задачи, специалисты филиала работают и со страховыми компаниями и с лечебными учреждениями города. Отслеживаются и контролируются изменения численности застрахованного населения города.

В лечебных учреждениях проводятся проверки по целевому использованию средств ОМС, правильностью расходования средств Федерального фонда ОМС, достоверностью предоставления информации по поступлению средств от страховых компаний и их расходованию, по вопросам обеспечения медикаментами.

Найдено взаимопонимание администрации города с городским филиалом

Фонда ОМС, что обеспечивает финансовую стабильность в оплате страховых взносов и погашение задолженности за прошлые годы на ОМС неработающего населения города.

За время существования системы ОМС в г. Пятигорске, благодаря городскому филиалу Фонда, сформировалась и действует инфраструктура ОМС. Стал более четким порядок взаимоотношений между субъектами ОМС: пациентом, медицинским учреждением, страховой компанией, Фондом, страхователем.

Страховые компании, работающие в системе ОМС, проводят активную работу по защите прав застрахованных путем рассмотрения жалоб, заявлений граждан и проведения экспертизы качества медицинской помощи, оказанной в ЛПУ г. Пятигорска.

Медицинские учреждения города, в начале введения системы ОМС являвшиеся её яркими противниками, стали её сторонниками, благодаря материальной и моральной поддержке краевого фонда ОМС.

Система ОМС за десять лет существования доказала свою жизнеспособность и перспективность. Пятигорский филиал Фонда ставит перед собой задачи по совершенствованию отношений между субъектами ОМС для того, чтобы права граждан в системе ОМС не ущемлялись, чтобы все имели равные возможности в получении бесплатной медицинской помощи, и не дискредитировалась система ОМС.

*Аикина Галина Ивановна -
Управляющая филиалом Ставропольского
краевого фонда ОМС по г.Пятигорску*



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

При этом предпочтение необходимо отдавать централизованным закупкам препаратов. В свою очередь приобретенные лекарственные препараты должны быть распределены через аптечную сеть и поступить в необходимом количестве в лечебные учреждения. Однако наличие лекарств в лечебно-профилактическом учреждении должно подкрепляться рациональным, ресурсосберегающим использованием препаратов при лечении больных. Именно эти четыре этапа определяют цикл фармацевтического менеджмента.

Как показывает анализ сложившейся практики потребления лекарств, на каждом из этих этапов имеют место значительные потери материальных ресурсов.

Изучение формулярных перечней лекарственных средств в ЛПУ Ставропольского края показывает, что во многих формулярах включено необоснованно большое количество препаратов, которые часто дублируют друг друга. Следовательно, уже сам формулярный перечень в подобной ситуации определяет возможность полипрагмазии. Вместе с тем хорошо известно, что при включении препарата в формулярный перечень необходимо учитывать, что «каждую потребность должен удовлетворять один препарат».

К сожалению, часто в формулярах обнаруживаются лекарственные средства эффективность которых не доказана. Поэтому рассчитывать на высокую результативность лечения в таких ЛПУ не приходится. Мотивировка включения низкоэффективных препаратов в формуляр их малой ценой в подавляющем большинстве случаев не обоснована. Действительно, затраты на эти препараты порой превышают расход на крайне необходимые и вполне эффективные средства. В формулярах стационаров присутствуют АТФ, рибоксин, экстракт алоэ, эринит, корвалол, дибазол, а также множество препаратов поликлинического этапа оказания помощи.

Имеет место и иная крайность. В ряде ЛПУ в формуляр включено достаточно много эффективных, но весьма дорогостоящих препаратов - «брендов». Их «проникновение» в перечни не обходит-

Развитие медицины в условиях ограниченности ресурсов побуждает разумно использовать имеющиеся финансовые средства. Одним из важнейших направлений ресурсосбережения является рациональное потребление лекарственных средств. В пределах края оно предполагает научно обоснованный выбор тех медикаментов, которые обеспечивают основные фармакотерапевтические технологии, и формирование лекарственного формуляра как для всего региона, так и для конкретных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). На основе формулярного перечня медикаментов должна готовиться заявка на приобретение лекарств.

ся без пресса рекламы и давления представителей фармацевтических компаний. Однако, следует учитывать, что у большинства авторских препаратов - «брендов» имеются аналоги - воспроизведенные препараты - «дженерики». Последние в установленном порядке зарегистрированы в России, поэтому они

Надо иметь в виду, что наибольшую экономическую отдачу при закупке медикаментов дает замена «брендов» на «дженерики»

имеют полное право на жизнь. Замена «брендов» на «дженерики» дает реальную экономию средств, поскольку последние заметно дешевле (порой в 2-3 раза).

Более того, как показывает опыт, и среди «дженериков» можно провести замену, выбирая более дешевый и не менее эффективный препарат. Если и возникают сомнения в эффективности конкретных препаратов, то они вполне разрешимы на региональном уровне при проведении клинической апробации и оценке биоэквивалентности.

В связи с этим при создании формулярных перечней как на уровне края, так и в отдельных ЛПУ необходимо четко соблюдать правила работы формулярного комитета, использовать сведения «доказательной медицины», применять методы фармакоэкономического анализа.

Аналогичный подход должен использоваться и при проведении централизованных закупок. Перечень препаратов, рекомендуемых к централизованной закупке должен формироваться в соответствии со всеми правилами разработки

лекарственного формуляра. При этом данный перечень должен обеспечивать все основные фармакотерапевтические технологии в ЛПУ общего профиля, работающих в системе обязательного медицинского страхования. В соответствии с положениями АВС - анализа такой набор медикаментов создается использованием порядка 80% финансовых средств, выделяемых в целом на лекарственное обеспечение. В связи с этим необходимо поставить вопрос о создании краевого формуляра лекарственных средств, который и должен стать основой заявки для проведения централизованных закупок медикаментов. При этом надо иметь в виду, что наибольшую экономическую отдачу при закупке медикаментов дает замена «брендов» на «дженерики».

Вместе с тем, в целом для здравоохранения края крайне важно производить закупку высокоэффективных препаратов. Ярким примером является проведение закупки антибактериальных препаратов. Преобладание в структуре приобретенных антибиотиков ампицилина представляется мало целесообразным, также как и доминирование в закупке цефалоспоринов 1 поколения. Причиной тому достаточно низкая чувствительность микрофлоры, выделяемой в стационарах края, к указанным антибиотикам. В то же время амоксицилин, являющийся ведущим препаратом, в том числе и по рекомендациям федеральных стандартов по антибиотикотерапии, практически не представлен в краевой заявке на 2003 год. Естественно, что в связи с недостаточной эффективностью закупленных антибиотиков здравоохранение края может понести значительные нерациональные затраты в связи с увеличением сроков лечения.

При формировании краевого формулярного перечня лекарств необходимо особое внимание уделить двум группам лекарственных средств: антибактериальным и кардиотропным, поскольку препараты именно этих групп определяют основные затраты системы ОМС на лекарственное обеспечение стационаров. Применительно к этим средствам по каждой позиции должно быть проведено фармакоэкономическое обоснование и представлены научные данные, доказывающие эффективность выбранных препаратов.

Особо следует остановиться на потерях, связанных с нерациональным использованием лекарственных средств. По данным экспертизы качества лечения и при оценке экономических потерь в ходе терапии (результаты уже 2003 года), обнаруживается значительный перерасход лекарственных средств. При этом большая доля медикаментов может закупаться самими больными. Эксперты оценивают масштабы назначений непоказанных лекарственных препаратов в пределах 14-19% от общего количества сделанных назначений. Смущает, что по-прежнему высоким остается доля назначений противопоказанных больным. В течение ряда лет число таких назначе-

ний составляет 4-5% от общего количества применяемых препаратов в ходе терапии отдельного больного. Беда в том, что достаточно часто противоположные средства определяют развитие осложнений фармакотерапии. По на-

Естественно, что в связи с недостаточной эффективностью закупленных антибиотиков здравоохранение края может понести значительные нерациональные затраты в связи с увеличением сроков лечения.

шим данным побочные действия лекарств регистрируются у 14-16% больных, проходящих лечение в больницах. В этой связи здравоохранение Ставропольского края, только в связи с необходимостью устранять осложнения лекарственной терапии у стационарных больных, несет потери более 25 млн. рублей ежегодно.

Таким образом, работа проводимая совместно краевым ФОМС, министерством здравоохранения и управлением по фармации и медицинской технике края, по совершенствованию лекарственного

обеспечения ЛПУ в системе ОМС, позволит устранить дефицит лекарственных средств в стационарах и обеспечит права пациента получить бесплатную лекарственную помощь в соответствии с законодательством РФ и Территориальной программой ОМС. Вместе с тем, только четкость соблюдения федеральных стандартов по работе с формуляром и созданию протоколов ведения больных, позволит достигнуть существенного ресурсосбережения. В свою очередь рациональное использование ресурсов, целесообразное применение лекарственных средств являются важными элементами системы управления качеством в здравоохранении края.

*Батурич Владимир Александрович - заведующий кафедрой клинической фармакологии СГМА, профессор, д.м.н.
Колодийчук Елена Владимировна - доцент кафедры клинической фармакологии СГМА, к.м.н.
Булгакова Татьяна Яковлевна - заместитель исполнительного директора Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования
Закуркина Алла Борисовна - начальник отдела организации вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования*

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

В России около 7 миллионов человек страдают бронхиальной астмой, из них 1 миллион - тяжёлой формой заболевания. На лечение бронхиальной астмы расходуется от 1% до 4% бюджета здравоохранения в различных странах.

В России 2/3 от выделенных на лечение бронхиальной астмы средств тратится на неотложную и стационарную помощь. Значительная доля расходов связана с плохим контролем заболевания.

Для достижения эффективного контроля над бронхиальной астмой необходимо медикаментозное воздействие на два важных компонента, которые приводят к возникновению симп-

томов бронхиальной астмы: дисфункцию гладкой мускулатуры и воспаление дыхательных путей.

В настоящее время существует несколько классов препаратов, рекомендуемых международными и националь-

Сальметерол (Серевент) - длительно действующий β-2- агонист.

Его бронхорасширяющий эффект продолжается в течение 12 часов

ными руководствами для базисной терапии бронхиальной астмы. Существующая терапия бронхиальной астмы, в основном, представлена двумя классами препаратов: β-2 - агонистами и глюкокортикостероидами.

β-2- агонисты применяются в ле-

чении бронхиальной астмы с 1960-х годов. Известным β-2- агонистом, избирательно воздействующим на β-2 - рецепторы лёгких, является сальбутамол (Вентолин), который вызывает немедленную активацию β-2- адренорецепторов. Так как сальбутамол (Вентолин) имеет короткую продолжительность действия (4-6 часов), его назначение не позволяет контролировать ночные симптомы бронхиальной астмы.

Сальметерол (Серевент) - длительно действующий β-2- агонист. Его бронхорасширяющий эффект продолжается в течение 12 часов. Начало действия препарата отмечается через 10-20 минут после ингаляции. Здесь надо учесть, что для купирования приступа рекомендуется использовать β-2- агонисты короткого действия.

Серевент подавляет раннюю и позднюю стадии реакции на вдыхаемые аллергены. Однократное введение Се-

ревента уменьшает гиперреактивность бронхов. Эти данные свидетельствуют о том, что Серевент, помимо свойств бронходилататора, обладает дополнительным действием, отличающимся от противовоспалительного эффекта глюкокортикостероидов. Серевент имеет более высокую селективность, чем любые другие β-2- агонисты. В отличие от других пролонгированных β-2- агонистов Серевент не приводит к снижению выраженности и продолжительности бронхорасширяющего эффекта даже при длительном применении.

Многочисленные клинические исследования доказали неоспоримое преимущество ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в базисной терапии бронхиальной астмы. ИГКС эффективно подавляют хроническое воспаление дыхательных путей, благодаря чему улучшается функция внешнего дыхания и уменьшается частота обострений бронхиальной астмы.

Флутиказона пропионат (Фликсотид) относится к группе глюкокортикостероидов местного действия и при ингаляционном введении оказывает выраженное местное противовоспалительное действие. Уникальное сочетание эффективности и безопасности отличает его при сравнении с другими ИГКС. Биодоступность флутиказона пропионата менее 1%. Существует прямая зависимость между величиной ингалируемой дозы и системным действием препарата. Системная абсорбция происходит преимущественно в лёгких. Действие флутиказона пропионата не сопровождается побочными реакциями, характерными для системных глюкокортикостероидов. На фоне ингаляционного применения флутиказона пропионата восстанавливается функция коры надпочечников, что подтверждается результатами стимуляционного теста.

Лечение Фликсотидом относится к методам профилактической терапии и препарат необходимо принимать регулярно, даже при отсутствии симптомов заболевания. Флутиказона пропионат эффективен в дозах в два раза меньших по сравнению с другими ИГКС, имеет надёжный клинический эффект при двукратном применении в сутки. Применяется у детей с 1 года.

В последние годы в терапии бронхиальной астмы отмечен значительный эффект при одновременном применении ИГКС с длительно действующими β-2- агонистами. Длительно

действующий β-2- агонист повышает чувствительность глюкокортикостероидного рецептора, приводя к усилению его кортикостероидной активности, т.е. меньшее количество кортикостероида требуется для поддержания определённого уровня стероидной активности.

В настоящее время создан современный препарат для комбинированной терапии бронхиальной астмы - Серетид Мультидиск. Он содержит ком-

Лечение Фликсотидом относится к методам профилактической терапии и препарат необходимо принимать регулярно, даже при отсутствии симптомов заболевания

бинацию длительно действующего β-2- агониста (сальметерола ксинафоата) - 50 мкг в дозе и глюкокортикостероида (флутиказона пропионата) - 100 мкг в дозе или 250 мкг в дозе. Сальметерол устраняет симптомы бронхиальной астмы, а флутиказона пропионат оказывает лечебное противовоспалительное действие, что предотвращает обострение заболевания.

Во всех исследованиях доказано, что Серетид Мультидиск обладает большей клинической эффективностью, что выражается в достоверном увеличении числа «успешных недель лечения», «дней без симптомов астмы» и «дней без эпизодов астмы»

Важнейшим открытием стало то, что два класса веществ обладают комплексным (взаимо усиливающим) механизмом действия. Главным преимуществом комбинированной терапии является увеличение эффективности лечения бронхиальной астмы при использовании низких доз ИГКС.

Серетид Мультидиск применяется в качестве базисной терапии бронхиальной астмы у взрослых и детей с 4-х лет. Серетид является препаратом выбора при среднетяжелой и тяжелой астме как средство стартовой терапии. Начальную дозу препарата определяют на основании дозы флутиказона пропионата, которая рекомендуется для лечения заболевания данной степени тяже-

сти. Широкий выбор дозировок Серетид Мультидиска обеспечивает гибкость режима дозирования стероидного компонента, позволяя максимально адаптировать терапию к степени тяжести заболевания конкретного пациента. Препарат следует применять регулярно, даже при отсутствии симптомов заболевания. Дозу рекомендуется титровать до минимально эффективной.

Серетид Мультидиск - уникальный препарат, позволяющий воздействовать на все аспекты патофизиологии бронхиальной астмы, применяя всего один ингалятор.

В последнее время были опубликованы результаты нескольких фармакоэкономических исследований, посвященных сравнению Серетид 50/100 мкг, 50/250 мкг и Фликсотид, назначенного в эквивалентных дозах. В исследованиях ставилась цель сравнить затраты на лечение и основные результаты терапии (достижение контроля над заболеванием, потребление ресурсов здравоохранения и т.д.) при использовании препарата Серетид Мультидиска и имеющегося стандарта лечения (Фликсотид).

Во всех исследованиях доказано, что Серетид Мультидиск обладает большей клинической эффективностью, что выражается в достоверном увеличении числа «успешных недель лечения», «дней без симптомов астмы» и «дней без эпизодов астмы». Прямые затраты на лечение в группе больных, получавших Серетид Мультидиск, возросли незначительно. При этом в группе больных, получавших Серетид 50/250 мкг, число «успешных недель лечения» увеличилось на 49%, «дни без симптомов астмы» - на 49% и «дни без эпизодов астмы» - на 73% по сравнению с пациентами, получавшими монотерапию Фликсотидом.

Кроме дополнительного улучшения показателей функции легких, качества жизни, комбинированная терапия снижает частоту обострений астмы, что даёт значительное преимущество в соотношении стоимость/эффективность. Таким образом, терапия современным препаратом Серетид Мультидиск является фармакоэкономически предпочтительной, несмотря на несколько более высокие прямые затраты на комбинированную терапию.

*О.А.Клименко -
Главный аллерголог Ставропольского
края, врач высшей квалификационной
категории*

Ради людей

К числу фирм, которые на протяжении многих лет принимают активное участие в формировании фармацевтического рынка края, несомненно относится и ООО «МежФармТорг», под руководством Иосифа Давидовича Зизова.

На сегодняшний день это, пожалуй, единственная фирма, которая бесперебойно, своевременно поставляет лекарственные препараты в кредит. Благодаря этому больные получают лекарства и необходимый курс лечения независимо от того, есть в больнице деньги на их покупку или нет. Кроме того фирма обеспечивает ЛПУ препаратами мед. назначения, инструментарием, мягким инвентарем. И, конечно, медицинским учреждениям это выгодно.

ООО «МежФармТорг», работает на перспективу, постоянно увеличивает товароборот, расширяет связи с поставщиками и клиентами. В числе партнеров — как российские, так и зарубежные заводы-производители, фармацевтические компании.

В планы фирмы входит дальнейшее расширение рынка сбыта.

Стабильной работе способствует высокий профессионализм коллектива. Здесь работают провизоры высшего класса, врачи, имеющие практический

опыт, участвующие практически во всех симпозиумах, научных семинарах, обучающиеся на курсах повышения квалификации специалистов.

Это менеджеры Андрей Иванович Капленков, Андрей Михайлович Подгорный; начальник отдела маркетинга Анна Сергеевна Врана, главный бухгалтер Наталья Федоровна Немцева и другие.

Еще одной отличительной чертой работы ООО «МежФармТорг» стало участие в благотворительных акциях.

Ежемесячно оказывается благотворительная помощь городу, детским домам, геронтологическому центру, детскому фонду «Милосердие».

Здесь искали средства и по итогам работы выдали поощрительные подарки клиентам. Бытовая техника, оргтехника, денежная помощь от фирмы направлены в больницы Труновского, Туркменского, Изобильненского, Апанасенковского, Шпаковского районов. Нужно отметить, что качество обслуживания клиентов фирмы безупречно высокое и этому уделяется должное внимание.

ООО «МежФармТорг» от всей души поздравляет коллектив СК ФОМС во главе с В.В. Губановым с 10-летним юбилеем. И желает всем здоровья, взаимопонимания, терпения в столь нелегкой работе и дальнейшего процветания.

Т.Засухина.

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-------|
| Уважаемые коллеги | 1 |
| Становление системы ОМС в Ставропольском крае | 2-4 |
| Развитие и управление финансово-экономическими аспектами системы ОМС | 4-6 |
| Инфраструктура ОМС Ставропольского края и система защиты прав граждан | 6-7 |
| Правовые аспекты ОМС | 8 |
| Структура Ставропольского краевого фонда ОМС и его кадровый потенциал | 11 |
| Организация сбора, учета и контроля за полнотой, правильностью уплаты и своевременностью поступления средств на ОМС | 12 |
| Структура и методология бухгалтерского учета в Ставропольском краевом фонде ОМС | 13 |
| Некоторые аспекты финансового обеспечения населения Ставропольского края средствами ОМС | 14 |
| Аспекты формирования Территориальной программы ОМС Ставропольского края | 15 |
| Экстерриториальная медицинская помощь | 16 |
| Организация и проведение экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС Ставропольского края | 17 |
| Информационное обеспечение системы ОМС Ставропольского края | 18 |
| Состояние и итоги контрольно-ревизионной работы в системе ОМС Ставропольского края | 23 |
| г.Ставрополь - потенциал ОМС всего края | 24 |
| Медицинская страховая компания ЭМЭСК | 25 |
| Организация деятельности системы ОМС в городе Георгиевске и Георгиевском районе | 26 |
| Может ли филиал фонда быть страховщиком? | 27 |
| Опыт работы лечебно-профилактических учреждений города Ессентуки в системе ОМС | 28 |
| Организация контроля качества оказания медицинской помощи в Буденновской ЦРБ с применением автоматизированной технологии | 29 |
| Работаем на перспективу | 30 |
| Гарантия вашего здоровья (Биотек) | 31 |
| Во имя здоровья человека! | 33 |
| Помощь оказываем незамедлительно | 34 |
| Развитие системы ОМС в Красноводском районе | 35 |
| Становление ОМС в г.Пятигорске | 36 |
| Актуальные проблемы потребления лекарственных средств | 37-38 |
| Ради людей | 40 |



Отдел учета и расходования средств.



Отдел организации ОМС и вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.



Отдел контроля за рациональным использованием средств ОМС в филиалах фонда, ЛПУ, МСК



Отдел экономического анализа, прогнозирования и ценообразования.



Филиал СК ФОМС по г. Ставрополю.



Общий отдел.



Отдел контроля за поступлением страховых взносов и платежей.



Отдел информатики и автоматизации.

Отдел административно-технического, хозяйственного и транспортного обеспечения.

СПЕЦВЫПУСК ПУЛЬС МЕДИЦИНЫ

Выходит при содействии: Министерства здравоохранения Ставропольского края, Ассоциации врачей Ставропольского края, Ассоциации фармацевтов Ставропольского края, Фармацевтической инспекции, Пятигорской Государственной фармацевтической Академии, Ставропольской Государственной медицинской Академии, Ассоциации страховых компаний, Правительства Ставропольского края.

НАД ВЫПУСКОМ РАБОТАЛИ:

1. Байгулова В.А. - журналист газеты Правительства Ставропольского края «Площадь Ленина».
2. Булгакова Т.Я. - заместитель исполнительного директора СК ФОМС.
3. Волошина Л.И. - заведующая сектором отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС.
4. Кальнов А.М. - начальник отдела организации ОМС СК ФОМС.

5. Калягина Е.И. - начальник общего отдела СК ФОМС.
 6. Негодова Н.Д. - начальник отдела экономического анализа, прогнозирования и ценообразования СК ФОМС.
 7. Сайфетдинов Э.Т. - главный специалист отдела информатики и автоматизации СК ФОМС.
 8. Юрков А.Ю. - начальник отдела информатики и автоматизации СК ФОМС.
- Главный редактор журнала «ПУЛЬС МЕДИЦИНЫ» - ЗАСУХИНА Т.А.

Бумага офсетная. Гарнитура - офсетная. Формат 60x84 /в, 1/8.5 п.л. Подписано в печать 23.06.2003 г. Тираж 900 экз. Заказ № 671 Журнал отпечатан с готовых фотоформ в ФГУП «ИПФ «Ставрополье», г.Ставрополь, ул.Спартак, 8

