

**Подушевое финансирование
амбулаторно-
поликлинической службы**

Новосибирск, 2005

Управление здравоохранения мэрии г. Новосибирска
Новосибирская государственная медицинская академия

Подушевое финансирование амбулаторно- поликлинической службы

Новосибирск, 2005

УДК 614.2:33

ББК 51.1(2)2

П44

Подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической службы

Методические рекомендации / В.М.Чернышев, И.М.Гичева,
О.Н.Герасименко, А.Л.Заиграев. - Новосибирск . - 2005. – 32 с.

ISBN

Методические рекомендации посвящены одной из самых актуальных для здравоохранения проблем, проблеме рационализации финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, которое повысило бы их заинтересованность в совершенствовании оказания медицинской помощи, повышении ее качества, в обеспечении приоритетности профилактической направленности в своей деятельности. Достаточно подробно описана методология расчетов нормативов при подушевом финансировании, приведены примеры.

Предназначены для организаторов здравоохранения всех уровней, руководителей частных медицинских учреждений, страховых медицинских организаций. Могут быть использованы при обучении и повышении квалификации организаторов здравоохранения.

Рецензенты :

Доктор медицинских наук, профессор

А.Ф.Финченко

Доктор медицинских наук, профессор М.А.Садовой

ISBN

@ В.М.Чернышев, И.М.Гичева
О.Н.Герасименко, А.Л.Заиграев

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	7
Введение.....	8
Основные принципы оплаты медицинских услуг при подушевом финансировании.....	9
Расчет подушевого норматива.....	11
Расчет бюджета ЛПУ при подушевом финансировании	12
Расчет бюджета ЛПУ при подушевом финансировании с частич- ным фондодержанием	15
Оплата амбулаторно-поликлинической помощи.....	19
Оплата деятельности специализированных служб в условиях подушевого финансирования.....	22
Оплата стоматологической помощи.....	27
Оплата акушерско-гинекологической помощи.....	28
Оплата дерматологической помощи.....	29
Заключение.....	30
Литература.....	32

Список сокращений

- АПО - амбулаторно-поликлиническое объединение
АПС - амбулаторно-поликлиническая служба
АПУ - амбулаторно-поликлиническое учреждение
ГЗ - государственный заказ
ДМС - добровольное медицинское страхование
КВД - кожно-венерологический диспансер
ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
МВД - министерство внутренних дел
МЗ - муниципальный заказ
МКР - модель конечных результатов
МО - министерство обороны
МП - медицинская помощь
МТБ - материально-техническая база
МУ - медицинская услуга
МЭС - медико-экономический стандарт
ОВП - общая врачебная практика
ОМС - обязательное медицинское страхование
ОУЗ - органы управления здравоохранением
ПМСП - первичная медико-санитарная помощь
ПТД - противотуберкулезный диспансер
СМО - страховая медицинская организация

СП - стоматологическая поликлиника

ТФОМС - территориальный фонд ОМС

ФФОМС - федеральный фонд ОМС

Введение

Рациональное финансирование работы территориальных поликлиник в целом и отдельно службы участковых врачей (врачей общей практики) – важнейший фактор улучшения качества организации и оказания медицинской помощи. Система оплаты деятельности АПУ является основой достижения целей, поставленных перед системой здравоохранения в целом и отдельными АПУ. Кроме того, способ оплаты во многом определяет методы планирования расходов на медицинскую помощь. В настоящее время в Российской Федерации сложилось принципиальное противоречие между традиционным бюджетным планированием расходов на здравоохранение по принципу «чем больше мощность, тем больше расходы» и современными способами оплаты МП в системе ОМС, основанными на учете объема и качества оказываемой помощи вне зависимости от мощности учреждения.

Оптимальная система оплаты МП предполагает достижение одновременно целого ряда целей: эффективное использование ресурсов, обеспечение доступности и качества помощи, свобода выбора для пациента, определенная профессиональная свобода врача, профилактическая направленность здравоохранения. Однако никогда в истории ни в одной стране мира не существовало ранее и не существует поныне идеального способа оплаты МП, позволяющего достичь всех этих целей одинаково успешно, учесть многочисленные факторы и особенности в организации МП, т.е. полной эффективности использования ресурсов, качества и доступности медицинской помощи, контроля за использованием средств.

Сегодня недостаточно решать задачу эффективного управления отраслью через выбор и внедрение новых методов оплаты МП на уровне конкретного учреждения. Необходимо формировать эту задачу на уровне всей системы здравоохранения в целом, включая все этапы оказания МП.

Общие требования к системе оплаты МП можно свести к следующим положениям (В.Ю.Семенов):

1. Система оплаты должна стимулировать врача к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах.
2. Расходы на оказание МП должна быть предсказуемыми.
3. Административные расходы должны быть минимальными.
4. Оплата различных этапов МП должна сочетаться одна с другой, обеспечивая заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов МП в сторону наиболее эффективного субъекта, предоставляющего медицинские услуги.

Наиболее полно указанным требованиям отвечает рассматриваемый в настоящих рекомендациях метод подушевого (подушного) финансирования.

ГЛАВА III. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ГОРОДА.

Одним из основных факторов, определяющих уровень оказания медицинской помощи в той или иной стране, является достаточность финансирования системы здравоохранения. Так, в большинстве развитых стран расходы на него составляют от 6 до 14% валового национального продукта, в то время, как в бывшем СССР они были равны в среднем 3,5-4,5%. Недостаточное финансирование, стремление к обеспечению всеобщей доступности и бесплатности медицинской помощи были не единственными проблемами, препятствующими рациональному функционированию системы и рачительному использованию выделяемых средств. Основная причина заключалась в неэффективном управлении отраслью, в т.ч. недостаточном применении экономических методов, а сложившийся в 70-80-х годах XX века порядок финансирования лечебно-профилактических учреждений и оплата труда медицинских работников характеризовались низкой материальной заинтересованностью (мотивацией) в конечном его результате как отдельных сотрудников, так и целых коллективов.

До настоящего времени нет единой системы финансирования в здравоохранении, а вновь создаваемая, в связи с внедрением ОМС, уже привела к значительным административным расходам, внесла еще большую путаницу в вопросы формирования стратегии развития отрасли, обеспечения прав граждан и финансовой ответственности субъектов ОМС.

В последнее время значительно увеличилось количество источников финансирования отрасли (ЛПУ), но основными, крупными и достаточно стабильными остаются два – бюджет муниципального образования и страховые взносы. Вместе с тем, пока нет механизма, обеспечивающего рациональное распределение средств в соответствии с общепринятыми приоритетами. Для этого необходимо более широкое применение экономических методов

управления, чтобы перенести внимание здравоохранения с больниц (стационаров) на амбулаторно-поликлиническое звено и, прежде всего, на организацию профилактики заболеваний. Проводимые преобразования должны гарантировать предоставление населению основной «корзины» медицинских услуг, в рамках государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи населению, прежде всего, уязвимым группам.

Для выяснения отношения к существующей системе финансирования руководителей органов и учреждений здравоохранения нами были опрошено 264 человек. При этом установлено, что, несмотря на достаточно продолжительное время работы с ФОМС, отношение к нему остается неоднозначным. В том, что они совершенно необходимы уверены лишь 5,7 % из опрошенных нами респондентов, почти каждый пятый (22 %) считает фонды необходимыми, 15,2 % полагают, что они лишние, 52,6 % предлагают их функции передать органам здравоохранения (36,0 %) либо СМО (16,6 %), 4,5 % затруднились ответить на этот вопрос.

Более лояльное отношение продемонстрировали респонденты к СМО, занимающимся ОМС. В том, что они необходимы или совершенно необходимы уверены 42,0 %, но немногим меньшее число (39,8 %) полагает, что их функции можно передать органам управления здравоохранения (30,3 %) либо фонду ОМС (9,5 %), неопределенный ответ дали 3,8 %.

В необходимости СМО, занимающихся ДМС, убеждены 60,7 %, лишними их считают 19,5 %, и почти столько же (19,8%) затруднились ответить.

Из общего числа респондентов лишь 1 отметил, что средств выделяется достаточно, 5 (1,9 %) указали, что дефицит финансирования менее 20 %, 8,8 % респондентов считают, что он равен 21-30 %, 88,9 % указали, что у них дефицит превысил 31 %, в т.ч. 28,5 % отметили, что он более 50 %, 20,8 % респондентов затруднились дать ответ.

Выраженный дефицит финансовых средств подтверждают и ответы на вопрос: «Как Вы оцениваете финансовое положение Вашего ЛПУ по

сравнению с дореформенным периодом?». Только 2 человека (0,8 %) отметили, что оно стало значительно лучше (столько же считают, что изменений не произошло), 10 (3,8 %) указали на улучшение, 3,1 % отметили некоторое ухудшение. Подавляющее большинство (82,0 %) считает, что стало хуже, в т.ч. 53,4 % отметили значительное ухудшение, 9,5 % респондентов затруднились ответить.

Все респонденты высказали неудовлетворенность современным состоянием финансирования. 70,6 % неудовлетворены дефицитом финансовых средств, 47,3 % не устраивает нерегулярность их поступления, а 16,0 % указали на диспропорции в финансировании деятельности учреждений.

Большая часть респондентов (73,1 %) для улучшения финансирования ЛПУ предложили увеличить его, 28,1% указывают, что следует повысить страховые взносы для работодателей.

39,3 % респондентов указали на необходимость упорядочения финансирования, которое должно быть адекватным, т.е. производиться с учетом объема и качества выполненной работы.

Несмотря на то, что все ЛПУ находятся примерно в одинаковых условиях, они по-разному оценивают свои возможности в получении финансовых средств и их расходовании.

Совершенно свободными в поиске финансовых средств считают себя только 2,0 % (5 респондентов), достаточно свободными 14,3 %, на ограничение ссылаются 43,4 %, резко ограничены 22,4 % респондентов, а затруднилось ответить 17,9 %. Примерно такая же ситуация и при расходовании средств, заработанных ЛПУ.

Интересно было узнать мнение руководителей учреждений здравоохранения к целевому, т.е. в соответствии со статьями расходов, финансовых средств, являющихся доходом учреждения. Лишь 7,6 % считают это совершенно необходимым, 31,4 % - необходимым в современных условиях, 15,2 % могут обойтись без этого, а вот 41,6 % убеждены, что такой порядок

финансирования мешает в решении неотложных задач, ограничивает оперативность в работе ЛПУ, 4,2 % не определились с ответом.

До настоящего времени нет единого мнения в порядке финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. Это еще раз подтвердили данные нашего опроса. Вместе с тем, значительное число респондентов (53,4 %) высказались за подходы, позволяющие АПУ больше «зарабатывать» денег, не ориентирующие на профилактическую направленность в их деятельность.

Так, 36,4 % респондентов высказались по сути за «гонорарный» принцип, т.е. оплату всего, что делается в поликлинике (за каждую услугу), 17,9 % оказались сторонниками оплаты за законченный случай. Четверть (24,6 %) высказались за подушевое финансирование, в т.ч. с наделением поликлиник функцией полного фондодержания (22,0 %) и частичного 2,6 %. Значительно меньшее число респондентов высказались за другие формы оплаты деятельности поликлиник. Так за оплату в зависимости от достижения МКР высказались только 4,5 %, за финансирование в зависимости от складывающейся экономической ситуации (по остаточному принципу) 2,6 %, скорее всего, это были представители стационаров. 18,6 % опрошенных согласны на финансирование в соответствии со сметами расходов.

Более определенным было отношение к финансированию деятельности стационаров: 62,0 % респондентов высказались за оплату за законченный случай; более четверти (26,2 %) оказались приверженцами смет расходов; 3,5 % убеждены, что нужно оплачивать за все услуги, которые пациент получает во время пребывания в больнице; 7,2 % считают лучшим способом – это оплата за число койко-дней, проведенных больных в стационаре; 1,1 % не смогли ответить.

Анализ данных, полученных в ходе проведения социологического исследования, выявил и ряд организационных недоработок как со стороны управления здравоохранения мэрии, так и руководителей ЛПУ.

Так, 73,7 % респондентов отметили недостаток в ЛПУ нормативно-правовых и методических документов, 70,6 % указали на недостаточное внимание со стороны органов управления здравоохранением подготовке руководителей ЛПУ к работе в современных условиях. Достаточно большое число (47,7 %) опрошенных не знакомы с опытом работы других территорий.

Обращает на себя внимание тот факт, что почти в половине ЛПУ (47,9 %) не используют сдельную оплату труда работников, в частности, коллективные формы организации и оплаты труда, которые при ограниченном ФОТ, позволяют реально повысить зарплату отдельного сотрудника.

Проводимое реформирование здравоохранения не обеспечило преодоление диспропорций в финансировании ЛПУ различного типа. Известно, что в России около 80% населения обращается и получает медицинскую помощь в АПУ, а 75% и более (Ю.М.Комаров, 1998) бюджета здравоохранения расходуется на содержание стационаров, в то время, как в развитых странах не превышает 45% (табл. 3.1.).

Таблица 3.1

Некоторые показатели (1996), характеризующие деятельность медицинских служб России и стран Западной Европы (Ю.М.Комаров, 1998.)

Показатели	Россия	Страны Западной Европы
Расходы на стационарную помощь (%)	75 %	45 %
Число врачей в первичном звене Здравоохранения	23 %	50 %
Число случаев направления пациентов из первичного звена к специалистам	32 %	6 %
Уровень госпитализации	20,6 %	15 %
Средние сроки пребывания в больницах (в днях)	16,9	11,0

Если принять во внимание, что число коек в расчете на 10000 населения и средняя продолжительность пребывания больных в стационаре в России в 1,5-2 раза превышает таковые показатели за рубежом (табл. 3.1.), при этом более трети находящихся в стационарах больных не нуждаются в госпитализации (Н.Ф.Герасименко, 1997), становится очевидным нерациональность использования средств, выделяемых на здравоохранение, т.е. имеет место внутриотраслевое остаточное финансирование АПУ.

В связи с дефицитом финансовых средств, отсутствием материальной заинтересованности в расширении объема оказываемой медицинской помощи и услуг, до настоящего времени не находят должного применения такие экономически выгодные и привлекательные для пациентов стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи, как дневные стационары, стационары на дому, амбулаторная хирургия, а организация профилактической работы с населением носит формальный характер.

Мы полностью разделяем мнение экспертов ВОЗ считающих, что государственная политика в сфере охраны здоровья населения, которая обеспечит рост эффективности использования ресурсов в нашей отрасли должна включать в себя:

Во-первых: создание экономического климата, способствующего стремлению населения самостоятельно улучшить здоровье, помощь бедным (социальное выравнивание минимальных доходов), вложение средств в образование, в пропаганду здорового образа жизни и т.п.

Во-вторых: рационализация использование финансовых средств. Если не менее 50 % из них направить на первичную медицинскую помощь, то можно резко снизить (25 %) совокупное экономическое бремя от болезней.

При этом следует всячески способствовать развитию системы частного страхования и иных форм предоплаты этих услуг.

В-третьих: создание конкуренции в сфере финансирования и организации медицинского обслуживания между государственными, муниципальными и частными структурами.

В связи с вышеизложенным и результатами опроса, нами был проведен анализ литературы в поисках вариантов финансирования, способствующих совершенствованию муниципального здравоохранения, обеспечивающие усиление материальной заинтересованности самого важного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлинической службы, усиление профилактической направленности в ее работе, заинтересованность в сохранении здоровья обслуживаемого населения.

Следовательно, нужен такой подход, такой механизм финансирования, который бы обеспечил рациональное распределение средств между стационаром и поликлиникой в зависимости от объема и качества оказываемой ими медицинской помощи, а также способствовал решению выше перечисленных проблем. На основе анализа и наших разработок мы предлагаем порядок оплаты деятельности ЛПУ по принципу, который условно определили как принцип «сообщающихся сосудов», т.е. где больше оказывается услуг, туда и должны «перетекать» либо сохраняться больше средств.

Образное сравнение организации оказания медицинской помощи с известным в физике законом о сообщающихся сосудах обусловлено следующими причинами:

1. Медицинская помощь оказывается единой службой (системой) – муниципальным здравоохранением, в т.ч. как амбулаторных условиях (80%), так и в стационаре (20%). Если на догоспитальном этапе возможности исчерпаны либо их нет совсем, то помощь оказывается в стационаре, после чего пациент вновь поступает под наблюдение АПУ (рис. 3.1.).

2. Бюджетные средства и средства ОМС на здравоохранение выделяются на отрасль в целом. В этой связи обеспечение приоритетности финансирования

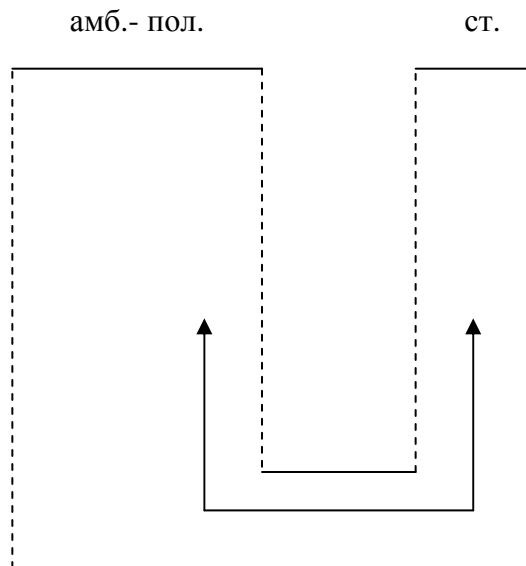


Рис. 3.1. Оказание медицинской помощи по принципу «сообщающихся сосудов»

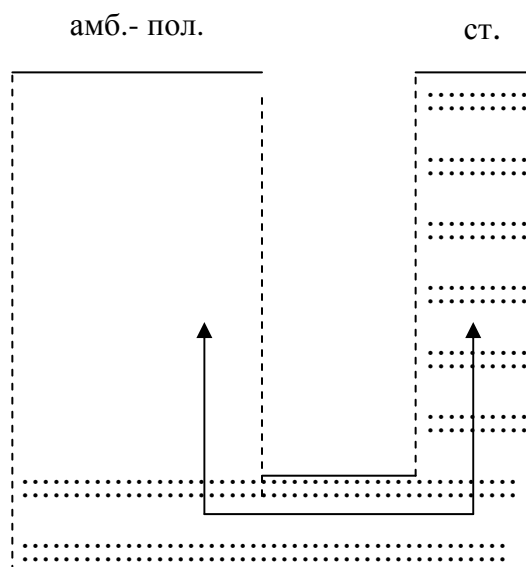


Рис. 3.2. Сложившиеся соотношения между объемами оказания помощи и финансированием на догоспитальном и госпитальном этапами.

на основе материальной заинтересованности возможно лишь за счет перераспределения («перетекания») средств внутри системы (рис. 3.2).

Такой подход позволит устранить указанную диспропорцию, появится заинтересованность и возможность первичной медико-санитарной службы расширять объем помощи и повышать ее качество, а, следовательно, и во внедрении новых медицинских высокоэффективных технологий, создании более комфортных условий для пациентов и т.д.

В связи с этим, на наш взгляд, представляется целесообразным из наиболее принятых вариантов финансирования выбрать такие (для поликлиник и для стационаров), которые бы способствовали достижению поставленной цели.

3.1. Методы оплаты амбулаторно-поликлинической службы в РФ.

Одним из основных направлений реформирования здравоохранения является обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи с учетом ограниченных финансовых возможностей, несмотря на которые имеет место нерациональное использование выделяемых средств. Поэтому встала задача поиска методов оптимального их распределения. Решение этой задачи во многом зависит от выбора механизма оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, который позволял бы рационально расходовать средства, направленные на здравоохранение, и одновременно стимулировал бы лечебные учреждения к совершенствованию оказываемых услуг, к мобилизации внутренних резервов управления ЛПУ.

Как уже указывалось выше, около 80% больных начинают и заканчивают лечение в АПУ, механизмы оплаты деятельности которых имеют особое значение для повышения эффективности использования ресурсов отрасли, так как они во многом определяют размеры затрат на прочих этапах оказания медицинской помощи.

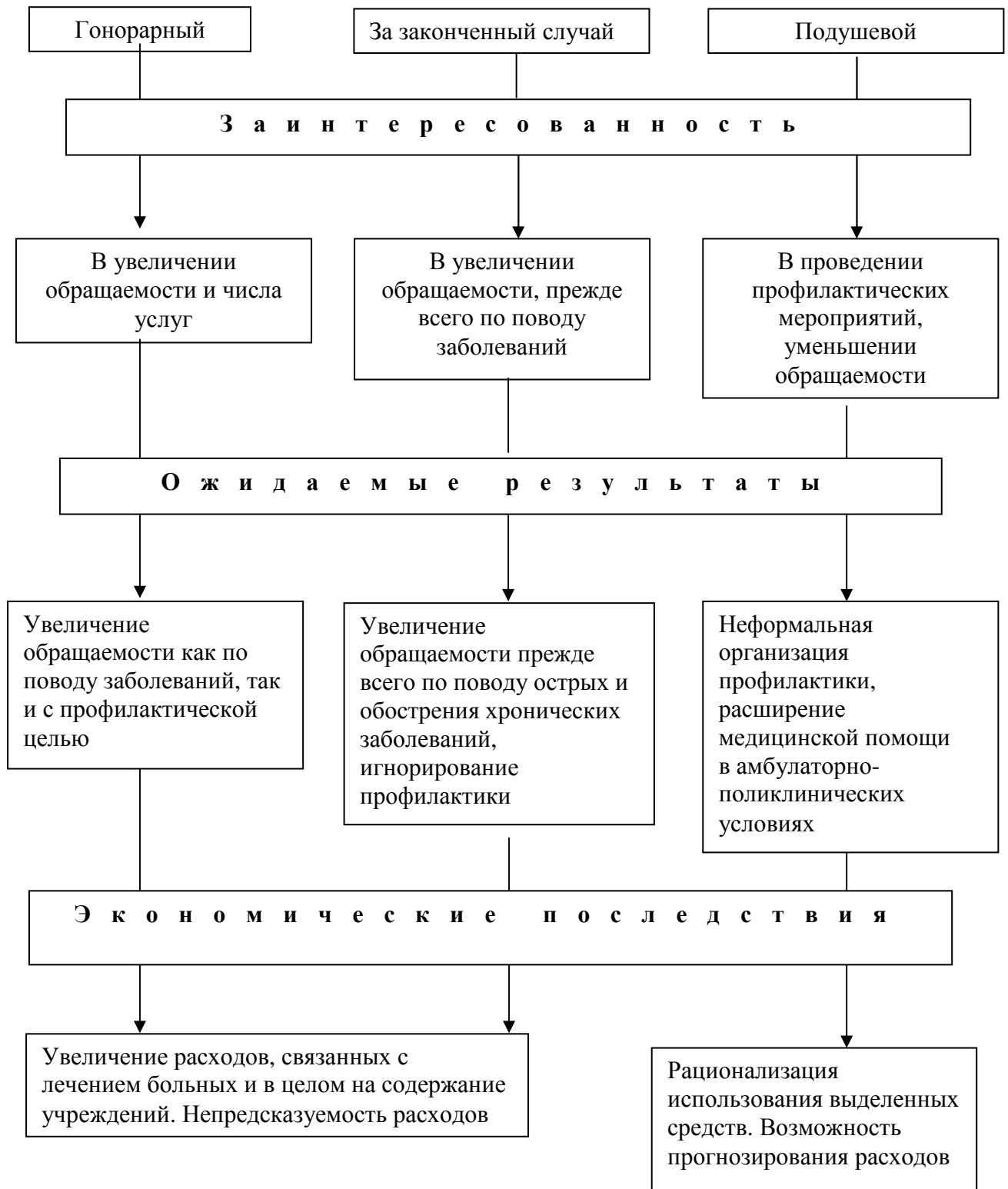


Рис. 3.3. Некоторые варианты финансирования АПУ и ожидаемые результаты деятельности.

Изучение мирового опыта финансирования АПУ свидетельствует о том, что оплата медицинских услуг может осуществляться с использованием следующих механизмов: оплата за каждую услугу (гонорарный); оплата по законченному случаю; в соответствии со сметой расходов; оплата в зависимости от достижения модели конечных результатов; на основе подушевого норматива.

Нами проведен сравнительный анализ некоторых способов финансирования и предложен графический вариант (рис. 3.1.1.).

Гонорарный метод оплаты предоставленных услуг нашел широкое применение в странах с системами ОМС (Германия, Франция, Япония, скандинавские страны и др.). Этот метод предполагает оплату каждой отдельной услуги: процедуры, консультации и пр. Органы управления совместно со СМО разрабатывают шкалу гонораров за каждую услугу. Один раз в квартал врач сдает в СМО карточки на каждого обслуженного пациента, где указан набор услуг по всем посещениям. В соответствии с этим набором определяется денежное вознаграждение врачу. Наиболее часто в СМО представляются реестры на все услуги, оказанные всеми службами АПУ, в соответствии с которыми оплачивается деятельность всего учреждения.

Достоинством метода является то, что он позволяет связать оплату с реально предоставляемым объемом услуг. С точки зрения пациентов, гонорарный метод дает определенную гарантию получения достаточного объема медицинской помощи. Вероятность занижения услуг невелика. В то же время, данный метод нацеливает врачей на более дорогостоящие методы лечения. У врачей появляется соблазн навязать пациентам не очень нужные (а то и вообще ненужные) процедуры и лекарства. Стимулируя предоставление услуг, этот метод является наиболее затратным. Кроме того, врач не заинтересован в здоровом пациенте.

К недостаткам этого метода также относится и сложность построения механизма контроля. Несмотря на это, по данным Федерального фонда ОМС, гонорарный метод оплаты использует около 40% ЛПУ Российской Федерации. А по результатам проведенного нами социологического опроса главных врачей ЛПУ Новосибирской области и их заместителей предпочтение такому способу оплаты медицинской помощи отдает 38% руководителей.

По нашему мнению, «гонорарный» принцип оплаты применим в финансировании параклинических служб (лаборатории, функциональной диагностики и т.д.), которые являются консультантами и работают с теми, кого к ним направляют участковые врачи, следовательно, «злоупотребления» с их стороны, т.е. организация и стимулирование необоснованных посещений менее вероятны.

Другой метод оплаты оказания медицинской помощи в АПУ – **оплата законченных случаев**, осуществляется на основе нормативной стоимости лечения отдельного заболевания либо группы заболеваний.

Законченные случаи лечения классифицируются по некоторым параметрам, таким как нозологическая форма, тяжесть случая, общее число требуемых посещений и др. Каждая группа случаев оплачивается по установленному тарифу.

Оплате подлежат законченные случаи лечения, диспансерного наблюдения и профилактического осмотра в разрезе МЭС.

Оплата законченных случаев ориентирует врачей на увеличение числа пролеченных больных и сокращение сроков лечения. Врачи утрачивают интерес к назначению лишних посещений и процедур, а значит и к перерасходованию всех видов ресурсов в расчете на каждого больного.

К числу недостатков метода относятся: трудно прогнозируемый объем финансирования; слабо выраженная заинтересованность врачей в здоровом пациенте; необоснованная экономия на предоставлении отдельных услуг; возможность манипулирования составом услуг (например, завышение тяжести случая); заинтересованность АПУ в перекладывании на стационар относительно трудоемких случаев лечения.

Использование этого метода требует проведения медико-экономической экспертизы и других форм контроля страховщиков за работой АПУ. Кроме того, этот метод не ориентирует на сокращение затрат.

Как уже указывалось, оплата за законченный случай заинтересовывает в увеличении обращаемости и увеличении затратности амбулаторно-поликлинической службы и системы здравоохранения в целом. Проведенный нами анализ обращаемости в АПУ показал, что количество посещений на одного жителя по сравнению с 1992 годом (8,9) в 2001 году увеличилось на 13,5 % (до 10,0). Вместе с тем, качество медицинской помощи не улучшилось, подтверждением тому служит возросшая нагрузка на службу скорой помощи. Так число вызовов в расчете на 1000 населения увеличилось с 312,2 (1993 г.) до 361,1 (2000 г.), т.е. 15,6 %. Подтверждает снижение эффективности работы амбулаторно-поликлинической службы и все возрастающая нагрузка на стационар с 223810 человек в 1993 году до 267589 в 2000 году, т.е. на 19,6 %.

В Новосибирской области предпочтение оплате медицинской помощи за законченный случай отдают более 14% опрошенных руководителей органов и учреждений здравоохранения. Такой низкий удельный вес свидетельствует о том, что они реально оценивают этот метод.

Метод оплаты медицинской помощи в соответствии со сметой расходов (с предполагаемой посещаемостью и штатным расписанием) используется в большинстве регионов РФ при расчете бюджетных расходов на здравоохранение. АПУ предоставляет в органы управления здравоохранением данные по среднему количеству посещений в год и штатное расписание, в соответствии с чем рассчитываются объемы финансовых средств.

К достоинствам этого метода можно отнести относительно несложный механизм расчета необходимого объема финансирования и контроля за использованием финансов, что значительно облегчает работу органов власти.

Но метод имеет и множество недостатков. Прежде всего, финансируемое таким способом АПУ не имеет стимулов к уменьшению посещаемости, при этом отсутствует заинтересованность в излечении пациента в амбулаторных условиях. Возможен перевод относительно трудоемких случаев лечения на стационар. Кроме того, он не способствует сокращению штатов учреждения и поиску наиболее эффективных и менее затратных методов работы.

Оплата медицинской помощи в соответствии с достижением модели конечных результатов (МКР) использовалась в некоторых регионах РФ при бюджетном финансировании.

МКР представляет собой перечень показателей, характеризующих деятельность ЛПУ (заболеваемости, охвата диспансерным наблюдением, объема оказания медицинской помощи и др.).

При использовании этого метода между ЛПУ и органом здравоохранения заключается договор, в соответствии с которым учреждение обязуется достигнуть определенных результатов в своей деятельности, а орган здравоохранения оплатить его работу.

Этот метод стимулирует ЛПУ в достижении более высоких показателей деятельности, повышении его эффективности и качества МП.

Однако, он имеет и негативные стороны. Очень сложно учесть все факторы, характеризующие работу ЛПУ, этот метод характеризуется сложностью расчетов и требует больших трудозатрат. Кроме того, на показатели могут оказывать влияние и объективные факторы, не зависящие от качества и организации деятельности ЛПУ.

Подушевое финансирование – это метод оплаты медицинских услуг (рис. 3.3.) в пересчете на душу населения – один из древнейших в мире. Еще более тысячи лет назад в Китае и Средиземноморье целители получали вознаграждения, исходя из численности сохранивших здоровье. В нынешнем понимании подушевое финансирование рассматривается в рамках современного медицинского страхования и в целом определяется как механизм

оплаты, при котором поставщики медицинских услуг получают фиксированную сумму (в месяц, квартал, год) на застрахованного для возмещения затрат, на оказание оговоренного перечня медицинских услуг в течение определенного времени.

Несмотря на то, что эксперты ВОЗ отдают предпочтение именно этому способу оплаты медицинской помощи, в Новосибирской области и г.Новосибирска его считают наиболее приемлемым только 19% опрошенных руководителей ЛПУ.

Различают два вида подушевого финансирования: подушевое финансирование на объем деятельности звена первичной медико-санитарной помощи (частичное фондодержание); подушевое финансирование АПУ на общий объем медицинской помощи (полное фондодержание).

В первом случае подушевое финансирование предполагает передачу средств звену первичной медико-санитарной помощи в расчете на прикрепленный контингент населения.

Специалисты амбулаторного звена, работающие по этому методу, оплачиваются либо на основе гонорарного метода, либо получают фиксированную ставку заработной платы, либо в зависимости от достижения модели конечных результатов.

В отличие от гонорарного метода подушевое финансирование не предполагает обработку счетов за каждую оказанную услугу. В этом его несомненное достоинство для страховщиков. Расходы на проведение расчетов резко снижаются. Преимуществом метода является и то, что при использовании подушевого финансирования сдерживается рост расходов на медицинскую помощь: врачи не заинтересованы в увеличении числа посещений, обследований, консультаций; появляются стимулы к профилактике заболеваний.

Для финансирующей стороны важно, что при использовании подушевого финансирования повышается степень предсказуемости расходов.

В условиях конкуренции врачей данный метод создает определенный стимул к наращиванию объема медицинской помощи, что связано, прежде всего, со стремлением врачей расширить свою практику за счет привлечения новых пациентов.



Рис. 3.4. Схема движения финансов при подушевом финансировании и полном фондодержании ПМСП

ССМП – станции скорой медицинской помощи

СМО – страховые медицинские организации

ПМСП – первичная медико-социальная помощь

При полном фондодержании АПУ передаются средства не только на собственный объем деятельности, но и на стационарную помощь, специализированные обследования, консультации и лечение, скорую и неотложную помощь. АПУ оплачивает из собственных средств все услуги, которые не может оказать само (рис. 3.4). Чем шире спектр услуг АПУ, тем больше средств остается в ее распоряжении. В результате повышается заинтересованность в увеличении объема внебольничной помощи, снижается число необоснованных госпитализаций. АПУ заинтересовано в сокращении вызовов скорой и неотложной помощи, поскольку за каждый вызов приходится платить.

Появляется реальная возможность осуществить оплату деятельности АПУ за здоровье людей, проживающих на территории обслуживания. При таком подходе заинтересованность коллективов в экономии средств наиболее мотивированная. Общеизвестно, что экономия эта возможна за счет расширения объема медицинской помощи оказываемого в амбулаторных условиях: стационары на дому, дневные стационары, амбулаторная хирургия и активная профилактическая работа. Обязательным условием, особенно в переходные периоды, является реализация еще одного принципа – «деньги следуют за пациентом», который позволит обеспечить реализацию права пациентов на выбор как ЛПУ, так и лечащего врача, потому что сумма, выделенная на него, будет переходить из одного учреждения в другое, от одного врача к другому.

Мы считаем, что если основным звеном АПУ является участковая служба, она и должна стать основным «держателем» средств. Как показал опыт использования внутриотраслевого хозрасчета, именно при таком подходе

участковый врач становится действительно «ключевой фигурой», заинтересованной в рационализации оказания медицинской помощи своим пациентам, в экономии средств, часть которых будет направлена на повышение его заработной платы. Профилактика, диспансеризация станут необходимостью для них, потому что при хорошей их организации уменьшится количество обращений и, соответственно, расходы ЛПУ.

При этом у участкового врача будет реальная заинтересованность в освоении смежных специальностей (акушерства и гинекологии, амбулаторной хирургии, офтальмологии и т.д.), т.е. трансформироваться во врача общей практики, которым он и сможет стать при создании необходимых условий (оснащение, предоставление необходимого набора помещений, соответствующая подготовка).

«Подушевое» финансирование будет стимулировать руководителей АПУ экономить выделяемые средства, т.е. шире использовать экономически выгодные и удобные для пациентов формы оказания медицинской помощи, такие как: «стационары на дому», «дневные стационары», «стационары одного дня» и др. В связи с заинтересованностью участковой службы в рационализации использования средств, уменьшатся необоснованные консультации, параклинические исследования, процедуры и манипуляции. Конечно же, это потребует усиления контроля за правильностью лечения, естественно, с использованием уже упоминавшихся стандартов. Для участковой службы неприемлема оплата за законченный случай и «гонорарный», как наиболее затратные и не стимулирующие заинтересованность врачей в профилактике.

Очевидны и недостатки этого метода. Врачи могут необоснованно задерживать направление пациентов в стационар. Иногда это связано не только с желанием сэкономить на больном, но и с переоценкой собственных возможностей, усиливаемой экономической мотивацией.

Самым эффективным условием реализации метода полного фондодержания, несомненно, является конкуренция. Боязнь потерять пациента является сильным средством борьбы с деформированными экономическими мотивами, наносящими вред больным.

В нынешней ситуации использование этого метода на универсальной основе сдерживается несколькими обстоятельствами. Самое главное – низкий объем финансирования и непредсказуемость поступления средств. В этой ситуации АПУ не могут взять на себя финансовые риски, связанные с фондодержанием. Важно также учитывать, что страховщики готовы использовать метод фондодержания, необходимо разделение финансовой ответственности за оплату стационарной помощи между АПУ-фондодержателями и самими страховщиками. Такое разделение диктуется высокой стоимостью многих видов стационарной помощи.

Столкнувшись с непредвиденным увеличением числа таких случаев, АПУ может оказаться в крайне сложном финансовом положении.

РЕЗЮМЕ. Проведя анализ существующих методов финансирования медицинской помощи, можно сделать вывод, что наиболее приемлемыми способами оплаты, в настоящих условиях, являются подушевое финансирование на весь объем медицинской помощи (полное фондодержание) и оплата конечных результатов деятельности АПУ. Эти способы являются наиболее экономичными и стимулируют АПУ к профилактической работе, что в современных условиях является наиболее приоритетным.

4.2. Реструктуризация амбулаторно-поликлинической службы.

Происходящие в здравоохранении перемены в незначительной степени коснулись амбулаторно-поликлинической службы. Остается не организована должным образом профилактическая работа, а также реабилитация лиц, перенесших травмы и острые заболевания, страдающих хроническими. Не получили должного распространения такие экономически выгодные стационарзамещающие виды медицинской помощи, как: дневные стационары,

стационары на дому, отделения реабилитации и амбулаторной хирургии и т.д. За многие годы так и не сформировалась стройная (поэтапная) система оказания медицинской помощи, которая обеспечила бы одинаковую доступность всех ее видов для населения независимо от места проживания и мощности АПУ, за которым оно закреплено.

Мы считаем, что этому способствует ряд организационных недостатков, продолжающих иметь место:

1. Разобщенность амбулаторно-поликлинической службы районов, отсутствие этапности в оказании первичной медицинской помощи в результате чего жители города, даже одного района, наблюдающиеся в поликлиниках разной мощности имеют разные возможности. В крупных учреждениях пациентам предлагается более широкий ассортимент медицинских услуг, а в маломощных, естественно, ограниченный.

2. Формирование структуры здравоохранения в крупных городах происходило преимущественно исходя из профессиональной целесообразности. В результате этого из поликлиник выведены некоторые специалисты и организованы специализированные учреждения, такие, как кожно-венерологические, противотуберкулезные, кардиологические, врачебно-физкультурные диспансеры, детские и стоматологические поликлиники, женские консультации и др.

В конечном счете это породило обоснованное недовольство населения, которое в случае необходимости вынуждено обращаться в разные учреждения (рис.4.5.), порой находящиеся на значительном удалении от их места жительства.

3. Чрезмерная специализация медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической службе, в результате чего обращение к «узким специалистам» в общей структуре составляет 32%, в то время, как в западноевропейских странах всего 6% (табл.3.1).

4. Удаление основной массы населения от АПУ, в которых они наблюдаются, на расстояние, значительно превышающее пешеходную доступность, которая в городе составляет 1-1,5 км, что способствует резкому сокращению обращаемости в АПУ, даже при наличии показаний.

5. Отсутствие единой технологии оказания медицинской помощи на различных этапах, дублирование служб, функционирующих с недостаточной нагрузкой, низкий КПД использования аппаратуры, оборудования, а, соответственно, и нерациональное расходование средств, выделяемых здравоохранению.

6. Отсутствует материальная заинтересованность СМО и АПУ в проведении реструктуризации и более рациональном использовании их ресурсов, в т.ч. расширении стационарозамещающих видов медицинской помощи и профилактической направленности в своей деятельности.

7. Как на федеральном, так и на региональном уровнях отсутствуют единые стандарты технического оснащения ЛПУ в зависимости от объема перечня оказываемых ими видов медицинской помощи.

Исходя из вышеизложенного мы считаем, что реструктуризация и организация амбулаторно-поликлинической службы должны быть направлена на устранение перечисленных недостатков и решение ряда задач :

1. Реструктуризация амбулаторно-поликлинической службы районов для обеспечения этапности и преемственности в оказании МП и приближения ее к потребителю, более полного и рационального использования имеющегося оборудования, аппаратуры и кадров.

2. Разработка и внедрение алгоритмов оказания МП при наиболее часто встречающихся заболеваниях на догоспитальном этапе.

3. Рационализация финансирования учреждений для обеспечения приоритетности профилактической направленности в их деятельности, расширения стационар замещающих видов МП.

4. Формирование медицинского регистра.

5. Создание условий для реализации в полной мере прав граждан на выбор ЛПУ и врача.

6. Повышение санитарной культуры населения и активности граждан в сохранении своего здоровья.

Мы предлагаем осуществлять медицинскую помощь населению в условиях крупного города в пять этапов (табл. 4.11, рис 4.2.):

1. Само- и взаимопомощь – оказывается населением и парамедиками.
2. Доврачебная и первая врачебная помощь – проводится силами сотрудников станций скорой и неотложной медицинской помощи, фельдшерских и врачебных медицинских пунктов на предприятиях.
3. Квалифицированная врачебная и некоторые виды специализированной, пользующиеся наибольшим спросом, оказываются территориальными поликлиниками и удовлетворяют подавляющую часть потребности населения в медицинской помощи.

Таблица 4.11.

Этапы оказания медицинской помощи населению крупного города

Этап	Виды медицинской помощи	Кто и где оказывает
1	Само- и взаимопомощь	Население, парамедики
2	Доврачебная и первая врачебная	Фельдшерские и врачебные медпункты промпредприятий, станция скорой медицинской помощи
3	Квалифицированная врачебная и некоторые виды специализированной	Территориальные поликлиники
4	Специализированная	Районные, межрайонные поликлиники, городские консультативно-диагностические центры, специализированные учреждения и отделения стационаров
5	Высокоспециализированная	Городские, областные, межрегиональные федеральные специализированные медицинские

		центры
--	--	--------

4. Специализированная, которая может осуществляться районными (межрайонными) АПУ (поликлиниками, центрами). В них должны быть сосредоточены специалисты, аппаратура и оборудование, содержание которых в территориальных АПУ невозможно либо нерационально.

5. Высокоспециализированная, предоставляемая городскими или областными специализированными центрами, основной деятельностью которых является консультирование нуждающихся, наблюдение некоторых больных по своему профилю, лечение (оперативное и консервативное) сложной, а также редко встречающейся патологии.

К сожалению, в нашей стране недостаточно внимания уделяется обучению населения приемам само- и взаимопомощи (1 этап). Более того, велась активная борьба с самолечением, в результате чего люди были вынуждены при самом незначительном недомогании обращаться (и, естественно получать) за помощью к медицинским работникам, что было порой и необоснованным.

По данным Новосибирского областного Бюро судебно-медицинской экспертизы (Новоселов В.П., 1997) около 1/3 погибших от полученных травм (дорожно-транспортные происшествия, пожары и т.д.) могли остаться в живых при своевременном оказании им элементарной помощи (остановка кровотечения, искусственное дыхание, непрямой массаж сердца и др.). В связи с этим необходима организация специальной подготовки как парамедиков из числа лиц, которые первыми прибывают на место трагедии (сотрудники ГИБДД, милиции, бойцы пожарной охраны, спасатели и др.), так и населения. Это позволит не только сохранить жизнь пострадавшим, но и освободить медицинских работников от части работы, не требующей профессиональной

медицинской подготовки (легкие недомогания, кратковременная головная боль, незначительное повышение температуры и т.д.).

Второй этап меньше других нуждается в реорганизации, за исключением фельдшерских и врачебных медицинских пунктов на предприятиях, деятельность которых должна осуществляться либо за счет средств самих предприятий, либо через систему ДМС. В связи с вышеизложенным, наиболее целесообразным в настоящее время (в условиях выраженного дефицита финансирования отрасли) является совершенствование структуры и функционирования третьего и четвертого этапов.

Мы считаем, что для крупных городов не потеряли актуальность АПО, создаваемые для медицинского обслуживания 150-200 тыс. жителей. Реорганизация АПУ должна способствовать упорядочению оказания медицинской помощи на указанных этапах и исключению на этой основе дублирования; максимально приблизить к населению основных наиболее востребованных видов медицинской помощи, сделать деятельность службы более экономичной, повысить роль поликлинического звена, в частности, увеличению объема медицинской помощи, оказываемой на этом уровне, так как стоимость медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, в несколько раз дешевле, чем в стационаре (С.Б.Дорофеев и др.).

Наиболее перспективным представляется районирование всех службы города, предполагающей либо функциональное, а лучше административное объединение по принципу «Ромашки» (рис. 4.3.), который рассматривает систему здравоохранения района как единый организм, «лепестки» в нем, это территориальные поликлиники (с обслуживаемым населением), которые имеют определенную самостоятельность, независимость друг от друга, но тесно связаны и зависимы от «корзины», функции которой выполняет головная поликлиника, обеспечивающая жизнеспособность не только себя, но и «лепестков».

Объединение ряда учреждений дает возможность за счет концентрации ресурсов, создания специализированных подразделений улучшить оказание медицинской помощи населению. В состав АПО (рис. 4.4.) входят структурные

УРОВНИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



«ПИРАМИДА» РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПО УРОВНЮ КВАЛИФИКАЦИИ И СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

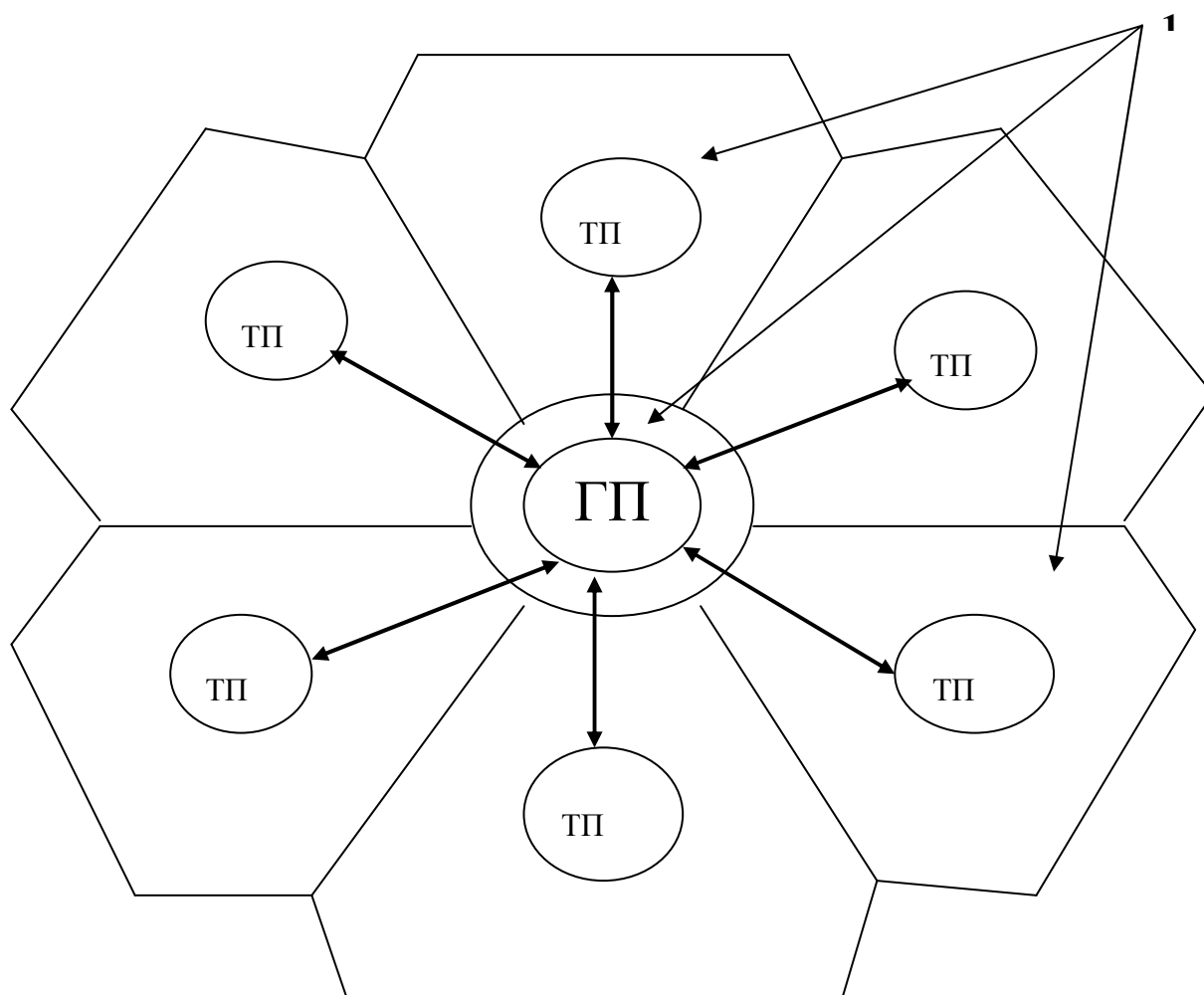


Рис. 4.3. Организация районной амбулаторно-поликлинической службы по принципу «Ромашки».

1 - Закрепленная территория. Приписное население.

ТП – территориальные поликлиники

ГП – головная поликлиника.

единицы либо самостоятельные медицинские учреждения, в т.ч. стационары с круглосуточным пребыванием. Структурные единицы, например, поликлиники, могут состоять из соответствующих подразделений. Управление АПО должно осуществляться преимущественно экономическими методами,

поэтому структурные подразделения его должны иметь хозяйственную самостоятельность и работать, как правило, на условиях подряда.

Мы предлагаем при организации АПО в крупных городах руководствоваться следующими принципами:

1. Организационно и финансово разделять амбулаторно-поликлинические и стационарные учреждения, но возможно и включение стационаров в АПО.

2. Наиболее рационально включение в АПО учреждений, ответственных за медицинскую помощь населению (взрослому, женщинам и детям) определенной территории, по принципу акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов (АТПК).

3. Не следует превышать оптимальных размеров АПО (150-200 тыс. обслуживаемого населения).

4. Границы района обслуживания АПО должны, по возможности, совпадать с административными границами районов города.

Одну из поликлиник необходимо сделать головной (районной) с наделением ее функцией консультативно-диагностического центра и возложением ответственности за организацию специализированной помощи в районе обслуживания объединения. Для этого централизуются службы (лабораторной, функциональной диагностики, хирургической, офтальмологической и т.д.), которые расширяют свои диагностические, лечебные и реабилитационные возможности более рационально используют оборудование. Оказание специализированных видов медицинской помощи становится гарантированным за счет взаимозаменяемости специалистов. Отношения службы с руководством АПО строятся на договорной основе.

Централизация касается в основном управления и не предусматривает сосредоточение всей службы в одном учреждении, а предполагает максимальное приближение ее специалистов, либо структурных подразделений к месту жительства пациентов. Например, если централизуется биохимическая служба, то сама лаборатория может находиться в одном месте, а вот пункты

забора крови (биоматериалы) должны располагаться в территориальных поликлиниках (ТП).

Значительно расширяются при объединении возможности экономической и информационно-аналитической служб, которые способны будут решать серьезные задачи.

Если при районной поликлинике создается неврологическая служба, куда включены все неврологи района, то они по-прежнему ведут прием во всех ТП. Либо постоянно, либо, если учреждение уж слишком маломощное, в установленные дни и т.д.

Таким образом, организация работы служб должна осуществляться по принципу максимальной доступности основных видов МП и приближенности к месту жительства. Уже имеющийся в г.Новосибирске опыт создания районных и межрайонных лабораторий свидетельствует о высокой их рентабельности и возможностях (поликлиники № 24, 1).

Значительно расширяются при объединении возможности экономической и информационно-аналитической служб, которые способны будут решать серьезные задачи.

Особого внимания заслуживает хозяйственная служба, которая в каждом отдельно взятом учреждении иногда представлена очень слабо, некоторых специалистов вообще не положено по нормативам. Вместе с тем, как показали сделанные нами предварительные расчеты по Заельцовскому району в объединенную хозяйственную службу войдет около 200 ставок. Естественно, располагая таким штатным расписанием, можно сформировать очень эффективную службу, способную обеспечить как текущее содержание АПО, так и решать перспективные задачи.

Самого же пристального внимания заслуживает организация непосредственно первичной медико-санитарной помощи и, естественно, работа участковой службы.

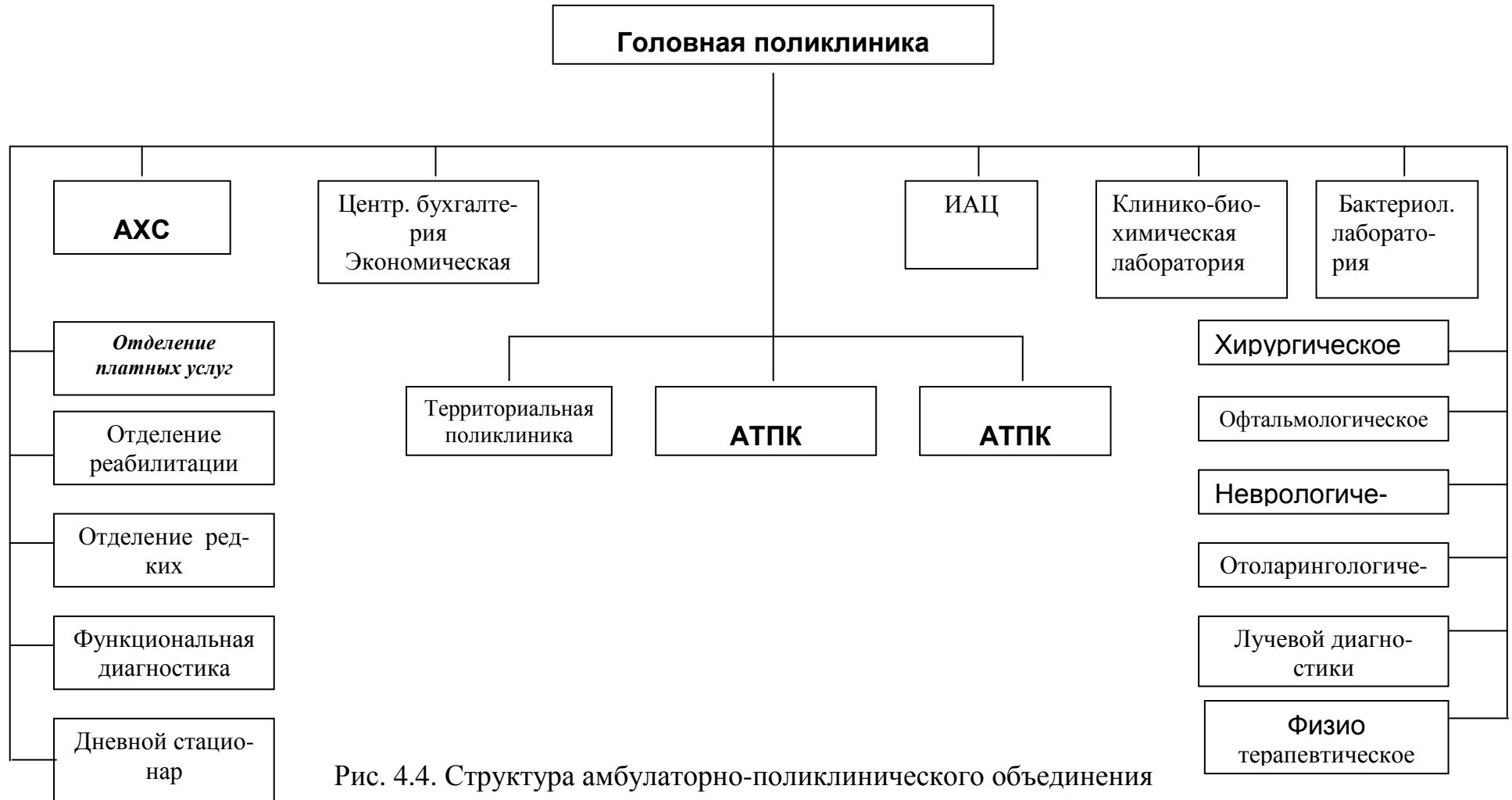
СЛУЖБЫ

Рис. 4.4. Структура амбулаторно-поликлинического объединения

Вполне справедливо, большие надежды возлагаются на организацию создания института врачей общей практики.

Из истории известно (Р.А.Галкин и соавт., 1997), что до 30-х годов XX века дифференциация врачебных специальностей во всех странах была незначительной, медицинскую помощь населению, в основном, оказывал 1 врач. Затем началась бурная специализация. При этом право выбора врача – общей практики или специалиста – было предоставлено больному. Врач общей практики все больше терял свое влияние на пациента, ответственность за него, и, как следствие, он постепенно стал пользоваться все меньшим уважением пациента и общества.

Однако в 60-х годах в большинстве стран мира было отмечено, что при постоянном росте расходов на здравоохранение снижается эффективности его функционирования. С осознанием сложившейся ситуации начался возврат к общей врачебной практике во многих странах мира.

Преимущества ОВП очевидны: прежде всего она более удобна для самих пациентов, так как при достаточной квалификации врача общей практики значительно сокращаются посещения к другим специалистам, а также специализированных структур.

Однако, в связи со сложной социально-экономической ситуацией в России, дефицитом финансирования отрасли, внедрение ОВП затруднено, так как требует значительных расходов на подготовку и тем более на переподготовку «армии» участковых врачей (педиатров, акушеров-гинекологов и терапевтов). Кроме того, необходима реконструкция имеющихся АПУ, так как рабочее место врача общей практики включает обычно приемную и кабинет, экспресс-лабораторию, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтический кабинет, малую операционную.

Подразумевается, что врач общей практики при помощи среднего медперсонала обеспечивает функционирование указанных кабинетов, не прибегая к помощи соответствующих специалистов.

Сегодняшняя организация амбулаторно-поликлинической службы такова, что члены одной семьи должны посещать минимум три (рис. 4.5.) учреждения, в которых получают более 90 % медицинской помощи, оказываемой амбулаторно (терапевтическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую) и часть специализированной. Исходя из вышеизложенного, самого пристального внимания заслуживает именно организация, взаимодействие и функционирование именно этих трех служб. Мы считаем, что они должны быть максимально приближены к населению и в них организованы приемы основных специалистов по уже известному принципу работы акушерско-терапевтико-педиатрических комплексов (АТПК), которые обеспечивают квалифицированную медицинскую помощь (рис. 4.6.).

Естественно, вместе с этим целесообразно организовать работы стоматологов, а также наиболее востребованных специалистов: невропатологов, хирургов, ЛОР-специалистов и т.д.

Территориальные АПУ можно организовать на базе поликлиник (взрослых, детских, женских консультаций). Учитывая, что они, чаще всего, на значительном отдалении друг от друга, это позволит сократить радиус обслуживания территориального АПУ, приблизить к пешеходной доступности. При этом будут созданы большие удобства для семьи, так как все члены ее большую часть медицинских услуг будут получать в одном учреждении – ТП (рис. 4.6.).

В г. Новосибирске имеются поликлиники №№ 24, 27, 18 и др., в состав которых входят и терапевтические, и педиатрические отделения, они являются структурными подразделениями одного

учреждения, но взаимодействие их все-таки достаточно ограничено, хотя пациенты отмечают определенные преимущества таких учреждений.

Поэтому целесообразно создание АТПК, когда вместо отдельных терапевтических, педиатрических отделений и женской консультации, мы предлагаем создание единых лечебно-профилактических отделений, в состав которых входят врачи трех основных специальностей: терапевт, акушер-гинеколог, педиатр. Количество их рассчитывается, исходя из нормативов предусмотренных соответствующими приказами МЗ РФ, исходя из количества обслуживаемого населения. Возглавляет отделение заведующий, хорошо знающий организацию здравоохранения, имеющий подготовку по ОВП.

Организуется медицинское обслуживание населения по участково-территориальному принципу. Наиболее оптимальным представляется отделение, обслуживающее 12000 человек.

Учитывая возрастную-половую структуру населения (дети до 14-летнего возраста 20-25%, женщин 50-55%), целесообразно следующее штатное расписание:

Зав. отделением	- 1 ст.
Врачи-терапевты	- 5 ст.
Врачи-педиатры	- 4 ст.
Акушеры-гинекологи	- 2 ст.
Старшая медицинская сестра	- 1 ст.
Участковые медицинские сестры	- 13,5 ст.
Акушерки	- 2 ст.

ИТОГО:

- 28,5 ст.

Объединение в одном отделении врачей основных специальностей позволит улучшить координацию их деятельности, преемственность в наблюдении и обеспечить комплексность в проведении оздоровительных мероприятий в отношении каждого человека в отдельности и семьи в целом. Это, в конечном счете, обеспечит повышение эффективности оздоровления и диспансеризации.

Для удобства посетителей график работы врачей отделения, обслуживающих одну территорию, необходимо составить так, чтобы они вели прием одновременно, 2-3 раза в неделю совместно со специалистами. При такой организации все члены семьи будут осмотрены с минимальными затратами времени.

Объединение в одном отделении специалистов, оказывающих помощь детям, взрослым и женщинам позволит значительно сократить дублирование некоторых видов работ (приглашение на прием, на прививки, выполнение назначений на дому и др.). Предлагаемая система позволяет отказаться от подростковой службы.

Уже сегодня в г.Новосибирске в своем составе имеют терапевтические и педиатрические отделения 9 поликлиник, а 7 еще и женские консультации «под одной крыше».

Такая форма организации первичной медико-санитарной помощи высоко оценивается пациентами. Как показали наши исследования она позволяет осуществлять более эффективно семейную диспансеризацию. Когда санации подвергаются все, а не отдельные члены семьи. Такой

подход исключает перекрестное инфицирование, а, следовательно, и сокращает количество обострений хронических заболеваний.

Стационар замещающие виды медицинской помощи очень медленно, но продолжают

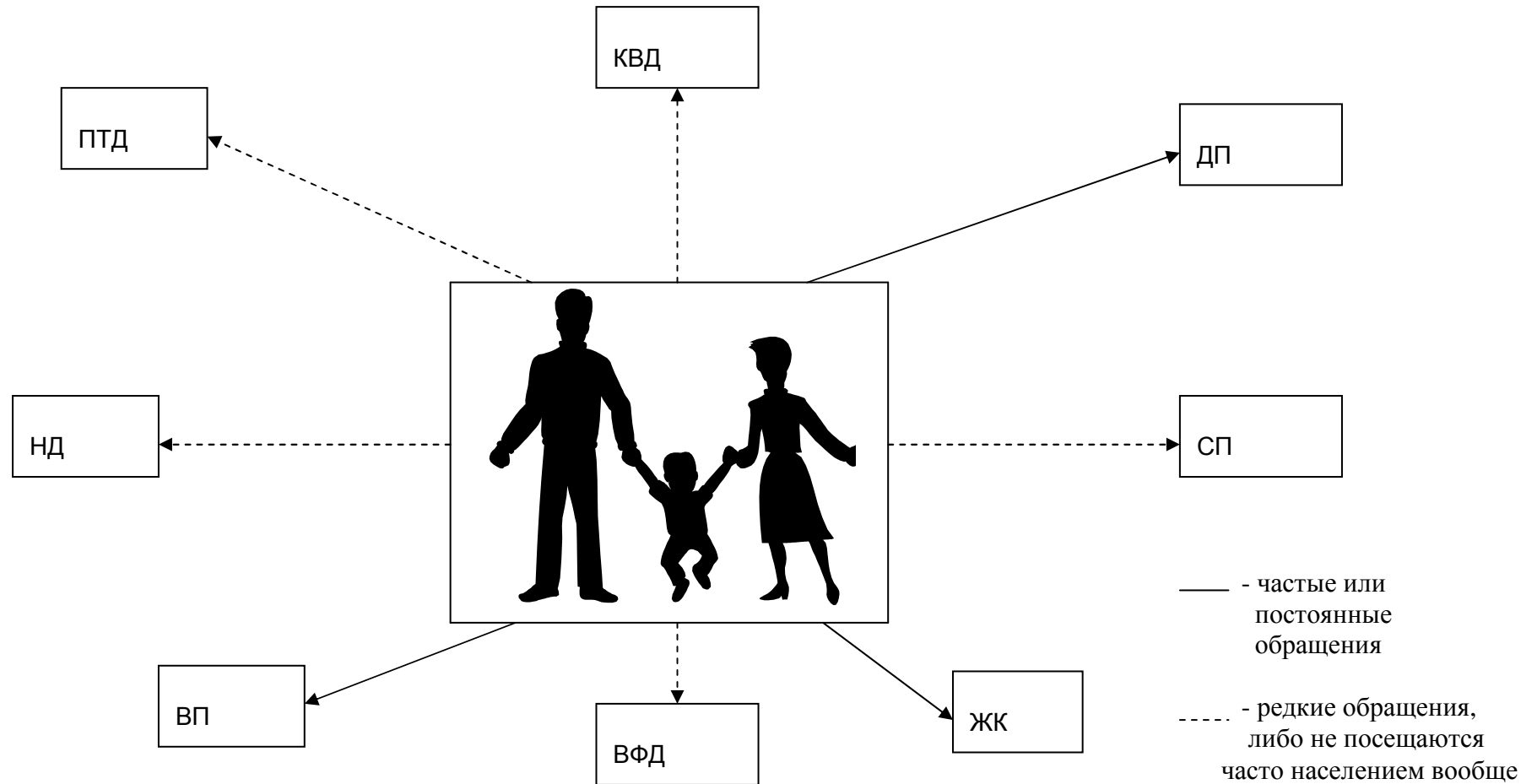


Рис. 4.5. Обращения членов семьи в различные ЛПУ в случае наличия специализированных ЛПУ.

Сокращения: ВП – взрослая поликлиника; ДП – детская поликлиника;

СП – стоматологическая поликлиника; ЖК – женская консультация;

ПТД – противотуберкулезный диспансер; ВФД – врачебно-физкультурный диспансер;

КВД – кожно-венерологический диспансер; НД – наркологический диспансер

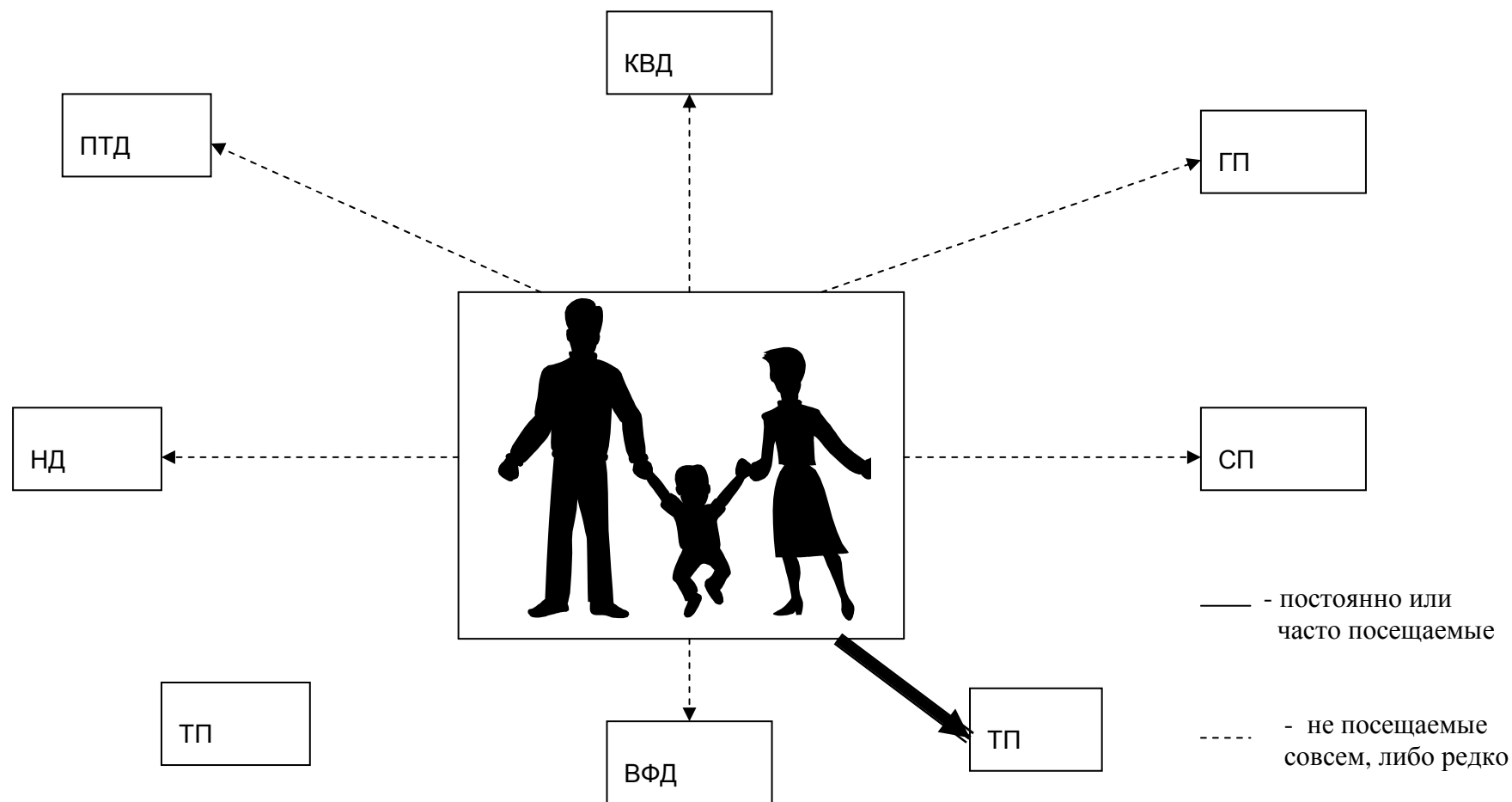


Рис. 4.6. Обращения членов семьи при трехуровневой системе оказания МП.

Сокращения: ГП – головная (районная) поликлиника; ОТ – общего профиля территориальная поликлиника; СЦ – специализированные городские центры.

расширяться. Так количество амбулаторных операций за период с 1992 по 2001 год выросло на 23,5 % (с 39892 до 49271), количество мест в дневных стационарах (ДС) за этот же период увеличилось со 124 до 492 (в 3,87 раза), а число пролеченных с 5143 до 17026, т.е. всего в 3,3 раза. Отношение к ним (ДС), по-прежнему, остается неоднозначным.

Результаты проведенного нами социологического опроса 379 пациентов дневных стационаров позволили получить следующие результаты.

Основные профили пациентов дневных стационаров – неврологический и гастроэнтерологический (32,7 и 31,2 % соответственно), кардиологический – 9,4 %; эндокринологический – 7,4 %; пульмонологический – 5,4 %; остальные профили – от 4 % до 0,5 % (ревматологический, нефрологический, хирургический, гинекологический и др.).

Подавляющее большинство респондентов – 88,1 % - проходят лечение в дневном стационаре по поводу хронического заболевания. Стаж заболеваний колеблется в широких пределах (от 1 года до 20 и более лет), в основном составляет от 6 до 15 лет. Для 73,8 % респондентов продолжительность лечения в дневном стационаре не превышает 2-х недель.

Подавляющее большинство пациентов направлены в дневной стационар участковым врачом или врачом-специалистом поликлиники – 37,1 % и 45 % соответственно. Только 1 % опрошенных направлены в дневной стационар администрацией поликлиник.

Большинство респондентов оплатили лекарственные препараты – 73,5 %, диагностические исследования – 2 %. 33,7 % опрошенных ограничились расходами до 100 рублей, 18,8 % - от 201 до 300 рублей, 11,9 % - более 600 рублей. Остальные – в пределах от 201 до 600 рублей. При этом 85,1 % респондентов не имеют каких-либо льгот. Более половины опрошенных – 57,9% проходят лечение в дневном стационаре во 2-ой и более раз. На

вопрос о том, где, в случае необходимости, они предпочли бы проходить лечение, 89,7 %

ответили что в дневном стационаре. 75,2 % предпочли бы лечиться с 8.00 до 12.00, а каждый пятый мог бы проходить лечение с 12.00 до 16.00.

91,6 % респондентов отметили хорошие условия пребывания в дневных стационарах; 63,4 % оценивают качество работы дневного стационара на отлично, 28,7 % - на хорошо. У 100 % респондентов не возникло никаких претензий к работе персонала дневных стационаров. 83,2 % опрошенных считают имеющуюся у них информацию о дневном стационаре достаточной.

Полученные нами результаты показали необходимость увеличения числа мест в дневных стационарах и вселяют определенный оптимизм по поводу дальнейшего расширения их сети в ЛПУ города Новосибирска.

Представляется целесообразным объединение маломощных, с ограниченными возможностями специализированных диспансеров: врачебно-физкультурных, дермато-венерологических, в городские службы с сохранением ныне существующих в виде филиалов. Естественно, такое объединение позволит расширить возможности, более полно использовать современные медицинские технологии, рационализировать и повысить эффективность использования имеющегося оборудования.

Целесообразность единой специализированной службы подтверждена существованием городского объединения «Фтизиатрия» (рис. 4.7.) . Оно было создано в 1992 году постановлением мэра от 14.05.1992 № 330 и приказом комитета по здравоохранению мэра от 28.05.1992 № 73 «Об организации специализированного объединения «Фтизиатрия». В него вошли 6 диспансеров, 3 стационара на 590 коек и 2 детских санатория на 260 коек.

Кроме этого в составе МУЗ ГБ № 4 работает туберкулезный кабинет для жителей п. Пашино, противотуберкулезную помощь жителям Советского района осуществляет МУЗ КДП № 2.

Организационно-методически вся противотуберкулезная служба подчиняется главному врачу объединения. Создание объединения позволило сосредоточить и рационально использовать финансовые ресурсы, осуществлять централизованный контроль от момента постановки больного на учет и до снятия его с диспансерного учета. Осуществляется централизованный контроль за лечением больного, преемственность на этапах лечения. В тесном контакте проводятся мероприятия по профилактике и раннему выявлению туберкулеза с ЛПУ общей сети.

В 1998 году в связи с дефицитом коечного фонда было открыто еще 2 структурных подразделения: туберкулезная больница № 3 для лечения впервые выявленных больных и Дом сестринского ухода для больных хроническими формами туберкулеза, нуждающихся в лечении и постороннем уходе.

В целях совершенствования организации и качества лечебно-диагностической специализированной помощи больным туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом, туберкулезным менингоэнцефалитом и саркоидозом легких 25.05.2001 г. приказом управления здравоохранения мэрии № 309 на базе СМО «Фтизиатрия» создан диагностический центр. Прием ведут сотрудники кафедры туберкулеза и ФУВ НГМА, рентгенологи и фтизиатры высшей категории.

В настоящее время в противотуберкулезных учреждениях города работают 195 врачей, из них 2 – доктора медицинских наук, 13 – кандидатов медицинских наук, 52 – имеют высшую квалификационную категорию, 32 – первую и 6 – вторую.

Приказом управления здравоохранения мэрии от 29.07.2003 г. № 594 открыто диспансерное отделение Дома сестринского ухода для лиц БОМЖ на базе противотуберкулезного диспансера ЗапСибЖД, который передается в течение 2003 года в муниципальную собственность.

Исходя из имеющегося опыта объединения «Фтизиатрия», мы убеждены, что не меньшие выгоды принесет и объединение других пока разрозненных служб, в т.ч. :

1. Возможность оперативного руководства службой (ротация врачебных кадров, принятие управленческих решений по финансово-хозрасчетной деятельности).

2. Осуществление единых принципов оказания медицинской помощи на всей территории г. Новосибирска (единые МЭС, принципы диагностики, лечения, диспансерного наблюдения, хозрасчетной деятельности)

3. Реорганизация амбулаторного звена позволит повысить функцию врачебной должности в целях возвращения районным функций динамического наблюдения за диспансерными группами, а также оказание доступной специализированной помощи по месту жительства с одновременным созданием этапа консультативной помощи на городском уровне.

4. Проведение реорганизации коечного фонда диспансеров в соответствии с изменениями эпидемиологической ситуации в городе.

5. Организация единой лабораторно-диагностической службы, наиболее затратной в структуре расходов, с одновременным строгим учетом обоснованности проведения диагностических мероприятий.

6. Формирование единой системы сбора и учета статистически достоверной информации в целом по городу, проведение аналитической разработки с прогнозом эпидемиологической обстановки на последующие годы.

7. Разработка и выполнение целевой комплексной программы.

Централизация внутри объединения ряда служб также даст ряд преимуществ:

Централизованная аптека позволяет организовать:

- строгий персонифицированный учет лиц, имеющих льготы в лекарственном обеспечении;

- оперативное снабжение собственными лекарственными препаратами через сеть аптечных пунктов;
- единая ценовая политика;
- обеспечение дешевыми средствами, изготовленными на собственной производственной базе;
- контроль за ассортиментом.

Таким образом, централизованная аптека позволит упорядочить обеспечение лекарственными средствами населения.

Централизованная лабораторная служба позволяет:

- централизованно обеспечивать расходными материалами, выбрав наиболее экономичные и современные (оптовые поставки); - унифицировать диагностические стандарты.

Централизованный организационно-методический отдел даст возможность:

- создать банк достоверных данных;
- организовать строгий учет заболеваемости;
- в соответствии с законодательством РФ проводить оперативные мероприятия по выявлению больных, работе в очагах, взаимодействовать с правоохранительными органами;
- рационально использовать патронажную службу, в том числе оперативные эпидемиологические группы;
- проводить единую идеологическую политику в реализации профилактических мероприятий в СМИ и среди населения, проводить социальный анализ различных групп населения с разработкой дополнительных мероприятий по стабилизации и снижению заболеваемости среди социальных групп (декретированные группы, учащиеся школ, ПТУ, ВУЗов, мигранты).

Централизованная административно-управленческая служба позволит:

- проводить рациональную кадровую политику (экономия 1, 2 статей за счет сокращения ставок АУП, вспомогательных служб и т.д.);

- экономить средства за счет централизованного оснащения медицинским оборудованием, продуктами питания, транспортом, медикаментами, перевязочными материалами;

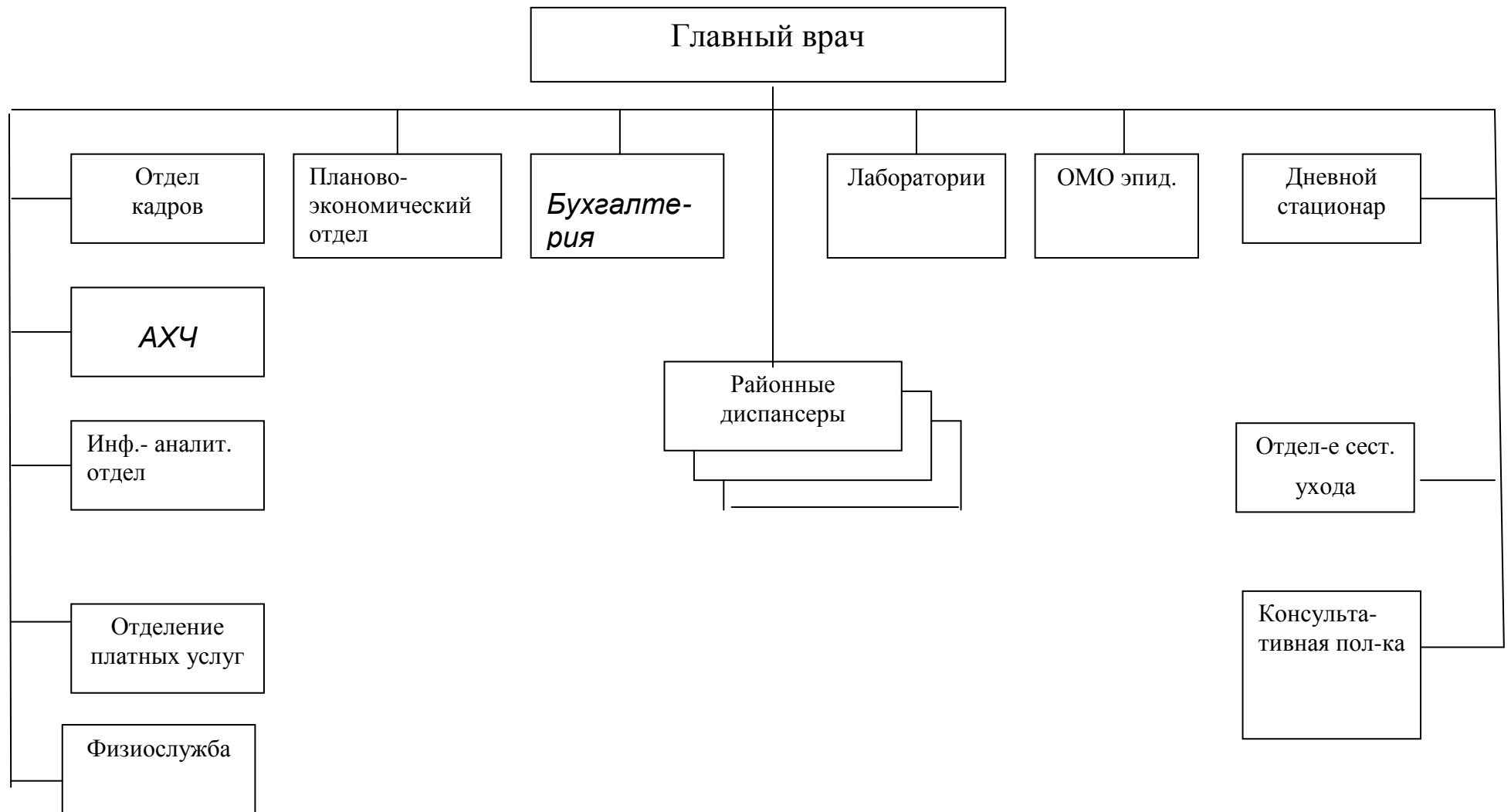


Рис. 4.7. Структура муниципального специализированного объединения «Фтизиатрия»

- рационально использовать имеющуюся материально-техническую базу с перспективным развитием в соответствии с социальными проблемами города (использование коечного фонда с перепрофилированием, сокращением, развитие дневных стационаров и т.д.);

- осуществлять единую планово-экономическую политику.

РЕЗЮМЕ. Принятие мер по оптимизации структуры муниципального здравоохранения безусловно будет способствовать рационализации использования ресурсов отрасли, однако без четкой этапности и конкретизации объема медицинской помощи на каждом этапе, трудно будет добиться ожидаемых результатов, в т.ч. создания оптимальных условий для пациентов.

Мы считаем, что для того, чтобы система оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе заработала более эффективно необходимо выполнение нескольких условий .

1. Наличие этапов.
2. Наличие стандартов объемов оказания медицинской помощи на каждом этапе и критериев для направления на следующий.
3. Наличие стандартов оснащения каждого этапа, исключающие дублирование, прежде всего дорогостоящего оборудования, и недостаточную эффективность его использования.
4. Подушевое финансирование территориальных АПУ.
5. Наделение территориальных АПУ, а внутри их участковой службы, функциями «фондодержателя».
6. Организация работы амбулаторно-поликлинической службы, обеспечивающей финансирование ее по принципу «деньги следуют за пациентом».

4.3. Формирование многоукладности форм собственности и приватизация в здравоохранении в РФ.

Проведение приватизации в здравоохранении необходимо для освобождения государства и отрасли от затрат на содержание избыточного количества зданий, помещений, коек и т.д. Несмотря на то, что казалось бы очевидную целесообразность, отношение к приватизации организаторов здравоохранения неоднозначно.

Нами проведен опрос 112 руководителей, экономистов, главных специалистов территориальных органов управления здравоохранением. 38% из них отрицательно относятся к приватизации, но почти половина считает, что она возможна после создания базы, для оказания медицинской помощи в рамках ОМС.

Опасения организаторов здравоохранения и всей медицинской общественности, связанные с возможным разгосударствлением в отрасли вполне обоснованы, так как уже имеется опыт непродуманных, научно необоснованных и неподготовленных «преобразований», носящих форму кампаний, которые привели к усугублению и без того сложного положения отрасли.

Мы считаем, что приватизация в здравоохранении необходима, но должна носить постепенный характер, основываться на системном подходе и проводиться в рамках Государственной программы в несколько этапов (рис. 4.8.).

На 1 этапе необходимо создать условия для более широкого применения экономических методов в управлении отраслью, которые позволят определить истинную потребность как в учреждениях, так и в койках, площадях и др.

Для этого необходимо производить финансирование учреждений здравоохранения и оплачивать труд медицинских работников с учетом объема и качества выполненной работы, т.е. использовать экономические методы в управлении отраслью.

Нужен такой механизм финансирования, который бы обеспечил рациональное распределение средств между стационаром и АПУ в зависимости от объема и качества оказываемой ими медицинской помощи, который в конечном счете привел бы к сокращению невостребованных коек. Высвободившиеся при этом здания и помещения следует направить на:

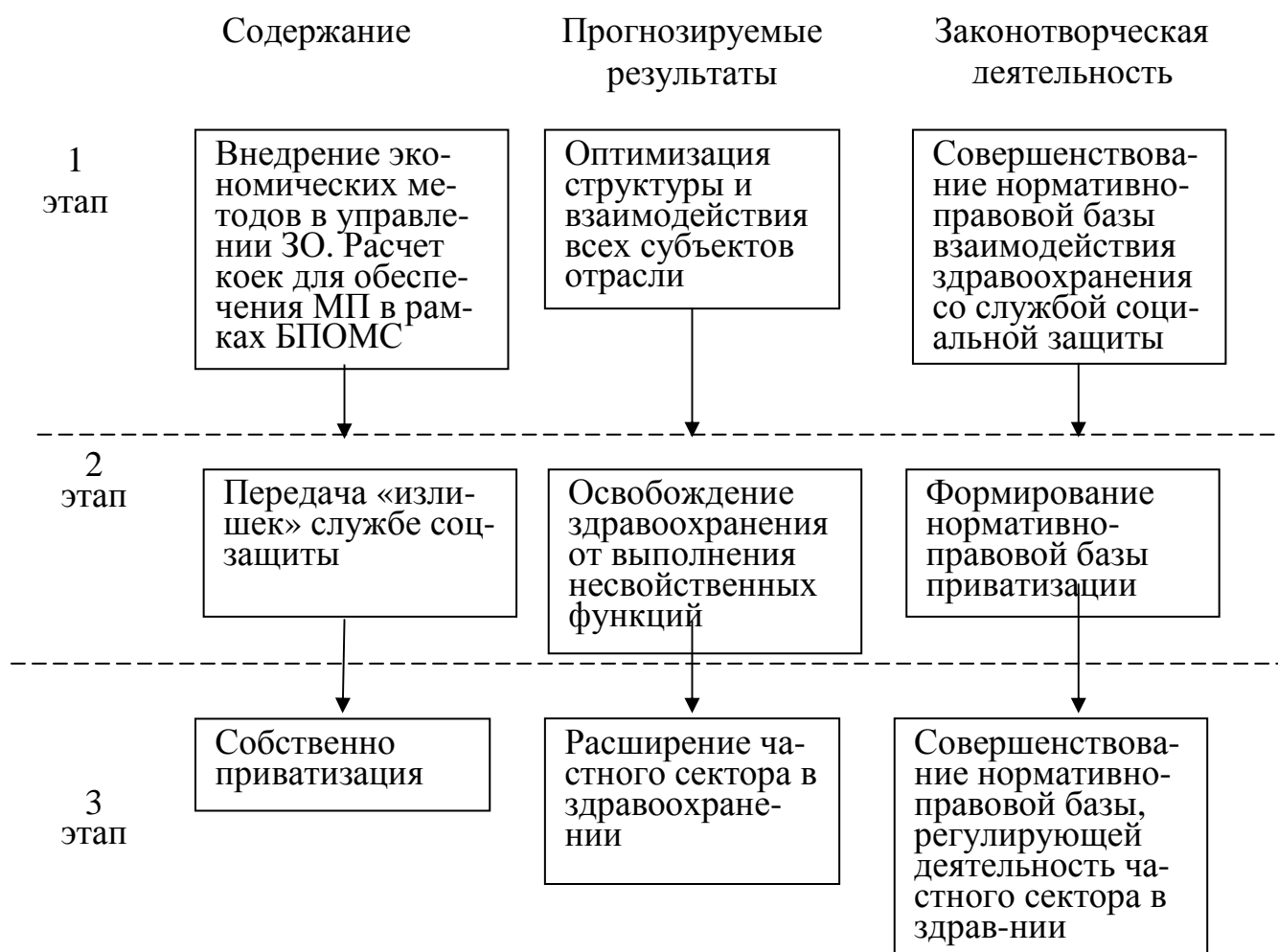


Рис. 4.8. Этапы подготовки и проведения приватизации в здравоохранении

3) Обеспечение всех требований правил техники безопасности, охраны труда и противопожарной безопасности.

1) На улучшение условий пребывания пациентов в ЛПУ, доведение их до требований санитарно-эпидемиологической службы и СНИПов.

2) Создание должных условий для персонала ЛПУ как производственных, так и бытовых.

Только оставшиеся после этого площади, можно расценивать как «излишки» и передавать прежде всего службе социальной поддержки, для организации домов престарелых, милосердия и др. В эти открытые учреждения должны быть переведены пациенты нуждающиеся прежде всего в уходе.

Если после этого сохранятся «излишки», их целесообразно либо продать, либо передать в аренду, а вырученные, таким образом, деньги направить на развитие здравоохранения.

Наряду с указанными мероприятиями следует готовить нормативную базу, регулирующие отношения здравоохранения со службой социальной защиты, а также определяющие проведение самой приватизации медицинских учреждений.

Во избежание сокращения большего числа коек, чем следует, необходимо рассчитать количество коек для безотказного оказания помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Для этого следует конкретизировать и детализировать ее, довести до состояния, исключающего двоякое толкование входящей в нее информации, в том числе определить перечень заболеваний и состояний, требующих обязательную госпитализацию. Объем ее должен соответствовать платежеспособности органов, оплачивающих медицинскую помощь населению.

Зная количество пролеченных больных и среднюю продолжительность пребывания их в стационаре, можно рассчитать необходимое число коек для каждой нозологической формы либо группы заболеваний. Такой расчет можно провести как для отдельных территорий, так и в целом по отрасли:

$$K_i = \frac{N_i \times C_i}{Z_i}, \text{ где}$$

K_i – количество коек для госпитализации пациентов с i -товым заболеванием;

N_i – количество нуждающихся в госпитализации с i -товым заболеванием

(по заключению экспертов);

C_i – средняя длительность пребывания в стационаре при i -товом заболевании;

Z_i – нормативная занятость в году койки соответствующего профиля.

Когда известна потребность в койках по отдельным заболеваниям, можно рассчитать потребность по профилям, т.е. сколько необходимо терапевтического и хирургического, сколько для детства и т.д.

$$K_t = K_i + K_c + \dots + K_n$$

K_t – количество коек терапевтического профиля;
 K_b, K_c – количество коек для госпитализации при отдельных заболеваниях и состояниях, отнесенных к терапевтическому профилю.

Параллельно с указанным процессом целесообразно разрабатывать нормативно-правовую базу. Таким образом, подготовка приватизации и ее проведение должны носить, как уже упоминалось, поэтапный и системный характер.

Законодательные акты и другие документы по разгосударствлению учреждений здравоохранения, должны быть широко обсуждены с привлечением медицинской общественности и исключать перепрофилирование приватизированных учреждений в ущерб организации медицинской помощи.

Многоукладность форм собственности в здравоохранении очевидна, она создает условия для конкуренции между производителями медицинских услуг, которая приведет к повышению их качества, более полному удовлетворению в них населения и т. д.

Формирование негосударственного (частного) сектора в здравоохранении г. Новосибирска началось в конце 80-х годов прошлого столетия. Однако сейчас трудно сказать сколько их было создано, сколько сохранилось.

Наибольший интерес представляет ЗАО «Стоматологическая поликлиника № 6». Эксперимент по организации ее работы на условиях аренды был начат в 1991 году, далее в 1997 году она обрела статус закрытого акционерного общества. Все эти годы она успешно работает в рамках выполнения муниципального заказа (по обслуживанию 130 тыс. населения), расширяет объем услуг, предоставляемых на платной основе, успешно осуществляет свою финансово-хозяйственную деятельность. При этом поддерживает на достаточном уровне заработную плату сотрудников, расширяет и модернизирует производство, внедряет современные виды стоматологической помощи.

В 2001 году было организовано ЗАО коллективом больницы № 17, которому так же было передано оборудование и здание учреждения, установлен муниципальный заказ на МП.

В 2002 году ЗАО создано коллективами стоматологических поликлиник №№ 4,9 и детской стоматологической поликлиникой №2, работа с ними также будет осуществляться на договорной основе.

РЕЗЮМЕ. Разгосударствление части учреждений здравоохранения необходимо, а проведение его на основе предлагаемых принципов, позволит пройти этому процессу менее болезненно и не повторить тех ошибок, которые были допущены во время приватизации в сфере обслуживания. Кроме того, оно позволит освободить органы власти от ненужных расходов на содержание учреждений, без которых город может обойтись.

Основные принципы подушевого финансирования

Оплата деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений при подушевом финансировании обеспечивает следующие преимущества:

- осуществляется исходя из численности реально обслуживаемого населения, с учетом качества МП;
- реализует на практике порядок оплаты работы ЛПУ, по принципу «Деньги следуют за пациентом», т.е. усиливает мотивацию всех субъектов здравоохранения в оказании МП;
- стимулирует неформальное отношение к профилактике, т.е. поликлиники получают доход за здоровье населения;
- обеспечивает заинтересованность АПУ во внедрении стационар замещающих технологий и в ограничении направления пациентов на стационарное лечение с круглосуточным пребыванием;

- способствует оптимизации структуры и функционирования системы здравоохранения.

Общий подушевой норматив финансирования медицинской помощи рассчитывается на основании утвержденной Территориальной программы ОМС, исходя из планируемых финансовых средств на ее реализацию в текущем году, как указывалось выше, с учетом реально обслуживаемого населения.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи проводится путем подушевого финансирования в расчете на прикрепленный контингент населения. Поликлинике, ОВП передаются средства на собственный объем деятельности, в т.ч. на стационарзамещающие технологии, стационарную помощь, оплату услуг других ЛПУ. Расчеты со смежниками выполняет Страховщик (принцип формального фондодержания).

Объемы затрат на оказание специализированной помощи рассчитываются исходя из сложившейся доли затрат на оплату стоматологической, дерматологической, акушерско-гинекологической помощи. Специализированные учреждения выступают фондодержателями указанных средств. Они получают их на собственный объем деятельности, оплату услуг других ЛПУ.

Оплата стационарной помощи проводится на договорной основе с фондодержателями и предусматривает расчет по реестрам через СМО.

Финансирование межрайонных диагностических центров, специализированных учреждений, централизованных лабораторий проводится по реестрам, согласованным с поликлиниками, ОВП через СМО.

Совместная экспертная деятельность Страховщиков и амбулаторно-поликлинических учреждений направлена в первую очередь на защиту интересов застрахованных, обеспечение рациональных маршрутов лече-

ния пациентов. Для реализации этих задач должен проводиться регулярный анализ деятельности всех ЛПУ.

Стимулы, формируемые системой оплаты, должны доводиться до подразделений медицинских учреждений и каждого медицинского работника. С этой целью в медицинском учреждении должна быть разработана модель внутривозрастных отношений и Положение о формировании и использовании фондов материального поощрения, производственного и социального развития. Положение утверждается руководителем медицинского учреждения по согласованию с выбранным профсоюзным органом. Это обеспечивает медицинскому учреждению право на использование средств на стимулирование работников и развитие, а финансирующим сторонам – гарантию целевого и рационального расходования средств.

Расчет подушевого норматива

Нами предлагаются несколько вариантов расчета подушевого норматива. Они формируются исходя из реально складывающегося бюджета с учетом порядка оплаты учреждениями здравоохранения некоторых услуг и расходов, оплачиваемых централизованно органами государственной власти или местного самоуправления (отопление, электро- и водоснабжение, капитальный ремонт и строительство). Варианты учитывают также порядок закупа оборудования для ЛПУ (централизованный в рамках единой медико-технической политики, либо включение расходов на эти цели в тариф на МУ), порядок расчета со специализированными ЛПУ: СП, ПТД, КВД, ВФД (гонорарный, за законченный случай, либо по сметам с учетом достижения МКР).

Первый вариант (полное фондодержание) - самый простой, когда все расходы на содержание ЛПУ и оказание МП включаются в тарифы подушевого финансирования. При этом АПО сами рассчитываются за все потребляемые ими услуги и медицинскую помощь, оказываемую их пациентам в других ЛПУ (рис. 1).

При этом варианте подушевая формула выглядит следующим образом:

$$\text{ОП}_H = \frac{B_z - B_c}{N}, \quad \text{где} \quad (1)$$

ОПн - общий подушевой норматив;

Бз - годовой бюджет здравоохранения территории (муниципального образования);

Бс - бюджет учреждений, оказывающих МП при социально-значимых заболеваниях;

N - общая численность обслуживаемого населения.

Например: годовой бюджет здравоохранения крупного муниципального образования (с населением 1450000 человек) составляет 3800000 тыс. рублей (Бз), бюджет социально-значимых учреждений (Бс) равен 700000 тыс. руб. При этих условиях общий подушевой норматив (ОПн) будет равен:

$$\text{ОПн} = \frac{Бз - Бс}{N} = \frac{3800000000 - 700000000}{1450000} = 2138 \text{ руб.}$$

Если в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РФ» осуществляется одноканальное финансирование в системе ОМС через страховые медицинские организации, то подушевой норматив определяется по формуле :

$$\text{ОПн} = \frac{\text{Бсмо}}{N}, \quad \text{где} \quad (2)$$

ОПн - общий подушевой норматив;

Бсмо - годовой бюджет системы ОМС (СМО);

N - общая численность обслуживаемого населения.

Расчет бюджета ЛПУ при подушевом финансировании

Исходя из полученного подушевого норматива (ОПн) достаточно просто определить годовой бюджет АПО (Бапо) по следующей формуле:

$$\text{Бапо} = \text{ОПн} \times N_i, \quad \text{где:} \quad (3)$$

$B_{\text{апo}}$ - годовой бюджет АПО;

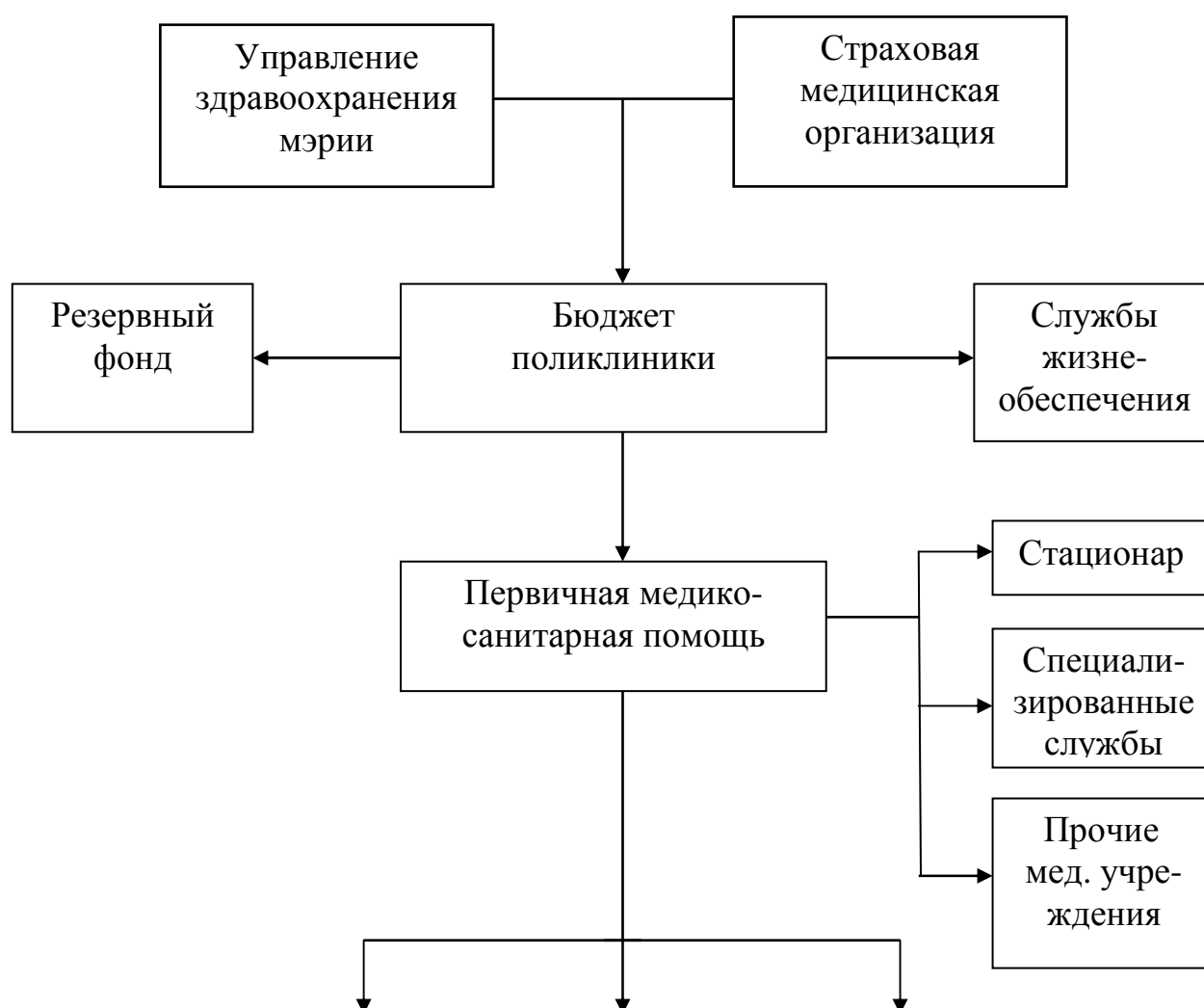
$OПн$ - общий подушевой норматив;

N_i - численность обслуживаемого АПО населения.

Таким образом, годовой бюджет АПО, обслуживающего 81000 чел., составит:

$$B_{\text{апo}} = OПн \times N_i = 2138 \text{ руб.} \times 81000 = 173178000 \text{ рублей.}$$

Преимущество приведенной формулы заключается в простоте расчета и очень высокой заинтересованности АПО в рациональном (экономном) использовании финансовых средств, выделенных на собственное содержание и расчеты с другими субъектами системы здравоохранения (рис. 1). Сэкономленная сумма может быть потрачена на укрепление МТБ учреждения и, что очень важно, на повышение заработной платы персонала, прежде всего, участковой службы и врачей общей практики.



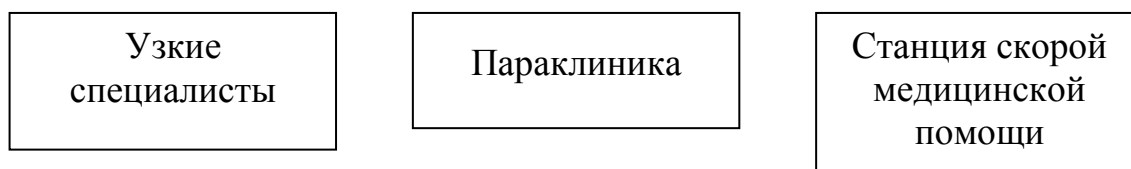


Рис. 1. Схема движения финансов при подушевом финансировании ПМСП и полном фондодержании

Несколько сложнее производить расчет с учетом возрастного состава населения, обслуживаемого АПО. Для этого комиссией по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются поправочные коэффициенты для каждой возрастной группы. Например, для трех групп:

От 0 до 15 лет - 0.681;

От 16 до 64 лет - 0.984;

65 лет и старше - 1.513.

Исходя из подушевого норматива с использованием поправочных коэффициентов определяется сумма, необходимая для обслуживания каждой возрастной группы, а сумма их составляет бюджет учреждения.

$$\text{Бапо} = \text{ОПн} \times \text{К}_0 \times \text{N}_0 + \text{ОПн} \times \text{К}_{16} \times \text{N}_{16} + \text{ОПн} \times \text{К}_{65} \times \text{N}_{65}, \text{ где} \quad (4)$$

Бапо - годовой бюджет АПО;

ОПн - общий подушевой норматив;

К₀ - поправочный коэффициент для возрастной группы от 0 до 15 лет;

Н₀ - количество человек в возрасте от 0 до 15 лет;

К₁₆ - поправочный коэффициент для возрастной группы от 16 до 64 лет;

Н₁₆ - количество человек в возрасте от 16 до 64 лет;

К₆₅ - поправочный коэффициент для возрастной группы 65 лет и старше;

Н₆₅ - количество человек в возрасте 65 лет и старше.

Например: поликлиника обслуживает 80 000 человек, из них 20 000 дети в возрасте до 15 лет (N_0), 45 000 – в возрасте от 16 до 64 лет (N_{16}) и 15 000 – в возрасте 65 лет и старше (N_{65}). При общем подушевом нормативе (ОПн) 2138 руб. бюджет АПО (Бапо) составит:

$$\text{Бапо} = \text{ОПн} \times K_0 \times N_0 + \text{ОПн} \times K_{16} \times N_{16} + \text{ОПн} \times K_{65} \times N_{65} = 2138 \times 0.681 \times 20000 + 2138 \times 0.984 \times 45000 + 2138 \times 1.513 \times 15000 = 29119560 + 94670640 + 48521910 = 172312110 \text{ (руб.)}$$

Расчет бюджета ЛПУ при подушевом финансировании с частичным фондодержанием

Известно несколько вариантов подушевого финансирования с частичным фондодержанием. Один из наиболее распространенных, когда АПУ оставляют средства на содержание самого учреждения и для взаиморасчетов с амбулаторно-поликлиническими учреждениями, для всех остальных средства выделяются целевым назначением:

$$AP_n = \frac{B_z - B_c - B_{ст} - C_{ц}}{N}, \quad \text{где} \quad (5)$$

- AP_n - амбулаторный подушевой норматив;
- B_z - годовой бюджет здравоохранения территории (муниципального образования);
- B_c - бюджет учреждений, оказывающих МП при социально-значимых заболеваниях;
- $B_{ст}$ - бюджет стационарной службы ;
- $C_{ц}$ - средства для централизованной оплаты ;
- N - общая численность обслуживаемого населения.

При этом бюджет АПО определяется традиционно (3). Преимущества этого варианта заключаются в том, что сокращается количество расчетов, которые долж-

но произвести АПО, в том числе со стационарами, которым уже выделены средства, в т.ч на капитальный ремонт ЛПУ, приобретение оборудования и так далее (рис. 2).

Недостатками обсуждаемого варианта является то, что ЛПУ в меньшей степени заинтересованы в экономии средств, так как большая часть из них уже распределена конкретным учреждениям и усилия АПУ по сокращению направлений пациентов на стационарное лечение не стимулируются материально. При этом варианте ЛПУ не застрахованы на случай перевыполнения МЗ или ГЗ, так как отсутствует «рисковый фонд», из которого вынужденные доплаты можно было бы произвести.



Рис. 2. Схема финансирования учреждений здравоохранения при частичном фондодержании без образования рискового фонда.

Следующий вариант предполагает формирование «рискового фонда» в рамках взаимоотношений субъектов системы здравоохранения (рис. 3). Средства рискового фонда должны направляться на оплату объема стационарной помощи, превышающего МЗ или ГЗ, обоснованность которого не вызывает ни у кого сомнений.

Если же стационарная служба выполняет полностью МЗ или ГЗ либо недо- выполняет его, но все нуждающиеся в госпитализации и направленные врачами АПУ получили стационарную помощь, бюджет стационарной службы выплачивается полностью. Тем самым исключается необоснованная госпитализация по инициативе стационаров для выполнения МЗ или ГЗ.



Рис. 3. Схема финансирования учреждений здравоохранения при частичном фондодержании с образованием рискового фонда.

В таком случае рисковый фонд либо полностью, либо частично передается АПУ и может быть использован для поощрения стационаров (рис. 4). В данном случае подушевой норматив определяется по формуле:

$$АПн = \frac{Бз - Бс - Бст - Сц - Фр}{N}, \text{ где} \quad (6)$$

АПн - амбулаторный подушевой норматив;

Бз - годовой бюджет здравоохранения территории (муниципального образования);

Бс - бюджет учреждений, оказывающих МП при социально значимых заболеваниях;

Бст - бюджет стационарной службы ;

Сц - средства для централизованной оплаты ;

Фр - рисковый фонд;

N - общая численность обслуживаемого населения.

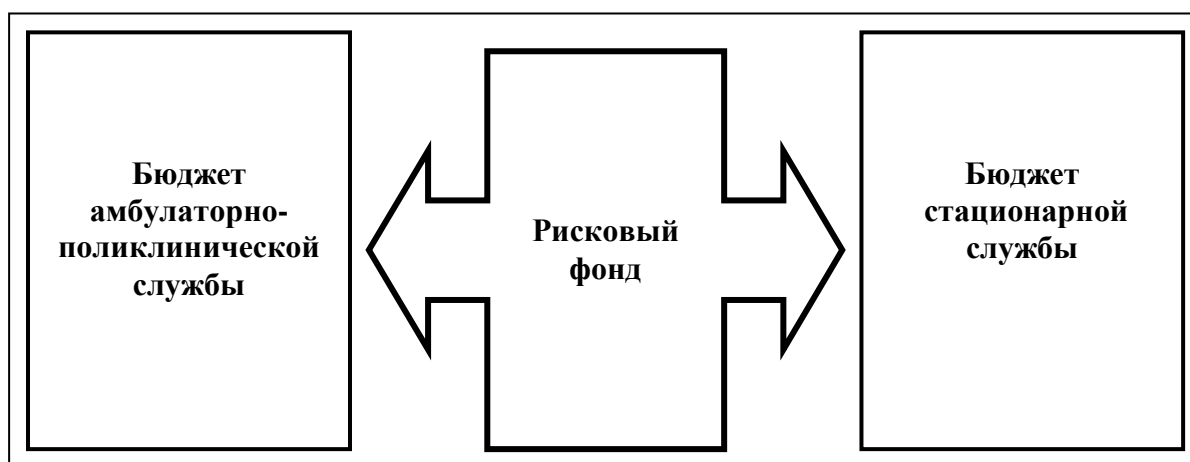


Рис. 4. Порядок финансирования здравоохранения при наличии «рискового фонда».

Формирование бюджетов стационарной и амбулаторно-поликлинической служб определяется в ранее сложившихся пропорциях с использованием поправочных коэффициентов:

$$Kc = \frac{Бст}{Бз - Бс}; \quad Kano = \frac{Банo}{Бз - Бс}, \quad (7,8)$$

где: Kc - поправочный коэффициент для стационарной службы;

Капо - поправочный коэффициент для АПС;

Бст - бюджет стационарной службы;

Бапо - бюджет АПС;

Бз - бюджет здравоохранения;

Бс - бюджет социально значимых учреждений.

Например: годовой бюджет здравоохранения крупного муниципального образования (с населением 1450000 человек) составляет 3800000 тыс. рублей (*Бз*), бюджет социально-значимых учреждений (*Бс*) равен 700000 тыс. руб. Бюджет стационарной службы (*Бст*) был равен 2000000 тыс.руб., а АПС (*Бапо*) – 1100000 тыс. руб. При этих условиях поправочные коэффициенты будут равны:

$$Kc = \frac{Бст}{Бз - Бс} = \frac{2000000}{3100000} = 0.64$$

$$Капо = \frac{Бапо}{Бз - Бс} = \frac{1100000}{3100000} = 0.36$$

В соответствии с полученными поправочными коэффициентами можно рассчитать отдельно бюджеты как для стационарной (*Бст*), так и для амбулаторно-поликлинической (*Бапо*) служб.

Например: бюджет здравоохранения (в системе ОМС) предполагается на предстоящий год 3600000 тыс. руб., по согласованию сторон в резервный фонд оставлено 200000 тыс. руб., тогда:

$$Бст = (Бсмо - Фр) \times 0,64 = 3400000000 \times 0,64 = 2176000000 \text{ руб.}$$

$$Бапо = (Бсмо - Фр) \times 0,36 = 3400000000 \times 0,36 = 1224000000 \text{ руб.}$$

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи

Амбулаторно-поликлинический подушевой норматив финансирования включает в себя оплату собственной деятельности поликлиник, ОВП, в том числе стационарозамещающих технологий, оплату услуг других ЛПУ.

Исходными данными для определения размера амбулаторно-поликлинического подушевого норматива (АПн) являются:

- общий подушевой норматив (ОПн);

- стоимость специализированных подушевых нормативов (СПн) по стоматологической, акушерско-гинекологической, дерматологической помощи.

Стоимость специализированных подушевых нормативов рассчитывается по формуле:

$$\text{СПн} = \text{ОПн} \times k, \quad (9)$$

где СПн – специализированный подушевой норматив для соответствующего вида помощи

ОПн – общий подушевой норматив

k – коэффициент для соответствующего вида специализированной помощи.

Коэффициенты рассчитываются исходя из сложившихся затрат за предыдущий период:

$K_{ст} = 0,053$ (коэффициент на стоматологическую помощь)

$K_{аг} = 0,024$ (коэффициент на акушерско-гинекологическую помощь)

$K_{д} = 0,003$ (коэффициент на дерматологическую помощь)

2.3. Величина амбулаторно-поликлинического подушевого норматива рассчитывается по формуле:

$$\text{АПн} = \text{ОПн} - \text{Пнст} - \text{Пнаг} - \text{Пнд}, \quad (10)$$

где АПн – стоимость амбулаторно-поликлинического подушевого норматива (руб.)

ОПн - общий подушевой норматив;

Пнст –подушевой норматив по стоматологической помощи (руб.)

Пнаг –подушевой норматив по акушерско-гинекологической помощи (руб.)

Пнд - подушевой норматив по дерматологической помощи (руб.)

Для расчетов с фондодержателем СМО определяет индивидуальный плановый месячный резерв (ПМР) оплаты для каждого амбулаторно-поликлинического учреждения, исходя из среднемесячного подушевого норматива и численности прикрепленного населения, скорректированного на коэффициенты половозрастных затрат.

Величина среднемесячного амбулаторного подушевого норматива в руб. (Псрмес) определяется по формуле:

$$\text{Псрмес} = \text{АПн} : 12, \quad \text{где} \quad (11)$$

АПн – амбулаторный подушевой норматив (руб);

12 - число месяцев в году;

Плановый месячный резерв оплаты амбулаторно-поликлинической помощи определяется по формуле:

$$\text{ПМР} = \text{Псрмес} \times \sum (\text{кполі} \times \text{Чі}), \quad \text{где,} \quad (12)$$

ПМР – плановый месячный резерв оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

Псрмес – среднемесячный амбулаторный подушевой норматив (руб.)

Чі - численность прикрепленного населения с учетом возрастных групп

Кполі – коэффициент расходов і-ой возрастной группы

Например, в настоящее время амбулаторно-поликлиническое учреждение ведет учет прикрепившегося городского населения в соответствии с Временным положением о реализации права граждан на выбор врача и ЛПУ, утвержденным органами управления здравоохранения. СМО ежеквартально производит сверку численности застрахованного прикрепленного населения с данными медицинского регистра. При изменении численности застрахованного прикрепленного населения более чем на 1% СМО ежеквартально осуществляет перерасчет размера средств планового месячного норматива финансирования.

Страховщик (СМО) ведет учет всех услуг, оказанных другими медицинскими учреждениями пациентам по инициативе фондодержателя, за исключением тех, которым установлены годовые суммы на оказание специализированной МП на договорной основе. Один раз в месяц производится сверка с оформлением протокола расчетов за прошедший месяц (квартал). Фондодержатели ежемесячно в срок до 10 числа финансируются путем перечисления Страховщиком средств за каждого при-

крепленного в виде аванса, в размере 20% от планового месячного резерва оплаты медицинских услуг. До 20 числа амбулаторно-поликлинические учреждения проводят сверку и экспертизу реестров пролеченного в других ЛПУ прикрепленного населения с оформлением актов оплачиваемых сумм и претензий.

Страховщик после получения актов об оплачиваемых суммах и объемах медицинской помощи производит расчет с ЛПУ, услугами которых воспользовались фондодержатели в пределах согласованных объемов. Страховая медицинская организация ежемесячно в срок до 25 числа, следующего за отчетным месяцем, производит окончательный расчет с фондодержателем. В случае нехватки средств у фондодержателя для расчетов со стационарами, вопрос об оплате из средств рискового фонда решается на Согласительной комиссии.

Обоснованность превышения затрат устанавливается после экспертизы деятельности стационара и АПУ. При обоснованном превышении нормативных значений уровня госпитализации по экстренной помощи стационару компенсируются затраты на медикаменты и питание. При неэффективной работе АПУ, повлекшей нерациональное расходование средств (превышение согласованных объемов по плановой помощи), вопрос об ответственности последнего решается органом управления здравоохранением.

Оплата деятельности специализированных служб в условиях подушевого финансирования

В условиях подушевого финансирования системы здравоохранения очень важно определить порядок оплаты деятельности специализированных служб, имеющих особенности планирования, организации, финансового и материального обеспечения (дерматологической, стоматологической и др.). Необходимо, чтобы порядок оплаты интересовывал как учреждение в целом, так и каждого сотрудника в достижении конкретных актуальных целей, определенных органами управления отрасли. Это, прежде всего, профилактическая направленность в их работе. Рациональная и результативная система финансирования специализированной ме-

дицинской помощи и оплаты труда медицинских работников может кардинально изменить отношения между медицинскими работниками и пациентами, повысить доступность и эффективность специализированной помощи и, в конечном итоге, улучшить состояние здоровья населения.

Известно несколько подходов в оплате деятельности специализированных служб: гонорарный, за законченный случай и по смете расходов (по бюджету). Эти подходы часто сочетаются друг с другом в зависимости от конкретных обстоятельств, той или иной системы оказания помощи и финансирования. Наиболее современными, рыночными являются два первых. Они заинтересовывают АПС в расширении предоставления соответствующих услуг в собственных учреждениях, хотя имеют определённые недостатки – не исключают заинтересованность врачей в навязывании выгодных для себя услуг. Порой врачами назначаются обследования, которые заведомо будут повторены в стационаре. Все это может привести к росту числа посещений и обследований, необоснованно увеличить длительность и стоимость лечения, повысит опасность отказов в госпитализации в сложных случаях, действительно требующих стационарного лечения.

Специализированные учреждения при такой оплате их деятельности совершенно не заинтересованы в предупреждении заболеваний, так как «зарабатывают» они только на больных, что стимулирует, как уже указывалось выше, неоправданное увеличение числа посещений к врачу, исследований и других услуг, а так же снижает степень предсказуемости расходов на медицинскую помощь. Возникла объективная необходимость создания упрощенной системы учёта предоставленных услуг и планирования затрат на оказание специализированной помощи.

В связи с этим, на первых порах, пока в АПУ общего типа нет достаточного количества специалистов, целесообразно осуществлять финансирование специализированных учреждений по смете расходов на год с учетом достижения ими модели конечных результатов (МКР). Это позволит сосредоточить средства на наиболее актуальных направлениях организации специализированной помощи. Следует чётко определить объём диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, наиболее необходимых в данных условиях, на данной территории, при определённом состоянии здоровья населения, а также поставить конкретные зада-

чи и проконтролировать их решение на основе конкретных критериев. По мере накопления опыта использования различных методов оплаты медицинской помощи, развития нормативно-методической базы финансового обеспечения и достижения определённого уровня объёмных показателей деятельности АПУ, постепенно могут вводиться наиболее эффективные методы оплаты деятельности специализированных учреждений, которые позволят сочетать рациональное использование ресурсов и высокий уровень результативности медицинской помощи. Однако, и в этом случае важное место в оценке результативности занимает простая, понятная и объективная МКР, позволяющая корректно оценивать эффективность специализированной медицинской помощи, обоснованность выполненных объёмов работ и затраченных ресурсов, степень достижения поставленных целей. Таким образом, МКР должна стать адекватной основой для ведомственного и специального контроля деятельности системы здравоохранения.

Для расчета годового бюджета специализированной службы целесообразно использовать поправочных коэффициентов, которые определяются исходя из сложившихся ранее затрат на содержание соответствующей службы (B_c) и общих затрат на здравоохранение (B_z).

$$K_{cn} = \frac{B_{cn}}{B_z}, \quad (13)$$

где: K_{cn} – поправочный коэффициент для определения бюджета специализированной службы;

B_z - годовой бюджет здравоохранения муниципального образования (территории) ;

B_{cn} - годовой бюджет специализированной службы;

Например, если расходы на все здравоохранение (B_z) составили 3800000 тыс. руб., а на содержание стоматологической службы (B_c) 201400 тыс. руб. тогда:

$$K_{cn} = \frac{B_{cn}}{B_z} = \frac{201400}{3800000} = 0.053$$

Далее определяется бюджет на один месяц исходя из годового бюджета, путем деления его на 12, либо, учитывая, что затраты в различные месяцы бывают разные, с учетом сложившихся пропорций, которые так же можно определить как

соотношения их к годовому бюджету, сумма этих коэффициентов должна быть равна 1:

$$B_{см} = B_{сп} \times K_{см}, \quad (14)$$

где: $B_{см}$ – бюджет специализированной службы на месяц;

$B_{сп}$ - годовой бюджет специализированной службы.

$K_{см}$ – поправочный коэффициент специализированной службы на определенный месяц.

Например: поправочный коэффициент на февраль составил 0.086, а на июль 0.080, поэтому бюджет февраля ($B_{сф}$) и июля ($B_{си}$) соответственно будут равны:

$$B_{сф} = 201\,400 \text{ тыс.руб.} \times 0.086 = 17\,320.4 \text{ тыс. руб.}$$

$$B_{си} = 201\,400 \text{ тыс.руб.} \times 0.080 = 16\,112 \text{ тыс. руб.}$$

Возможен расчет бюджета специализированной службы как на год, так и на месяц, исходя из известного общего подушевого норматива с учетом поправочного коэффициента:

$$N_{сп} = ОПн \times K_{сп} \quad \text{где,} \quad (15)$$

$N_{сп}$ – норматив финансирования на одного человека в год по специализированной помощи;

$ОПн$ - общий подушевой норматив;

$K_{сп}$ - поправочный коэффициент для специализированной службы.

Например: общий подушевой норматив ($ОПн$) 2138 руб., поправочный коэффициент ($K_{сп}$) 0.053:

$$N_{сп} = ОПн \times K_{сп} = 2138 \times 0.053 = 113.3 \text{ руб.}$$

Возможен и более сложный вариант :

$$N_{сп} = \frac{Bз - Bс}{N} \times k_{сп} \quad \text{где,} \quad (16)$$

$N_{сп}$ – норматив финансирования на одного человека в год по специализированной помощи;

B_z - годовой бюджет здравоохранения территории (муниципального образования);

B_c - годовой бюджет учреждений, оказывающих МП при социально-значимых заболеваниях;

N - общая численность населения муниципального образования (территории);

$k_{сп}$ - поправочный коэффициент для специализированной службы.

Например : годовой бюджет всего здравоохранения (B_z) равен 3 800 000 тыс. руб., бюджет ЛПУ, оказывающих помощь при социально-значимых заболеваниях (B_c) составил 700 000 тыс. руб., численность населения (N) 1450000 человек, а поправочный коэффициент ($k_{сп}$) – 0.053.

$$N_{сп} = \frac{B_z - B_c}{N} \times k_{сп} = \frac{3800000000 - 700000000}{1450000} \times 0.053 = 113.3 \text{ руб.}$$

Исходя из подушевого норматива на специализированную службу, можно определить годовой бюджет специализированного учреждения с учетом обслуживаемого населения.

$$B_{су} = N_{сп} \times N_i, \quad \text{где,} \quad (17)$$

$B_{су}$ - годовой бюджет специализированного учреждения;

$N_{сп}$ – норматив финансирования на одного человека в год по специализированной помощи;

N_i - численность обслуживаемого учреждением населения.

Например: подушевой норматив на обслуживание населения для специализированной службы ($N_{сп}$) равен 113.3 руб., учреждение обслуживает 160 000 человек (N_i).

$$B_{су} = N_{сп} \times N_i = 113.3 \text{ руб.} \times 160\,000 = 18\,128 \text{ тыс. руб.}$$

Для всей службы годовой бюджет может быть рассчитан по формуле:

$$B_{сп} = N_{сп} \times N, \quad (18)$$

где: $B_{сп}$ – годовой бюджет специализированной службы ;

$H_{сп}$ – норматив финансирования на одного человека в год по специализированной помощи;

N - численность населения муниципального образования (территории).

Например : подушевой норматив на обслуживание населения для специализированной службы ($H_{сп}$) равен 113.3 руб., численность населения муниципального образования – 1 450 000 человек.

$B_{сп} = H_{сп} \times N_i = 113.3 \text{ руб.} \times 1\,450\,000 = 164\,285 \text{ тыс. руб.}$

Оплата стоматологической помощи

Оплата стоматологической помощи осуществляется из специализированного подушевого норматива на данный вид помощи, который включает в себя оплату собственной деятельности стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, обслуживающих приписное население, оплату услуг других ЛПУ. Стоматологические поликлиники являются фондодержателями установленных нормативов. Если приписное население обслуживает стоматологическое отделение или кабинет, входящий в состав АПУ, фондодержателем установленного норматива выступают поликлиники или ОВП.

Для расчетов с фондодержателем определяется индивидуальный плановый месячный резерв оплаты исходя из годового бюджета стоматологической службы (Бстом) и численности прикрепленного населения:

$$\text{ПМРст} = (\text{Бстом} : \text{Ч} : 12) \times \Sigma (\text{кполі} \times \text{Чи}), \quad \text{где} \quad (19)$$

ПМРст – плановая месячная сумма средств для оплаты медицинских услуг стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов, обслуживающих приписное население;

Бстом - годовой бюджет стоматологической службы;

Ч – число жителей муниципального образования (территории) ;

12 – число месяцев в году;

$Ч_i$ – численность прикрепленного населения определенной возрастной группы;

$к_{полі}$ – коэффициент расходов i -ой возрастной группы.

Страховщик ведет учет всех услуг, оказанных другими ЛПУ пациентам по направлению фондодержателя. Фондодержатель обладает правом контроля реестров, поданных другими ЛПУ на оплату в СМО. Стационарная специализированная помощь оплачивается Страховщиком по реестрам. Оплата медицинских услуг других ЛПУ, обслуживающих пациентов фондодержателя по инициативе последнего, осуществляется Страховщиком по реестрам.

Пример расчета планового месячного бюджета стоматологического учреждения :

Бстом - годовой бюджет стоматологической службы – 164 300 т.р., численность населения муниципального образования (территории) – 1 300 000 человек, поликлиника обслуживает 160 000 населения, в т.ч. 32 000 лиц старше 65 лет ($K_{65} = 1.513$), 40000 дети в возрасте до 15 лет ($K_0 = 0.681$), 88000 чел. В возрасте от 16 до 65 лет ($K_{16} = 0.984$).

$$\text{ПМРст} = (\text{Бстом} : Ч : 12) \times \Sigma (к_{полі} \times Ч_i) = (164\,000\,000 : 1\,300\,000 : 12) \times (32\,000 \times 1.513 + 40\,000 \times 0.681 + 88\,000 \times 0.984) = 10.51 \times (48416 + 27240 + 86592) = 10.51 \times 162248 = 1\,705\,226 \text{ руб.}$$

Оплата акушерско-гинекологической помощи

Оплата акушерско-гинекологической помощи осуществляется из специализированного подушевого норматива, определенного для данного вида помощи. Женские консультации могут выступать фондодержателями в рамках установленных для них нормативов. Данный норматив включает в себя оплату собственной деятельности женских консультаций, в том числе стационарозамещающих технологий, оплату услуг других ЛПУ.

Для расчетов с женскими консультациями - фондодержателями определяется индивидуальный плановый месячный бюджет исходя из специализированного подушевого норматива для акушерско-гинекологической помощи и численности прикрепленного женского населения:

$$\text{ПМБаг} = (\text{Баг} : \text{Ч} : 12) \times \sum (\text{кполі} \times \text{Чі}), \quad \text{где} \quad (20)$$

ПМБаг – плановый месячный бюджет женских консультаций ;

Баг – годовой бюджет акушерско-гинекологической службы;

Ч – число жителей муниципального образования (территории);

12 – число месяцев в году

Чі – численность прикрепленного к ЛПУ населения с учетом возрастных групп;

кполі – коэффициент расходов і-ой возрастной группы

Страховщик ведет учет всех услуг, оказанных другими медицинскими учреждениями пациентам по направлению фондодержателя, который обладает правом контроля реестров, поданных другими ЛПУ на оплату в СМО. Оплата медицинских услуг других межрайонных диагностических центров, специализированных учреждений, централизованных лабораторий, обслуживающих пациентов фондодержателя по инициативе последнего, осуществляется Страховщиком по реестрам.

Оплата дерматологической помощи

Оплата дерматологической помощи осуществляется из средств специализированного подушевого норматива на данный вид помощи. Этот норматив включает в себя оплату собственной деятельности дерматовенерологических диспансеров и кабинетов, имеющих приписное население, оплату услуг других ЛПУ. Если приписное население обслуживает специализированный кабинет, входящий в состав АПУ, фондодержателем установленного норматива выступают поликлиники или ОВП.

Для расчетов с фондодержателями определяется индивидуальный плановый месячный резерв оплаты исходя из специализированного подушевого норматива для дерматологической помощи и численности прикрепленного населения:

$$\text{ПМБд} = (\text{Бд} : \text{Ч} : 12) \times \Sigma (\text{кполі} \times \text{Чі}), \quad \text{где} \quad (21)$$

ПМБд – плановый месячный бюджет дерматологического учреждения ;

Бд - годовой бюджет дерматологической службы ;

Ч – число жителей муниципального образования (территории);

12 – число месяцев в году ;

Чі – численность прикрепленного населения с учетом возрастных групп ;

кполі – коэффициент расходов і-ой возрастной группы ;

Страховщик ведет учет всех услуг, оказанных другими медицинскими учреждениями пациентам по направлению фондодержателя, который обладает правом контроля реестров поданных другими ЛПУ на оплату в СМО. Оплата медицинских услуг других ЛПУ, обслуживающих пациентов фондодержателя по инициативе последнего, осуществляется Страховщиком по реестрам.

Порядок оказания и оплаты медицинских услуг некоторым категориям граждан.

Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных гражданам в межрайонных диагностических центрах, специализированных учреждениях, централизованных лабораториях

Оплата за оказанные медицинские услуги в межрайонных диагностических центрах, специализированных учреждениях и централизованных лабораториях, производится по утвержденным тарифам (МЭС) на основании реестров, предъяв-

ленных ими Страховщику и согласованных с фондодержателями. В реестр включаются только пациенты, направленные из поликлиник и ОВП. При отсутствии направления в отдельный реестр вносятся сведения об услугах по экстренным показаниям. При этом в реестре делается отметка «экстренная помощь».

Порядок оплаты экстренной медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, не имеющим при обращении в ЛПУ страхового медицинского полиса

Сведения об услугах по экстренной медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, не имеющим в момент обращения страховых медицинских полисов, формируются медицинскими учреждениями в отдельные реестры, при этом в реестре делается пометка «экстренная помощь».

При отсутствии полиса в реестр вносятся данные одного из документов: паспорта, временного удостоверения личности, выдаваемого органами внутренних дел при утере паспорта, свидетельства о рождении для детей до 14 лет. При сдаче подростком документов на оформление паспорта, в реестр могут быть внесены паспортные данные одного из родителей, проживающих с ним совместно.

При получении гражданами, не имеющими в момент обращения полиса обязательного медицинского страхования, экстренной помощи в АПУ, из средств ОМС оплачивается 1 посещение.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам за пределами территории страхования

Оплата медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам, временно находящимся за пределами территории страхования, в объеме Базовой программы ОМС, производится на основании Приказа Федерального фонда ОМС от 23.09.2000 № 70 и Инструкции «О порядке финансовых расчетов между Территориальными Фондами ОМС за медицинскую помощь в объеме Базовой программы ОМС, оказанной за пределами территории страхования гражданина Российской Федерации».

Гражданам Российской Федерации, временно находящимся за пределами постоянного места жительства и территории страхования, бесплатно предоставляется:

скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

амбулаторно-поликлиническая и плановая стационарная помощь медицинскими учреждениями, работающими в системе обязательного медицинского страхования, включая лечение заболеваний, как в поликлинике, так и на дому, в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования при предъявлении страхового полиса.

Бесплатная медицинская помощь в лечебно-профилактических учреждениях, финансируемых за счет средств областного бюджета и местных бюджетов муниципальных образований, оказывается только по экстренным показаниям, связанным с угрозой для жизни и здоровья гражданина или окружающих его лиц.

Возмещение затрат производит Территориальный фонд ОМС из целевых средств по реестрам, направляемым из ЛПУ после завершения оказания медицинской помощи.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной жителям, не подлежащим ОМС.

Полная информация о порядке оплаты медицинской помощи гражданам, не подлежащим ОМС (кадровые сотрудники системы МВД, налоговой полиции, исполнения наказаний, военнослужащие) представлено в информационном письме Федерального фонда ОМС от 3 марта 2000 г. № 1089/30-3и «Об оплате медицинской помощи, оказанной военнослужащим, сотрудникам милиции, органов налоговой полиции и уголовно-исполнительной системы».

Федеральным законом от 27.05.1998 № 76-ФЗ "О статусе военнослужащих" (п. 2 ст. 16) установлено, что при отсутствии по месту военной службы или месту жительства военнослужащих военно-медицинских учреждений или соответствующим

щих отделений в них либо специального медицинского оборудования, а также в неотложных случаях медицинская помощь оказывается в учреждениях государственной или муниципальной систем здравоохранения. Расходы указанным учреждениям здравоохранения по оказанию медицинской помощи военнослужащим и гражданам, призванным на военные сборы, возмещаются Министерством обороны Российской Федерации (иным федеральным органом исполнительной власти, на который возложены эти обязанности).

Приказом Министра обороны РФ и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 14.06.1995 № 204/167 "Об оказании медицинской помощи военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации в учреждениях здравоохранения" (зарегистрирован в Минюсте России 23.06.95 N 879) утверждена и введена в действие согласованная с Минфином России и Федеральным фондом ОМС "Инструкция о порядке оказания медицинской помощи военнослужащим Вооруженных Сил РФ в учреждениях здравоохранения и проведения финансовых расчетов с этими учреждениями за оказанную медицинскую помощь", которой определено (п. б), что затраты, связанные с оказанием медицинской помощи военнослужащим, компенсируются учреждениям здравоохранения за счет средств Минобороны России по действующим тарифам для данного учреждения здравоохранения на момент оказания военнослужащему медицинской помощи. Подобные инструкции о порядке оказания медицинской помощи военнослужащим в учреждениях здравоохранения и проведения финансовых расчетов с этими учреждениями утверждены и введены в действие Федеральной пограничной службой Российской Федерации - Приказ Минздравмедпрома России и ФПС России от 21.04.95 N 106/188; Федеральной службой безопасности Российской Федерации - Приказ Минздравмедпрома России от 14.08.95 N 238; Федеральным агентством правительственной связи и информации при Президенте Российской Федерации - Приказ ФАПСИ и Минздрава России от 09.04.97 N 71/104; Министерством внутренних дел Российской Федерации - Приказ МВД России и Минздрава России от 06.05.97 N 272/136.

Согласно Закону РФ "О милиции" при отсутствии по месту службы, месту жительства или иному месту нахождения сотрудников милиции медицинских уч-

реждений системы МВД РФ медицинская помощь оказывается им беспрепятственно и бесплатно в иных медицинских учреждениях; оплата этих услуг производится из средств бюджетов, за счет которых финансируются подразделения милиции.

Постановлением Правительства РФ от 30.10.1998 № 1254 МВД РФ предписано обеспечивать сотрудников уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ, пенсионеров из числа лиц рядового и начальствующего состава уголовно-исполнительной системы Минюста России, а также членов их семей, служащих и рабочих уголовно - исполнительной системы лекарственными препаратами и медицинским обслуживанием в ЛПУ системы МВД РФ за счет средств федерального бюджета.

Экстренная и неотложная помощь гражданам, не подлежащим ОМС (кадровые военнослужащие, сотрудники органов внутренних дел, других правоохранительных органов и силовых ведомств), оплачивается за счет средств рискового фонда в утвержденных пределах (например, 3% от общего объема стационарной помощи).

Плановая специализированная медицинская помощь оказывается на основании договоров ЛПУ с соответствующими территориальными органами МВД, МО. Плательщик проводит экономическую и медицинскую экспертизу и при отсутствии претензий оплачивает счета ЛПУ. При наличии претензии составляется акт претензии с мотивированным отказом и направляется в медицинское учреждение.

Порядок оплаты медицинских услуг новорожденным, не имеющим при обращении в лечебно-профилактические учреждения страховых медицинских полисов ОМС

При формировании медицинскими учреждениями реестров медицинских услуг, в случае отсутствия у новорожденного на момент обращения за медицинской помощью страхового медицинского полиса ОМС, в базе данных делается отметка «новорожденный» и представляется к оплате Страховщику в зависимости от принадлежности регистрации места жительства матери, согласно ее паспортным

данным. Страховщики производят оплату медицинских услуг в соответствии с действующим на территории «Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС».

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной лицам без определенного места жительства и занятий

Плановая амбулаторно-поликлиническая помощь лицам без определенного места жительства и занятий (несовершеннолетним - без определенного места жительства) оказывается в уполномоченном учреждении – муниципальной территориальной поликлинике за счет средств ОМС; указанные граждане после первичного приема и проведения неотложных медицинских мероприятий направляется в областной Центр срочной социальной помощи (несовершеннолетние – в муниципальные учреждения социальной реабилитации). Учреждения социальной защиты формируют списки граждан без определенного места жительства для представления в СМО на выдачу страхового медицинского полиса. Лица, включенные в списки, считаются застрахованными по ОМС с момента обращения за медицинской помощью.

После предоставления соответствующими учреждениями страховых медицинских полисов (или информации о реквизитах полисов) ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь лицам без определенного места жительства и занятий, включают медицинские услуги, оказанные этим гражданам, в реестры медицинских услуг для представления Страховщику в установленном порядке.

Экстренная стационарная помощь оказывается всеми ЛПУ города по утвержденному графику; информация о гражданах передается в областной Центр срочной социальной помощи для оформления страхового медицинского полиса. Реквизиты полиса сообщаются в стационары для внесения в реестры пролеченных больных.

Уполномоченной поликлиникой при необходимости оформляются документы для бюро медико-социальной экспертизы, и лица без определенного места жительства и занятий направляются на освидетельствование и установления группы инвалидности.

Контроль качества медицинской помощи

Ведомственный контроль качества МП является наиболее массовым видом контроля, приближенным к исполнителям медицинских услуг, поэтому необходимо обеспечить взаимодействие ведомственной и вневедомственной экспертизы качества МП, для чего должна быть обеспечена исчерпывающая взаимная информация о результатах ведомственного и вневедомственного контроля качества МП, в т.ч. выставленные к оплате реестры пролеченных больных должны содержать результаты ведомственного контроля качества МП по каждому случаю оказания.

Два раза в год органом управления здравоохранением и территориальным фондом ОМС совместно со страховщиками и ЛПУ проводится анализ причин, вызвавших снижение качества МП, и разрабатывается план совместных мероприятий по устранению причин оказания МП ненадлежащего качества по каждому ЛПУ. Ведомственный и вневедомственный контроль качества МП в медицинских учреждениях, включенных в систему ОМС, должен проводиться на территории субъекта РФ по единым методологическим принципам и технологии.

Контроль качества МП производится в соответствии с действующим в Новосибирской области «Положением о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в системе ОМС». Объем, гарантии качества и условия оказания МП, принимаемые в качестве договорных обязательств медицинскими учреждениями, регламентируются: Территориальной программой ОМС; материалами аккредитации и лицензией медицинского учреждения; директивными и инструктивно-методическими документами органов управления здравоохранением по вопросам организации МП и гарантии качества МП; стандартами медицинской помощи, утвержденными на территории; общепринятыми нормами клинической практики.

Страховщик вправе частично или полностью не возмещать медицинскому учреждению затраты по оказанию МП в соответствии с утвержденным перечнем нарушений и размеров уменьшения оплаты медицинских услуг в следующих случаях: выявления указанных в перечне нарушений при первичном экспертном контроле предъявленных к оплате сводных счетов (реестров); выявления в результате

проведенной экспертизы нарушения медицинским учреждением условий договора на предоставление МП по ОМС в части объема и качества предоставляемых медицинских услуг.

Частичная или полная неоплата затрат по оказанию медицинских услуг осуществляется путем уменьшения на соответствующую сумму последующего платежа медицинскому учреждению в счет финансирования его деятельности.

В Положении указан конкретный порядок расчета размеров уменьшения оплаты медицинских услуг, а также определены условия разрешения разногласий между ЛПУ и страховщиком по вопросам частичной или полной неоплаты затрат по оказанию медицинских услуг, определяется конкретное содержание и механизмы реализации ответственности, которую несут медицинские учреждения за объем и качество предоставляемых медицинских услуг в соответствии с законодательством РФ и условиями договора на предоставление медицинских услуг по ОМС.

Целью осуществления вневедомственного контроля качества медицинской помощи является обеспечение прав пациентов, застрахованных по ОМС, на получение медицинской помощи надлежащего качества в объеме и на условиях, соответствующих Территориальной программе ОМС как части Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также обеспечение рационального использования средств ОМС.

Объектом контроля является МП, представляющая собой комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, осуществляемых по определенной технологии с целью достижения конкретных результатов для застрахованного по ОМС пациента и его удовлетворенности оказанной МП. Субъектами вневедомственного контроля качества МП являются страховщики и территориальные фонды ОМС. Для осуществления вневедомственного контроля качества МП его субъекты с участием территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере охраны здоровья и социального развития формируют регистр штатных и внештатных медицинских экспертов по согласованию с органом управления здравоохранением. Основными задачами субъектов вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются: организация в преде-

лах своей компетенции медицинской и медико-экономической экспертизы с целью обеспечения права застрахованных граждан на получение медицинской помощи надлежащего качества и контроля обоснованности размеров оплаты медицинских услуг из средств ОМС; повышение ответственности медицинских учреждений за несоблюдение договорных обязательств, принимаемых ими в отношении объемов, качества и условий оказания медицинских услуг, методами экономического воздействия.

Для обеспечения конфиденциальности сведений, составляющих врачебную тайну представителям Страховщика и Фонда ОМС (штатным работникам и внештатным экспертам, работающим с медицинской документацией), оформляется соответствующий допуск к сведениям, составляющим врачебную тайну, и выдается вкладыш к служебному удостоверению.

Вневедомственный контроль качества МП в системе ОМС включает в себя первичный экспертный контроль соответствия оказанной МП договорным обязательствам и порядку оплаты медицинских услуг в системе ОМС, а также экспертизу качества МП. Первичный экспертный контроль проводится по предъявленным к оплате реестрам штатными специалистами (экспертами-организаторами) страховщиков с использованием автоматизированных компьютерных скрининговых систем или неавтоматизированным способом.

Первичному контролю подвергаются все счета с целью проверки: правильности оформления счетов; идентификации принадлежности застрахованных пациентов к данному страховщику; проверки правильности кодирования медицинских услуг и их соответствия территориальной программе ОМС; проверки обоснованности примененных в счетах тарифов и правильности расчетов стоимости медицинских услуг; анализа экономико-статистической информации.

Штатный эксперт имеет право провести анализ индивидуальных счетов (карта выбывшего из стационара, талон амбулаторного пациента, карта вызова скорой помощи) и первичной медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни и т.д.) непосредственно в медицинском учреждении.

По итогам первичного экспертного контроля в случае выявления дефектов оплата счетов может быть приостановлена (счета возвращены на доработку) или

отклонена. При установлении определенных нарушений медицинскому учреждению могут частично или полностью не возмещаться затраты по оказанию медицинских услуг. Результат первичного контроля может быть поводом для организации в медицинском учреждении целевой экспертизы качества МП.

Экспертиза качества медицинской помощи проводится в медицинских учреждениях аттестованными штатными или внештатными медицинскими экспертами (клиницистами), имеющими соответствующую квалификацию по проверяемому профилю МП. Различаются плановые (выборочные) и целевые (индивидуальные) экспертизы качества МП.

Плановой является экспертиза определенной совокупности случаев МП, отобранных статистическими способами. Плановые экспертизы в каждом медицинском учреждении должны проводиться не реже 1 раза в квартал в периоды, строго определенные для данного медицинского учреждения планом проверок. План проверок разрабатывается субъектом вневедомственного контроля качества МП и заблаговременно доводится до всех заинтересованных медицинских учреждений и территориальных органов управления здравоохранением. Плановой экспертизе должно быть подвергнуто не менее 5% случаев оказания МП в каждом медицинском учреждении за проверяемый период.

Целевой является экспертиза отдельно взятого случая МП, проводимая по определенному поводу: необходимость подтверждения надлежащего объема и качества МП в случае сомнений, возникших при первичном экспертном контроле; письменная жалоба пациента, его родственников или страхователя на качество МП в медицинском учреждении; случаи летальных исходов и инвалидизации пациентов (которые требуют особого внимания).

При проведении экспертизы эксперт обязан вместе с предписанием на проведение экспертизы предъявить руководству ЛПУ удостоверение эксперта и вкладыш к служебному удостоверению о праве на доступ к сведениям, составляющим врачебную тайну. Руководство ЛПУ обязано предоставить эксперту всю необходимую документацию, в т.ч. архивную медицинскую документацию для углубленного анализа на срок не более 10 дней.

Эксперт имеет право по согласованию с администрацией проводить обход подразделений ЛПУ с целью врачебного осмотра пациентов и контроля условий оказания МП, но не имеет права создавать препятствия основной деятельности персонала медицинского учреждения. Эксперт не имеет права проводить вневедомственную экспертизу случая медицинской помощи, если принимал участие в обследовании, консультации или лечении данного пациента.

Эксперты страховщика имеют право проверки только случаев МП пациентам, застрахованным данным страховщиком. Экспертизу качества МП, оказанной застрахованным по ОМС, постоянно проживающим на территории других субъектов РФ, осуществляет территориальный фонд ОМС.

Страховщики отчитываются о проведении вневедомственной экспертизы качества МП ведомственной статистической отчетностью. Территориальным фондом ОМС осуществляется надзор за выполнением страховщиками, работающими на территории субъекта РФ, обязанностей по контролю качества МП, в т.ч. путем проведения метаэкспертизы (реэкспертизы).

Субъекты ОМС обеспечивают исчерпывающую взаимную информацию о результатах ведомственной и вневедомственной экспертизы качества МП, для чего выставленные к оплате реестры пролеченных больных должны содержать результаты ведомственного контроля качества МП по каждому случаю оказания МП. В случае согласия с ними субъекты вневедомственного контроля качества МП могут принимать необходимые решения или соответствующие меры, в т.ч. уменьшение размеров оплаты по конкретному случаю оказания медицинских услуг, без проведения дополнительной экспертизы. При этом обязательными остаются выборочная плановая экспертиза, проводимая страховщиками и территориальным фондом ОМС, а также целевая экспертиза качества МП.

Расчет суммы снижения оплаты за оказанную МП производится на основании акта, составленного по результатам плановой или целевой экспертизы качества МП экспертом и подписанного экспертом и руководителем ЛПУ. При несогласии ЛПУ с результатами экспертизы оформляется протокол разногласия в течение 10 дней с момента проведения экспертизы. Споры между сторонами решаются при участии согласительной комиссии (приложение 1).

Страхователем в адрес ЛПУ направляется уведомление об изменении финансирования, в котором помимо итоговой суммы уменьшения оплаты медицинских услуг должны быть указаны по каждому случаю оказания МП, включенному в данное уведомление, основания и суммы уменьшения оплаты медицинских услуг по результатам ведомственного контроля; первичного экспертного контроля предъявленных к оплате сводных счетов (реестров); плановой или целевой экспертизы качества МП, подтвержденной "Актом экспертной оценки качества медицинской помощи".

Частичная или полная неоплата страховщиком медицинских услуг не освобождает медицинские учреждения от возмещения гражданину, застрахованному по ОМС, причиненного материального и/или морального вреда в установленном действующим законодательством порядке.

Недоплаты медицинским учреждениям, размер которых соотносится со "стоимостью данного случая медицинской помощи", предполагают расчет:

- в медицинских учреждениях, финансируемых "за законченный случай", - исходя из полной цены законченного случая, полученной на основании действующих тарифов;

- в медицинских учреждениях, финансируемых "за медицинские услуги" (поэлементная оплата отдельных посещений, процедур, исследований и т.д.), исходя из суммарной цены всех медицинских услуг, выполненных в связи с данным случаем медицинской помощи;

- в медицинских учреждениях, финансируемых по смете расходов, - исходя из расчетной цены случая медицинской помощи, определяемой на основании средней стоимости койко-дня (посещения) в данном ЛПУ и фактически проведенного больным числа койко-дней (выполненных посещений).

При наличии в одном и том же случае оказания МП двух и более оснований для частичной или полной неоплаты медицинских услуг применяется только одно - наиболее существенное (влекущее больший размер недоплаты), т.е. суммирование размера недоплаты по одному случаю медицинской помощи не производится.

При несогласии ЛПУ с результатами экспертизы качества МП или с размерами неоплаты страховщиком медицинских услуг споры между сторонами реша-

ются при участии согласительной комиссии в соответствии с действующим законодательством, в т.ч. путем проведения повторной экспертизы. К обращению прикладывается протокол разногласий, подписанный сторонами. При недостижении соглашения споры, связанные с обоснованностью частичной или полной неоплаты затрат медицинского учреждения по оказанию медицинских услуг, разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реформирование здравоохранения в нашей стране, которое проводилось длительное время, пока не позволило достичь намеченной цели – оптимизировать структуру сети ЛПУ, а также структуру, объем и оборот коечного фонда в стационарах. Сохраняются непродуктивные методы оказания медицинской помощи, нерациональные формы труда работников здравоохранения и неудовлетворительные условия пребывания больных. В настоящее время на содержание ряда неэффективных звеньев сети ЛПУ и нерационально используемых коек тратятся значительные суммы, которые можно было бы направить на укрепление МТБ учреждений, участвующих в выполнении гарантий государства по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью, на внедрение новых, более эффективных медицинских технологий.

Особое внимание должно уделяться контролю качества МП, своевременному и полному выявлению дефектов ее оказания, а также применению в связи с этим экономических санкций, являющимися наиболее эффективными мерами обеспечения качества МП. Рассмотрение споров между субъектами ОМС должно производиться в рамках правовых и договорных отношений с участием согласительной комиссии, что представляется наиболее корректной процедурой в юридическом и демократическом отношении.

Среди причин неэффективно проходивших преобразований в здравоохранении в течение последних лет существенное место занимает недостаточно широкое внедрение экономических методов в управление отраслью. Вместе с тем, ведущими учёными и организаторами здравоохранения разработаны и апробированы пе-

редовые для своего времени методики оплаты деятельности учреждений здравоохранения, не занявшие, к сожалению, до сих пор достойного места в отечественном здравоохранении.

Авторами подробно проанализирован подушевой метод как наиболее эффективный среди приведенных и совершенно необходимый для формирования экономического мышления у организаторов здравоохранения.

Экономические методы управления могут применяться как на этапе планирования медицинской помощи и определения потребности в различных видах медицинских услуг (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь, стационарная медицинская помощь), так и на этапе расчетов за оказанные медицинские услуги с проведением ведомственного и вневедомственного контроля качества и объема медицинской помощи, при котором перечень и значимость выявленных дефектов должны корректно соотноситься с размером недоплаты, и эти положения закрепляются договорами между субъектами ОМС.

Более широкое применение экономических методов в управлении здравоохранением позволит оптимизировать структуру отрасли, рационализировать использование средств и на этой основе повысить качество МП, укрепить общественное здоровье и в полной мере выполнить обязательства государства перед гражданами по обеспечению их бесплатной медицинской помощью.

ПРИМЕРНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о Согласительной комиссии по урегулированию разногласий и споров по выполнению и оплате договорных обязательств субъектов системы обязательного медицинского страхования при предоставлении медицинских услуг жителям города Новосибирска

1. Общее положение

1.1. Согласительная комиссия по урегулированию разногласий и споров по выполнению и оплате договорных обязательств учреждений здравоохранения - субъектов системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при предоставлении медицинских услуг жителям города Новосибирска (далее – Комиссия) образуется в целях разрешения преддоговорных и договорных споров по взаимным обязательствам по расчетам за предоставленные медицинские услуги.

1.2. Комиссия создается по совместному решению заинтересованных учреждений здравоохранения - субъектов системы ОМС; в состав Комиссии привлекаются уполномоченные представители субъектов ОМС, независимые эксперты, юристы, представители органов управления здравоохранения г. Новосибирска, другие лица; Комиссию, как правило, возглавляется эксперт заинтересованной страховой медицинской организации.

1.3. Правовой основой деятельности Комиссии является Положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС.

2. Основные цели и задачи Комиссии

2.1. Основными целями комиссии являются: разрешение спорных вопросов, возникающих между амбулаторно-поликлиническими, стационарными и консультативно-диагностическими учреждениями здравоохранения, при оказании и оплате медицинских услуг, оказываемых на основе взаимных договоров жителям города Новосибирска

2.2. Основными задачами комиссии являются:

- подробное изучение медицинской, экспертной, технической и иной документации по спорным или конфликтным случаям;
- заслушивание пояснений уполномоченных представителей заинтересованных сторон;
- проведение необходимых проверок и консультаций с участием независимых экспертов и специалистов, привлекаемых по решению председателя Комиссии;
- принятие обоснованного и мотивированного решения по спорному случаю.

3. Права Комиссии

3.1. Комиссия для выполнения возложенных на нее задач имеет право:

- требовать необходимую для изучения конкретного спорного случая медицинскую, экспертную, техническую и иную документацию в заинтересованных лечебных учреждениях;
- привлекать для работы в комиссии необходимых специалистов и экспертов;
- вносить предложения для исключения подобных споров и конфликтов в последующем;
- при выявлении нарушений вносить предложения о привлечении нарушителей к ответственности.

3.2. Комиссия вправе проводить анализ расследования конфликтов и вносить предложения в управление здравоохранения мэрии г. Новосибирска по дисциплинарным, организационным и профессиональным вопросам.

4. Порядок работы Комиссии

4.1. ЛПУ, не согласное с действиями другого учреждения здравоохранения – субъекта системы ОМС, обращается с заявлением в страховую медицинскую организацию, застраховавшую пациента, с просьбой создать согласительную комиссию по конкретному случаю.

4.2. Эксперт страховой медицинской организации – председатель Комиссии назначается в течение 5 дней с момента подачи заявления.

4.3. В заявлении заинтересованной стороны указывается объем и стоимость неурегулированного оказания медицинских услуг, обстоятельства и требование, нормативные документы, на которых основано доказательство. Копии заявлений, документов, доказательств должны быть одновременно направлены другой стороне.

5. Председатель Комиссии:

5.1. Имеет право приглашать на заседания экспертов и специалистов органов управления здравоохранением мэрии г. Новосибирска;

5.2. Готовит решение о создании комиссии, ставит в известность членов Комиссии и организует работу Комиссии (запрашивает документы, собирает комиссию и т.д.);

5.3. По завершении работы Комиссии в течение 30 дней со дня подачи заявления составляет акт и формирует решение Комиссии по данному случаю, которое после утверждения членами Комиссии доводится до всех заинтересованных сторон.

5.4. При несогласии с решением Комиссии заинтересованная сторона (стороны) в 10-дневный срок могут его обжаловать в арбитражный суд г. Новосибирска.

5.5. Организационно-техническое обеспечение работы Комиссии осуществляет Страховая медицинская организация.

6. Порядок исполнения решения Комиссии

6.1. Решения, принимаемые Комиссией, исполняются сторонами добровольно, в порядке и в сроки, установленные в решении.

6.2. В случае неисполнения в установленный срок решения и рекомендаций Комиссии заинтересованная сторона (стороны) могут обратиться в арбитражный суд.

6.3. Комиссия вносит в установленном порядке предложения о привлечении к дисциплинарной ответственности работников и руководителей заинтересованных учреждений здравоохранения, допустивших нарушение налогового, финансового, бюджетного законодательства.

Приложение 2.

*ПЕРЕЧЕНЬ ДЕФЕКТОВ,
ДОПУЩЕННЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОФОРМЛЕНИИ ДОКУМЕНТАЦИИ, НАРУШЕНИЙ В ОПЛАТЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛПУ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ УСТРАНЕНИЮ*

№ п\п	Перечень дефектов, нарушений	Мероприятия по устранению дефектов и нару- шений
1	2	3
1.	Взимание платы с застрахованного или страхователя за медицинские услуги в рамках ОМС, счет за которые одновременно выставлен страховщику.	Возмещение лечебно-профилактическим учреждением стоимости медицинской услуги страховщику для возвращения застрахованному.
2.* *	Невыполнение или несвоевременное выполнение необходимых пациенту диагностических или лечебных мероприятий, вследствие чего наступило ухудшение состояния здоровья пациента.	Возврат лечебно-профилактическим учреждением страховщику суммы в размере стоимости последующего лечения застрахованного.
3.	Завышение стоимости лечения больного (включение в счет не оказанных медицинских услуг, манипуляций, процедур, исследований).	Не оплачиваются дополнительные дни стационара или необоснованные посещения
4.	Необоснованное применение лечебных и диагностических процедур, дорогостоящих технологий, повлекшее	Возврат медицинским учреждением виновным в удорожании, разности стоимостей медицинских

	за собой удорожание стоимости медицинской услуги (при оказании услуг, оплачиваемых страховщиком по реестрам).	услуг.
5.	Дефекты в проведении диагностических и лечебных процедур, повлекшие осложнения и ухудшение здоровья пациента.	Возврат лечебно-профилактическим учреждением страховщику суммы в размере стоимости последующего лечения застрахованного, связанного с дефектом лечения.
6.	Действие или бездействие медицинского работника, которое способствовало ухудшению состояния здоровья или возникновению осложнения.	Возврат лечебно-профилактическим учреждением страховщику суммы в размере стоимости последующего лечения застрахованного.
7.	Необоснованный отказ в предоставлении медицинской помощи застрахованному или ее преждевременное прекращение, повлекшее ухудшение состояния здоровья, развитие осложнения или удлинения сроков лечения.	Штрафные санкции к АПУ в размере 5-кратной стоимости среднемесячного подушевого норматива.
8.	Дефекты в проведении диагностических и лечебных процедур, не сказавшиеся на данном этапе на состоянии пациента (Повторное обследование из-за технических погрешностей, не использование результатов исследований, полипрогмазия, не проведение контрольных исследований).	Возврат медицинским учреждением стоимости лечения.
9.	Отсутствие лицензии на медицинскую	Финансирование лечебного учре-

	деятельность.	ждения в размере стоимости согласованного объема на экстренную помощь, перераспределение потока плановых больных на другие ЛПУ. Мероприятие вступает в силу после окончания сроков для лицензирования.
10.	Невыполнение плана посещений АПУ при превышении планового уровня госпитализации среди прикрепленного к АПУ населения.	Удержание с АПУ части подушевого норматива, пропорционально процессу невыполнения плана посещений. Удержанные средства зачисляются в рисковый фонд.
11.	Госпитализация в медицинское учреждение пациента по чужому полису ОМС.	Уменьшение финансирования медицинского учреждения в размере стоимости реестра.
12.	<p>Необоснованная госпитализация.</p> <p>А. Больных с хроническими заболеваниями в стадии компенсации.</p> <p>Б. Больных на обследование (кроме видов обследования и условий, требующих пребывания в стационаре).</p> <p>В. Больных с заболеваниями, лечение которых возможно в амбулаторных условиях.</p> <p>Г. Для амбулаторных операций</p>	<p>Неоплата до 100% стоимости лечения</p> <p>Неоплата до 100% стоимости лечения</p> <p>Оплата в размере 70% стоимости лечения</p> <p>Оплата в размере 70% стоимости лечения</p>
13.	Проведенные в неполном объеме на данном этапе лечения диагностические мероприятия (манипуляции,	Оплата в размере 70% стоимости лечения

	исследования, консультации), что отразилось на исходе, клиническом диагнозе, сроках лечения.	
14.	Неадекватное или несвоевременное выполнение лечебно-оздоровительных мероприятий (по отношению к стандарту медицинской технологии), что неблагоприятно отразилось на исходе, сроках лечения	Оплата в размере 70% стоимости лечения
15.	Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов (2; 3 категории) по заключению клинко-анатомической конференции.	Удержание в последующий платеж 5 -кратной стоимости среднемесячного подушевого норматива
16.	Внутрибольничные заражения	Не оплачивается стоимость лечения со дня регистрации
17.	Осложнения от операций и манипуляций (осложнения по вине медработников)	Не оплачивается стоимость лечения со дня регистрации
18.	Повторная госпитализация (в течение месяца) из-за осложнений, ухудшения состояния больного, по вине медицинских работников. (Кроме документально оформленных случаев прекращения лечения по инициативе пациента или его родственников, а так же хронических упорно рецидивирующих заболеваний)	Не оплачивается стоимость повторного лечения
19.	Обоснованные жалобы на нарушение	Удержание в последующий пла-

	этических и деонтологических норм	теж 5-кратной стоимости средне-месячного подушевого норматива
20.	Дефекты оформления медицинской документации, препятствующие экспертной оценке качества медицинской помощи (если документ не доступен экспертной оценке)	Удержание в последующий платеж до 100% от стоимости лечения
21.	Непредоставление медицинской документации для проведения экспертизы качества медпомощи в соответствии с установленным порядком и условиями договора.	Удержание в последующий платеж до 100% от стоимости лечения

**Помечены дефекты и нарушения, которые могут возникнуть при недофинансировании лечебного учреждения. В случае отклонения финансирования медицинской помощи, оказанной в медицинском учреждении за счет средств ОМС более чем на 7%, штрафные санкции к лечебному учреждению не применяются.

ПОЛОЖЕНИЕ О ГОРОДСКОМ МЕДИЦИНСКОМ РЕГИСТРЕ

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает порядок учета и ведения Городского медицинского регистра граждан, проживающих на территории города Новосибирска и прикрепленных к городским поликлиникам (далее - городской регистр).

1.2. Городской регистр является составной частью городского регистра населения города Новосибирска, обеспечивающей полицейской учет жителей города и разработку достоверных данных для принятия своевременных решений по организации и совершенствованию медицинской помощи населению.

1.3. В настоящем Положении под городским регистром понимается городская информационная система, представляющая совокупность построенных на единых методологических и программно-технических принципах баз данных учреждений регистров, содержащих перечни субъектов учета и данных о них.

1.4. Субъектами учета городского регистра являются граждане, проживающие на территории города Новосибирска.

1.5. Данными о субъектах учета являются сведения, содержащие индивидуальную информацию согласно приложению к Положению.

1.6. Для решения организационных, ресурсных и научно-технических вопросов по ведению регистра и анализу получаемых данных в управлении здравоохранения мэрии под председательством первого заместителя начальника управления регулярно рассматриваются вопросы ведения регистра. Оперативная работа по руководству регистром возлагается на директора МИАЦ.

1. Структура регистра

1.1. Регистр создается и функционирует на базе медицинского информацион-

но-аналитического центра управления здравоохранения мэрии.

1.2. Штатные нормативы персонала регистра определяются управлением здравоохранения мэрии.

1.3. Регистр имеет два уровня – городской и учрежденческий.

1.4. На учрежденческом уровне ведется учет прикрепленного населения, проживающего на территории, закрепленной за городской поликлиникой, создается и хранится база данных на электронном носителе с установленным перечнем реквизитов по каждому жителю города.

1.5. На городском уровне проводится сбор, накопление и хранение информации на основе баз данных учреждений.

1.6. На учрежденческом уровне должностным лицом, ответственным за функционирование регистра и качество выходных данных, является главный врач городской поликлиники (учреждения здравоохранения, в состав которого городская поликлиника входит в качестве структурного подразделения).

1.7. Головным учреждением городского уровня по созданию и внедрению системы городского регистра является МИАЦ, который обеспечивает организационно-методическое руководство учрежденческими регистрами, координацию их работы, разработку пакета инструктивно-методических документов, регламентирующих их деятельность, в том числе соответствующих учетных форм и выходных данных регистра единого унифицированного программного обеспечения. Головное учреждение ежегодно осуществляет свод и анализ заложенной в регистры информации, подготовку аналитических материалов с представлением их в управление здравоохранения мэрии.

2. Цели регистра

2.1. Основная цель регистра - обеспечение постоянного автоматизированного персонального учета жителей города Новосибирска, прикрепленных к городским поликлиникам.

2.2. Обеспечения обмена информацией и организации совместного учета жителей города с другими территориальными регистрами на городском уровне.

2.3. Формирования по запросам пользователей информационно-справочных данных, хранящихся в регистре.

2.4. Оценки основных параметров, характеризующих состояние амбулаторно-поликлинической службы городской системы здравоохранения.

2.5. Использования данных регистра для разработки материалов о потребности жителей города в кадрах, ресурсах, материально-технических службах городских поликлиник и иных учреждений здравоохранения, имеющих прикрепленное население для создания оптимальной модели планирования.

2.6. Решения комплекса задач стоящих перед городским регистром по оценке эффективности деятельности амбулаторно-поликлинической службы.

3. Функции регистра

3. Цели, перечисленные выше, определяют две сферы деятельности регистра.

3.1. Внутренняя деятельность - функции регистра на учрежденческом уровне заключаются в формировании и представлении на городской уровень данных о прикрепленных жителях.

3.2. Внешняя деятельность - обеспечение сравнимости данных регистра на городском уровне с другими городскими регистрами.

4. Порядок формирования и ведения регистра

4.1. Ведение регистра осуществляется с использованием средств вычислительной техники и включает в себя ведение баз данных, формируемых по территориальному признаку. Ведение баз данных включает внесение сведений о гражданах, их обновление и исключение из регистра сведений о гражданах, снятых с учета в предусмотренных случаях. Сведения, исключенные из регистра, хранятся в архиве.

4.2. На учрежденческом уровне регистра осуществляется сбор, накопление, хранение и обновление регистрационной информации о проживающих на подведомственной территории гражданах на основе медицинских, гражданских и социальных документов (перечень реквизитов, вносимых в регистр – приложение 1).

На городском уровне (МИАЦ) производится сбор, накопление, хранение и обновление информации, представленной из городских поликлиник, с передачей аналитической информации в управление здравоохранения мэрии. На городском уровне регистра проводится полный персональный учет всех лиц, проживающих в городе Новосибирске и подлежащих внесению в городской медицинский регистр.

4.3. МИАЦ (городской уровень регистра) может запрашивать у руководителей городских поликлиник, вневедомственных органов и учреждений информацию, требуемую для верификации, пополнения и ретроспективного восстановления данных регистра.

4.2. Формирование регистра осуществляется медицинским информационно-аналитическим центром управления здравоохранения мэрии на основе сведений учрежденческих регистров граждан, проживающих на территории, подведомственной городской поликлинике, и зарегистрированных в поликлинике по месту жительства гражданина.

4.3. МИАЦ также осуществляет:

методическое, организационное обеспечение работ по ведению регистров городского и учрежденческого уровней;

сопровождение программного обеспечения;

организацию защиты информации;

контроль за ведением учрежденческих регистров.

4.4. Учрежденческие регистры в электронном виде ведут городские поликлиники.

4.5. Для ведения учрежденческих регистров городские поликлиники осуществляют следующие действия:

принимают заявления граждан, имеющих право выбора лечебно-профилактических учреждений, и документы, подтверждающие это право;

до 20 числа каждого месяца получают и вводят в городской регистр информацию о прибывших, убывших, умерших лицах из вневедомственных органов и учреждений - учреждений ЗАГС, паспортных служб, районных военных комиссариатов, управлений Пенсионного фонда Российской Федерации;

представляют информацию учрежденческих регистров в электронном виде в

МИАЦ ежемесячно в срок, установленный управлением здравоохранения мэрии.

4.6. Данные учрежденческого регистра представляются в МИАЦ в электронном виде (на магнитных носителях или по телекоммуникационным каналам связи) при условии обеспечения защиты от несанкционированного доступа. В этом случае подлинность сведений подтверждается электронной цифровой подписью.

4.7. Данные регистра учрежденческого уровня хранятся в городских поликлиниках, которые обеспечивают ежемесячное резервное копирование данных учрежденческого регистра на магнитном носителе.

4.8. МИАЦ обобщает данные учрежденческих регистров в городской регистр.

4.9. Городской регистр в электронном виде хранится в МИАЦ управления здравоохранения мэрии на специализированном сервере.

МИАЦ обеспечивает ежемесячно резервное копирование данных городского регистра на магнитном носителе.

4.10. МИАЦ проводит анализ данных, поступивших в городской регистр из разных источников – городских поликлиник, учреждений ЗАГС, паспортных служб, районных военных комиссариатов, управлений Пенсионного фонда Российской Федерации.

4.11. МИАЦ с учетом поступающей информации осуществляет корректировку баз данных учрежденческого регистра.

4.12. МИАЦ с периодичностью, установленной управлением здравоохранения мэрии, направляет в городские поликлиники данные о населении подведомственных территорий, отдельно выделяя выбывших и вновь прибывших граждан (по данным вневедомственных органов и учреждений, приложение 2), а также граждан, сведения о которых содержатся в двух и более учрежденческих регистрах (дубликаты).

4.13. Городские поликлиники принимают меры по проверке данных, представленных МИАЦ, в отношении выбывших, вновь прибывших граждан и дубликатах и вносят проверенные данные в учрежденческие регистры. Руководители городских поликлиник взаимодействуют для уточнения информации о гражданах и данных учрежденческих регистров.

4.14. При определении общей численности граждан, проживающих на территориях, подведомственных городским поликлиникам, и на территории города каждый гражданин учитывается один раз; при наличии дубликатов учитываются данные, поступившие в городской регистр по более поздней дате.

4.15. Программное обеспечение и техническая реализация учрежденческого и городского уровней должна обеспечивать преемственность, однозначность и полноту передачи информации с нижнего уровня регистра на верхний, получение адекватной медико-демографической информации.

4.16. Финансирование работ по ведению регистра осуществляется из средств бюджетов городских поликлиник и МИАЦ.

Приложение 1
к Положению
о городском медицинском регистре

ДАННЫЕ О СУБЪЕКТАХ УЧЕТА ГОРОДСКОГО МЕДИЦИНСКОГО РЕГИСТРА

1. Фамилия, имя, отчество (полностью).
2. Дата рождения (год, месяц, число).
3. Место рождения.
4. Адрес по месту постоянного проживания.
5. Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан).
6. Серия, номер и дата выдачи страхового медицинского полиса, название страховой медицинской организации, выдавшей полис.

Приложение 2
к Положению
о городском медицинском регистре

ИНФОРМАЦИЯ
О ПРИБЫВШИХ, УБЫВШИХ, УМЕРШИХ ГРАЖДАНАХ

N п/п	Фамилия, имя, отчест- во	Адрес	Дата прибытия (убытия)

ПОЛОЖЕНИЕ

об организации и оплате медицинских услуг, оказанных лицам без определенного места жительства и занятий в учреждениях здравоохранения

1. Общие положения.

1.1. Положение, организации и оплате медицинских услуг, оказанных лицам без определенного места жительства и занятий в учреждениях здравоохранения (далее - Положение) определяет порядок организации оказания и оплаты медицин-

ской помощи лицам без определенного места жительства и занятий, оформления им страховых медицинских полисов.

1.2. Положение составлено в соответствии с Основами законодательства об охране здоровья граждан, Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования (ОМС) на территории Новосибирской области, Порядком оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования.

1.3. Страхователем лиц без определенного места жительства и занятий (граждан, не имеющих постоянного или временного места жительства и занятий, а также не зарегистрированных постоянно или временно на территории Новосибирской области) является администрация Новосибирской области. Подготовка документов для оформления и выдачи страховых медицинских полисов производится совместно государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, областным Центром срочной социальной помощи (далее – Центр) и страховыми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС.

1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам без определенного места жительства и занятий, производится за счет средств ОМС (в учреждениях, привлекаемых к реализации территориальной программы ОМС) или за счет средств соответствующего бюджета (в учреждениях, финансируемых за счет бюджетных ассигнований).

2. Порядок оформления страховых медицинских полисов гражданам, не имеющим постоянного или временного места жительства и занятий

2.1. Главные врачи государственных, муниципальных, ведомственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь лицам без определенного места жительства и занятий в рамках Областной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, приказом по учреждению определяют ответственное должностное лицо для взаимодействия с Центром и выделяют контактный телефон; копия приказа в 3-дневный срок пересылается в Центр.

2.2. До сведения учреждений здравоохранения доводится информация об ответственном сотруднике Центра, координирующем взаимодействие с учреждениями здравоохранения и страховыми медицинскими организациями (ФИО полностью, контактный телефон, адрес электронной почты).

2.3. При обращении (поступления) лиц без определенного места жительства и занятий за медицинской помощью в учреждение здравоохранения ответственным должностным лицом учреждения составляется список таких лиц с указанием фамилии, имени, отчества (полностью), и числа, месяца, года рождения, пола, а также даты обращения (поступления) в учреждение; паспортные данные вносятся в список на основании имеющихся документов, при их отсутствии – со слов больного, сопровождающего лица или свидетеля.

3. Мероприятия, проводимые учреждением здравоохранения:

3.1. После первичного амбулаторного приема и проведения неотложных медицинских мероприятий или при оказании экстренной стационарной медицинской помощи передает по мере поступления уполномоченному ответственному сотруднику Центра по телефону сведения об обратившемся (поступившем) лице (лицах) без определенного места жительства и занятий.

3.2. В 3-дневный срок после окончания каждого месяца передает в Центр подписанный главным врачом учреждения список лиц без определенного места жительства и занятий, обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение в течение месяца.

3.3. Направляет лиц без определенного места жительства и занятий в Центр после оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

3.4. Вызывает сотрудника Центра для регистрации лиц без определенного места жительства и занятий непосредственно в учреждении здравоохранения при оказании стационарной медицинской помощи.

3.5. После получения из Центра сведений о застрахованных лицах без определенного места жительства и занятий вносит данные о пролеченных больных из указанного контингента в реестры для представления в страховые медицинские ор-

ганизации, имеющие с данным учреждением договор медицинского страхования; дата страхования должна совпадать с датой обращения (поступления) больного в учреждение здравоохранения.

3.6. При наличии технической возможности создает собственную базу данных застрахованных лиц без определенного места жительства и занятий во избежание оформления документов для повторного страхования.

4. Мероприятия, проводимые Центром:

4.1. Оперативно проверяет переданную из учреждений информацию, исключая из списков граждан, имеющих постоянную регистрацию в городе Новосибирске (Новосибирской области) по данным соответствующих органов внутренних дел города и области.

4.2. в 3-дневный срок после поступления передает уточненные списки лиц без определенного места жительства и занятий в страховые медицинские организации, действующие в системе ОМС по договору с администрацией Новосибирской области. Лица без определенного места жительства и занятий, включенные в списки, считаются застрахованными с момента обращения в учреждение здравоохранения за медицинской помощью.

5. Мероприятия, проводимые страховой медицинской организацией:

5.1. В 3-дневный срок выдает страховые медицинские полисы или информацию о страховании лиц без определенного места жительства и занятий уполномоченному представителю Центра, который, в свою очередь, сообщает ответственным представителям учреждений здравоохранения сведения о застрахованных (паспортные данные, номер, серия страхового медицинского полиса и дата страхования).

5.2. Производят оплату медицинских услуг в соответствии с Правилами оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования, утвержденными на территории Новосибирской области.

6. Порядок оказания медицинской помощи в учреждениях здравоохранения

6.1. В целях реализации прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, совершенствования организации и определения порядка оплаты медицинских услуг, оказываемых лицам без определенного места жительства и занятий в муниципальных учреждениях здравоохранения издается совместный приказ государственных органов и учреждений, в ведении которых находится данный вопрос: органами управления здравоохранением и системой социальной защиты, территориальным фондом ОМС (например в Новосибирской области – управлением здравоохранения и управлением социальной защиты Новосибирской области, областного Фонда обязательного медицинского страхования от 04.10.2000 № 359/268/271 «О порядке оплаты медицинских услуг лицам без определенного места жительства»).

6.2. Оказание амбулаторной медицинской помощи общего профиля лицам без определенного места жительства и занятий, направленным Областным центром срочной социальной помощи и обращающимся самостоятельно, обеспечивается в уполномоченной поликлинике, расположенной в территориальной близости от места скопления граждан данной категории (рядом с железнодорожным вокзалом).

6.3. Оказание специализированной амбулаторной медицинской помощи лицам без определенного места жительства и занятий, направленным Областным центром срочной социальной помощи и обращающимся самостоятельно, обеспечивается в территориальных специализированных диспансерах (в районных кожно-венерологических, городских психоневрологическом и наркологическом диспансерах).

6.4. Учитывая огромную социальную значимость предупреждения распространения туберкулеза амбулаторная фтизиатрическая помощь лицам без определенного места жительства и занятий организуется в отдельном уполномоченном противотуберкулезном диспансере, расположенном в территориальной близости от места скопления граждан данной категории (рядом с железнодорожным вокзалом).

6.5. Стационарное лечение (консультативный прием специалистов) лица без определенного места жительства и занятий получают:

6.5.1. фтизиатрические больные – по направлению специализированного диспансера в стационаре уполномоченного противотуберкулезного диспансера, в

далеко зашедших стадиях и отсутствии мотивации к лечению – в Доме сестринского ухода (хосписе для фтизиатрических больных);

6.5.2. психиатрических больных – по направлению психоневрологического диспансера или психиатрической бригады скорой медицинской помощи в уполномоченной психиатрической больнице, расположенной в территориальной близости от места скопления граждан данной категории (рядом с железнодорожным вокзалом);

6.5.3. венерологических больных – по направлению районного кожно-венерологического диспансера в стационаре уполномоченного кожно-венерологического диспансера (мужчины) или в специализированном стационарном отделении строгого режима, например, психиатрической больницы (женщины).

6.5.4. наркологических больных – по направлению районных наркологических диспансеров и специалистов городского наркологического диспансера в стационарах городского наркологического диспансера;

6.5.5. дерматологических больных – по направлению районных кожно-венерологических диспансеров в стационаре уполномоченного кожно-венерологического диспансера.

6.6. Плановые больные направляются в стационар уполномоченной многопрофильной больницы (в соответствии с профилем отделений больницы) уполномоченной поликлиникой, территориальными поликлиниками.

6.7. Плановых больных, профиль заболевания которых не соответствует профилю отделений уполномоченной больницы, направляют в другие стационары, имеющие отделения соответствующего профиля, через Городской центр госпитализации.

6.8. Экстренные больные направляются в стационары города по графику экстренной госпитализации через муниципальную станцию скорой медицинской помощи.

7. Порядок регистрации граждан без определенного места жительства по месту пребывания в лечебно-профилактическом учреждении

7.1. Порядок регистрации граждан без определенного места жительства по месту пребывания в лечебно-профилактическом учреждении составлен на основании постановления Правительства РФ от 17.07.1995 № 713 «Об утверждении Правил регистрации и снятия граждан РФ с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах РФ и перечня должностных лиц, ответственных за регистрацию» и Инструкции о применении Правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства внутренних дел РФ от 23.10.1995 № 393 (в редакции приказов МВД РФ от 15.04.1996 № 202, от 15.09.1997 № 600, от 30.06.1998 № 394, от 10.06.2002 № 550, от 16.09.2002 № 900, с изменениями, внесенными решением Верховного Суда РФ от 20.07.1998 № ГКПИ 98-230).

7.2. Функции регистрационного учета граждан по месту пребывания в учреждениях здравоохранения осуществляют районные отделы (по району расположения больницы) паспортно-визовой службы Главного управления внутренних дел Новосибирской области.

7.3. Больница является местом пребывания для пациента - гражданина, в которой он считается временно проживающим.

7.4. Ответственными за регистрацию граждан по месту пребывания в больнице являются назначенные приказом администрации должностные лица, занимающие постоянно или временно должности, связанные с выполнением организационно-распорядительных или административно-хозяйственных обязанностей по контролю за соблюдением правил пользования жилыми помещениями социального назначения, т.е. помещениями больницы.

7.5. Документами, удостоверяющими личность гражданина и необходимыми для осуществления регистрационного учета, являются: паспорт, свидетельство о рождении (для лиц, не достигших 14-летнего возраста), загранпаспорт (для постоянно проживающих за границей граждан, которые временно находятся на территории Российской Федерации), удостоверение личности (для военнослужащих - офицеров, прапорщиков, мичманов), военный билет (для солдат, матросов, сержантов и старшин, проходящих военную службу по призыву или по контракту),

справка об освобождении из мест лишения свободы (для лиц, освободившихся из мест лишения свободы), иные выдаваемые *органами внутренних дел* документы, удостоверяющие личность гражданина.

7.6. Регистрация граждан по месту пребывания в психиатрических, туберкулезных и других больницах при длительном стационарном лечении осуществляется администрацией этих учреждений в случаях, когда *установить место жительства не представляется возможным или оно отсутствует* (в этом случае гражданин признается лицом без определенного места жительства).

7.7. Оформление регистрации граждан без определенного места жительства осуществляется должностными лицами больниц, назначенными приказом администрации ответственными за регистрацию, в журналах (домовых книгах) в соответствии с информацией, ежедневно направляемой старшими сестрами отделений больницы. В журнале (домовой книге) на основании имеющихся у регистрируемого лица документов указываются номер истории болезни, фамилия, имя, отчество (полностью), число, месяц и год рождения, даты поступления и выписки из больницы. Если у больного отсутствуют документы, прямо или хотя бы косвенно подтверждающие их личность, записи в журналах производятся со слов больного.

7.8. Должностные лица больниц, ответственные за регистрацию, заполняют на зарегистрированных по месту пребывания в больнице граждан адресные листки прибытия по форме № 2 (в одном экземпляре). В графе 9 адресного листка прибытия указывается "на срок лечения", а в графе 10 - почтовый адрес больницы. Если зарегистрированные граждане не имеют документов, удостоверяющих личность (п. 5), в графе "документ, удостоверяющий личность" проставляется запись "документов не имеет".

7.9. Заполненные листки прибытия по форме № 2 в недельный срок направляются должностными лицами больниц, ответственными за регистрацию, в паспортно-визовую службу районного отдела внутренних дел.

7.10. Свидетельства о регистрации по месту пребывания по форме № 3 гражданам, находящимся на лечении в больницах, не выдаются.

ФОРМА АДРЕСНОГО ЛИСТКА ПРИБЫТИЯ
(Размер листка 114 x 145 мм)

Форма 2

АДРЕСНЫЙ ЛИСТОК ПРИБЫТИЯ

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество _____
4. Дата рождения " __ " _____ 19__ года
5. Гражданство _____
6. Место рождения:
республика, край, область, округ _____
район _____
город, пгт _____
село, деревня, аул, кишлак _____
7. Пол (подчеркнуть) муж., жен. 8. Национальность _____
9. Зарегистрирован(а) по месту пребывания до " __ " _____ 200__ г.
(ненужное зачеркнуть) по месту жительства
10. Зарегистрирован по адресу:
республика, край, область, округ _____
район _____
город, пгт _____
село, деревня, аул, кишлак _____
ул. _____, дом _____, корп. _____, кв. _____

_____ (наименование органа регистрационного учета, оформившего регистр.)

Документ, удостоверяющий личность: вид

серия _____ № _____ выдан

_____ (наименование органа, учреждения,
" __ " _____ 19__ г.
выдавшего документ)

Форма 2
(оборотная сторона)
11. Откуда прибыл республика, край, область, округ _____ район _____ город, пгт _____ село, деревня, аул, кишлак _____ ул. _____, дом _____, корп. _____, кв. _____
_____ Переехал(а) в том же населенном пункте с ул. _____, дом _____, корп. _____, кв. _____ Переменил(а) фамилию, имя, отчество, год рождения, национальность с _____
(указать прежние данные) Другие причины _____
12. Вместе прибыли дети до 14 лет:
----- Фамилия, имя, отчество Пол Год и месяц рождения +-----+-----+-----+ +-----+-----+-----+ +-----+-----+-----+ +-----+-----+-----+ +-----+-----+-----+ +-----+-----+-----+ L-----+-----+-----+ -----
13. Листок составлен " __ " _____ 200__ г. Подпись _____
14. Сведения проверил и регистрацию оформил _____
" __ " _____ 200__ г. (подпись)

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ
О РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ГРАЖДАН НА ВЫБОР ВРАЧА И ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В ГОРОДЕ НОВОСИБИРСКЕ

1. Общие положения

1.1. Право граждан Российской Федерации, имеющих полис обязательного медицинского страхования, на выбор врача и лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), закреплены следующими законодательными и нормативными актами: Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 1993 г. (п. 2, ст. 30 "Права пациента"); Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в редакции от 1993 г. (ст. 6 "Права граждан Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования"); приказ Минздрава СССР от 23.09.1981г. № 1000 «О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений», Правила обязательного медицинского страхования граждан на территории Новосибирской области, утвержденные постановлением главы администрации Новосибирской области от 13.10.98 № 623; Новосибирская областная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2002 г., утвержденная постановлением главы администрации Новосибирской области от 3.12.2001 № 1160 (гл. VII «Условия и порядок предоставления бесплатной медицинской помощи»); приказ управления здравоохранения Администрации Новосибирской области от 18.03.02г. № 135 «О прикреплении граждан к АПУ»; Положение «Об условиях и порядке предоставления медицинской помощи в г. Новосибирске», утвержденное решением Новосибирского городского Совета от 4.03.1998 № 119 (п. 5 гл. 1 "Общие положения");

1.2. Право на выбор врача и ЛПУ распространяется на родителей несовершеннолетних детей, других законных представителей больных, признанных в установленном порядке недееспособными или неспособных по состоянию выразить свою волю;

1.3. Временное положение действует до момента выхода регламентирующих документов по данному вопросу областного или федерального уровня и/или его отмены управлением здравоохранения мэрии.

2. Порядок реализации прав граждан на выбор ЛПУ.

2.1. Первичная медико-санитарная помощь оказывается по территориальному принципу - в поликлинике, на территории обслуживания которой граждане постоянно или временно проживают; медико-санитарная помощь оказывается участковым врачом по принадлежности к территориальному участку и всеми врачами различных специальностей территориальной поликлиники в объеме Новосибирской областной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

2.2. По согласованию с администрацией выбранной поликлиники гражданин может быть закреплен для постоянного обслуживания в другой территориальной поликлинике, где ему будет оказываться первичная медико-санитарная помощь согласно п. 2.1.

2.4. Порядок оформления документов при реализации права выбора гражданином или его законным представителем амбулаторно-поликлинического учреждения:

2.4.1. Оформление документов для прикрепления к выбранной территориальной поликлинике производится в течение всего года.

2.4.2. Гражданин или его законный представитель заполняет заявление установленного образца, по которому главный врач выбранной поликлиники в 3-х дневный срок принимает решение о возможности прикрепления к поликлинике. Копия заявления с резолюцией главного врача выбранной поликлиники выдается по требованию заявителя ему на руки. Оригиналы заявлений учитываются и хранятся отдельно в течение срока, предусмотренного для хранения заявлений граждан в соответствии с Номенклатурой дел, утвержденной управлением здравоохранения мэрии от 16.02.98г.

2.4.3. Главный врач поликлиники, прикрепившей гражданина для постоянного наблюдения, один раз в месяц направляет сведения о прикрепившихся к по-

ликлинике в медицинский информационно-экономический центр управления здравоохранения мэрии.

2.4.4. Регистрация гражданина в поликлинике подтверждается специальным штампом, оттиск которого помещается на оборотной стороне страхового медицинского полиса; форма, техническая характеристика и порядок использования штампа утверждается управлением здравоохранения мэрии.

2.4.5. Медицинская документация передается для предоставления в выбранную гражданином поликлинику под расписку стандартной формы (приложение 5). Расписка хранится в архиве поликлиники, передавшей документацию, в течение срока, предусмотренного для хранения переданной медицинской документации, и служит документальным подтверждением факта открепления гражданина от данной поликлиники.

2.4.6. Администрация выбранной поликлиники, получившей медицинскую документацию, беспрепятственно предоставляет ее страховой медицинской организации для проведения экспертизы качества медицинской помощи в поликлинике, к которой гражданин был прикреплен ранее.

3. Порядок реализации права граждан на выбор лечебного учреждения при стационарном лечении.

3.1. При наличии клинических показаний медицинский работник, направляющий больного на плановую госпитализацию, информирует гражданина или его законного представителя о профильных медицинских стационарах, оказывающих необходимую для него медицинскую помощь. После выбора пациентом стационара сотрудник амбулаторно-поликлинического учреждения через Городской центр госпитализации уточняет дату госпитализации и номер наряда, о чем делается отметка в сопроводительном листе утвержденной формы.

3.2. При невозможности прибыть в стационар для госпитализации в назначенный день пациент должен своевременно оповестить об этом медицинского работника, направившего его на стационарное лечение либо своего лечащего (уча-

сткового) врача. Последний сообщает об этом в Городской центр госпитализации и после согласования с пациентом вновь уточняет стационар и дату госпитализации больного. В случае неявки в назначенный стационар в указанное время больной не имеет права на внеочередную госпитализацию. Дата новой госпитализации назначается в установленном порядке.

3.3. При желании пациента получить плановое стационарное лечение в выбранном ЛПУ раньше назначенной даты госпитализации, он может быть госпитализирован при условии получения медицинской помощи на платной основе.

4. Порядок реализации права выбора врача в поликлинике и стационаре.

4.1. Прикрепление граждан для обслуживания по территориальному (участковому) принципу осуществляется исходя из распределения закрепленного за поликлиникой населения по территориальным участкам.

4.2. По выбору гражданина (его законного представителя) он может быть прикреплен к другому участковому врачу своей территориальной поликлиники. Такое прикрепление с учетом согласия врача производится распоряжением главного врача.

4.3. При плановой госпитализации в стационар пациент имеет право на выбор врача с учетом его согласия.

ВРЕМЕННОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

о Городском центре госпитализации больных в стационары г.Новосибирска.

1. Общие положения

1.1. Городской центр госпитализации в стационары г.Новосибирска (далее – Центр) создается приказом управления здравоохранения; является структурным подразделением муниципального учреждения здравоохранения станции скорой медицинской помощи (МУЗ ССМП), обеспечивающим ежедневный централизованный прием заявок на плановую госпитализацию в стационары города.

1.2. Центр предназначен для осуществления контроля, организации, планирования, учета, анализа, а также повышения доступности плановой госпитализации больных в стационары г.Новосибирска, обеспечения права граждан на свободный выбор учреждения здравоохранения для проведения стационарного обследования и лечения.

1.3. Деятельность Центра регламентируется законодательством РФ, приказами и указаниями управления здравоохранения мэрии, распорядительными документами муниципальной станции скорой медицинской помощи и настоящим Положением.

2. Цель организации Центра - совершенствование системы госпитализации, повышение ее доступности и создание условий для реализации прав граждан на свободный выбор учреждения здравоохранения и врача для стационарного обследования и лечения.

3. Основные задачи Центра

3.1. Организация плановой госпитализации больных для обследования и всех видов лечения во все стационары муниципальной и ведомственной системы здравоохранения, с предоставлением для пациентов возможности выбора места и сроков госпитализации.

3.2. Информационное обеспечение экстренной госпитализации больных из амбулаторно-поликлинических учреждений в стационары, участвующие в оказании экстренной медицинской помощи, в соответствии с приказами управления здравоохранения мэрии (сведения о графике госпитализации, учреждениях здравоохранения).

3.3. Создание конкурентной среды на рынке медицинских услуг, предоставляемых медицинскими стационарами города.

3.4. Совершенствование технологии и обеспечение оперативности госпитализации, повышение обоснованности, эффективности, клинической и экономической целесообразности госпитализации.

3.5. Углубленный анализ причин госпитализации, выявление сложившейся потребности, конъюнктуры и основных тенденций в плановой госпитализации больных.

3.6. Подготовка предложений по созданию адекватной и более совершенной системы стационарной помощи населению города с учетом основных потоков больных, структуры и профиля коечного фонда.

3.7. Оптимальное исполнение государственного (муниципального) заказа, сдерживание необоснованных расходов при госпитализации.

3.9. Регулярная подготовка статистической и обзорной информации для управления здравоохранения, районных отделов здравоохранения, главных врачей учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций и других заинтересованных инстанций для анализа обоснованности госпитализации, разработки и реализации мер по ее повышению.

3.10. Осуществление контроля обоснованности госпитализации больных на основании утвержденных критериев (признаков); копии справок (актов проверок) передаются в управление здравоохранения).

4. Структура, штаты и финансирование центра

4.1. Структура, штатная численность Центра утверждается управлением здравоохранения.

4.2. Управление здравоохранения мэрии г.Новосибирска оснащает центр средствами связи (телефоны, модем), компьютерной техникой, оргтехникой.

4.3. Центр госпитализации организационно подчиняется главному врачу МУЗ ГССМП, в составе которого он находится.

4.4. Центр комплектуется квалифицированными специалистами и возглавляется заведующим – врачом, который назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача МУЗ ГССМП по согласованию с управлением здравоохранения мэрии.

5. График и порядок работы центра

5.1. Центр работает по графику, утверждаемому главным врачом МУЗ ГССМП по представлению заведующего Центром.

5.2. В Центре оборудуются рабочие места заведующего и старшего фельдшера, врача, фельдшера, статистика-оператора.

5.3. Заявки на госпитализацию больных поступают из поликлиник в центр ежедневно в рабочие дни с 8.00 до 19.00, в субботу, воскресенье и праздничные дни с 9.00 до 15.00; наряд на госпитализацию выдает ответственный работник центра на основании имеющейся информации, при отсутствии возможности госпитализации в день поступления заявки больной ставится на очередь на плановую госпитализацию.

5.4. Обязанности по извещению больного о конкретной дате и времени госпитализации возлагаются на территориальную поликлинику. Поликлиника обязана немедленно известить Центр о невозможности по любой причине госпитализации очередника, на которого выдан наряд для госпитализации (для своевременного использования места следующими очередниками); очередь в этом случае снимается или переносится на более поздний срок по согласованию с лечащим врачом.

5.5. Отметка о госпитализации по наряду центра производится по информации из приемных отделений больниц после поступления больного.

5.6. Плановая госпитализация больных, обратившихся в стационары города самостоятельно, осуществляется только после согласования с заведующим или дежурным врачом (фельдшером) Центра.

5.7. Персонал Центра имеет необходимые средства связи со всеми учреждениями здравоохранения города, городской станцией скорой медицинской по-

мощи, а также прямую связь с оперативными службами города. При наличии технической возможности в Центре оборудуются автоматизированные рабочие места, компьютеризированная система управления.

6. Порядок направления больных на плановую госпитализацию

6.1. База данных свободных мест в стационарах города формируется и ведется на основании информации из учреждений, передаваемой в Центр устно по телефону, по факсу, электронной почте и любым другим способом.

6.2. Информация о свободных местах направляется из стационаров за 3 рабочих дня до предполагаемой выписки с указанием даты освобождения койки; ежедневно до 9 часов каждое учреждение подтверждает число свободных мест по каждому профилю.

6.3. Заявки на плановую госпитализацию принимаются в Центре в рабочие дни с 8.00 до 19.00, в выходные и праздничные дни – с 9.00 до 15.00 и вносятся в базу данных, составляя очередь на плановую госпитализацию по каждому профилю коек, имеющихся в муниципальных ЛПУ (при необходимости к централизованной системе госпитализации могут подключаться ЛПУ ведомственного и областного подчинения). В день подачи заявки лечащий врач заполняет и выдает на руки больному сопроводительный лист на плановую госпитализацию установленной формы. Если работник Центра сразу назначает дату госпитализации, соответствующая графа сопроводительного листа заполняется в день его выдачи. Если больной ставится на очередь для плановой госпитализации, графа «Дата госпитализации» и «Номер наряда» заполняется после назначения Центром даты госпитализации.

6.4. При появлении сведений о наличии свободных мест работник Центра в соответствии с имеющейся очередью направляет информацию в поликлиники города, которые должны в тот же день известить больного о конкретной дате госпитализации. При невозможности по каким-либо причинам госпитализации очередного больного в указанный срок поликлиника немедленно извещает Центр об отказе в госпитализации (снятии с очереди) или ее переносе на более поздний срок. В этом случае неиспользованное место передается следующему очереднику по

данному профилю. В поликлиники города регулярно сообщается также информация о наличии свободных мест в стационарах города при отсутствии очередников на эти места.

6.5. Ежедневно до 10 часов каждый стационар передает в Центр информацию:

6.5.1. о фактическом наличии свободных мест для плановой госпитализации по каждому профилю (на текущий день и на четвертый день от даты сообщения);

6.5.2. о больных, госпитализированных в плановом порядке за прошедший день по нарядам Центра.

6.6. При необходимости госпитализации планового больного без направления ЛПУ и при отсутствии наряда Центра администрация больницы в обязательном порядке согласовывает госпитализацию такого больного с Центром.

6.7. Каждому больному, поставленному в очередь на плановую госпитализацию, присваивается номер, состоящий из двух частей через дробь: номер профиля коек/номер в очереди); при выделении Центром места на госпитализацию в поликлинику в качестве наряда на госпитализацию сообщается номер, закрепленный за больным. Наличие номера наряда в “Сопроводительном листе” подтверждает факт выделения места на госпитализацию, позволяет быстро найти сведения о больном в базе данных Центра, а также получить информацию о случае госпитализации больного в течение определенного периода.

6.8. В Центре ведутся документы в электронном формате или на бумажном носителе:

6.8.1. Список очередников на плановую госпитализацию отдельно по профилям коек (ФИО полностью, год рождения, район проживания, почтовый адрес, контактный телефон, диагноз; учреждение здравоохранения, если больной выбрал конкретное учреждение), с отметкой о выдаче наряда на госпитализацию и отметкой о фактическом поступлении больного в стационар;

6.8.2. табель коечного фонда учреждений здравоохранения города независимо от ведомственной принадлежности с разбивкой по профилям коек (структурных подразделений) и учреждениям;

6.8.3. текущий реестр свободных мест по профилям и учреждениям, в который автоматически заносятся сведения о количестве свободных мест на конкретный момент;

6.8.4. приказы и иные распорядительные документы, регламентирующие порядок и условиях плановой и экстренной госпитализации в стационары;

6.8.5. справочник ЛПУ города:

- ФИО, служебные и домашние телефоны руководителей учреждений здравоохранения и их структурных подразделений;
- ФИО, должность, контактный телефон должностного лица в каждом учреждении, ответственного за госпитализацию больных и взаимодействие с Центром;
- Почтовые адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты и сайтов в Интернете;
- Информация об учреждениях, видах медицинской помощи, порядке госпитализации и т.д., а также как доехать до учреждения;
- Информация о страховых медицинских организациях, ФИО и телефонах руководителей и отделов защиты прав застрахованных.

6.8.6. Карта города с отметками о расположении всех учреждений здравоохранения города.

6.9. Направить больного на плановую госпитализацию по согласованию с Центром имеют право (с оформлением сопроводительного листа утвержденной формы):

6.9.1. лечащий врач;

6.9.2. главный врач амбулаторно-поликлинического учреждения или его заместитель по медицинской части;

6.9.3. главный штатный и внештатный специалист управления здравоохранения;

6.9.4. начальник управления здравоохранения или один из его заместителей, начальник отдела организации медицинской помощи населению;

6.9.5. начальник отдела здравоохранения районной администрации;

6.9.5. заведующий Центром.

ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
В ЛЕЧЕБНО - ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

1. Общие положения

1.1. Дневной стационар является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, в том числе амбулаторно-поликлинических, больничных учреждений, клиник медицинских научно-исследовательских и обра-

зовательных учреждений и предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

1.2. В своей деятельности дневной стационар лечебно-профилактического учреждения руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и настоящим Положением.

1.3. Коечная мощность и профиль дневного стационара определяются руководителем лечебно - профилактического учреждения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения. В соответствии с профилем койки дневного пребывания являются структурной частью коечного фонда отделения (палаты).

Мощность стационара определяется числом коек круглосуточного и дневного пребывания.

Учет коек дневного пребывания в больничных учреждениях и движение больных осуществляется в установленном порядке.

1.4. Дневной стационар может являться клинической базой медицинских образовательных и научно-исследовательских учреждений.

1.5. Порядок направления и госпитализации в дневной стационар, условия выписки или перевода в лечебно-профилактическое учреждение утверждаются руководителем лечебно-профилактического учреждения.

1.6. Режим работы дневного стационара определяется руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий, как правило, в 2 смены.

1.7. Медицинская и лекарственная помощь населению, в условиях дневного стационара, оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или

платных медицинских услуг, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

1.8. Вопрос по обеспечению питанием больных в дневном стационаре решается органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации самостоятельно.

1.9. В дневном стационаре ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация.

1.10. Контроль за деятельностью дневного стационара осуществляет руководитель лечебно-профилактического учреждения и (или) заместитель по медицинской части и клинико-экспертная комиссия лечебно-профилактического учреждения.

1.11. Организация и ликвидация дневного стационара осуществляется по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением.

2. Цель и функции

2.1. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования современных ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

2.2. В соответствии с этой целью дневной стационар осуществляет следующие функции:

2.2.3. Проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т.ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим.

2.2.4. Проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки

больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий.

2.2.5. Подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

2.2.6. Проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

2.2.7. Осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

2.2.8. Проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3. Структура и штаты

3.1. В структуру дневного стационара могут включаться:

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной;
- комната для пребывания медицинского персонала;
- комната для приема пищи больными;
- иные кабинеты по решению руководства лечебно-профилактического учреждения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он создан.

3.2. В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие врачи-консультанты. Штатная численность и нормы

нагрузки медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений устанавливаются с учетом наличия в данном учреждении дневного стационара.

3.3. В дневных стационарах вводится должность старшей медицинской сестры, должности медицинских сестер палатных из расчета 1 должность на 15 мест.

Должности санитарок палатных или младших медицинских сестер по уходу за больными устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер.

3.4. В штаты лечебно-профилактического учреждения, имеющего в своем составе дневной стационар, в связи с увеличением объема работы диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала.

4. Финансирование

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению, а также из средств обязательного медицинского страхования и иных источников в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Литература

1. Акопян А.С., Кузьмина Н.Б. Методы анализа экономической эффективности лечебно-профилактических организаций // Экономика здравоохранения.- 2001.- 5,6 /38.- с. 49 - 54.
2. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения.- 2001.- 1.- с. 5-11.
3. Галкин Р.А., Засыпкин М.Ю. Роль нового хозяйственного механизма в здравоохранении Самарской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2003.- 3.- с. 45-48.
4. Голубев А.М. Нормативно-правовая база демографической политики, охраны здоровья населения и реформы здравоохранения// Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Нормативно-правовое и методическое обеспечение реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации"/Ред. Б.П.Маштаков, Г.Н.Царик. - Кемерово, 1998.-С.3-10.
5. Гончаренко В.Л., Солодкий В.А., Черепов В.М., Шиляев Д.Р. О некоторых проблемах ресурсного обеспечения здравоохранения // Здравоохранение. 1999.- 9.- с.7-17.
6. Губин Г.И., Шилова В.М. Финансирование здравоохранения области при реструктуризации медицинской помощи// Здравоохранение. - М.: Изд-во Международного центра финансово-экономического развития, 1999. - № 5. - С. 43-51.
7. Исакова Л.Е. Система оплаты медицинской помощи как инструмент реализации программы государственных гарантий// Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Нормативно-правовое и методическое обеспечение реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации"/Ред. Б.П. Маштаков, Г.Н. Царик. - Кемерово, 1998.-С. 39-43.
8. Калашников В.В. Экономические методы в управлении здравоохранением и в организации медицинской помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 1999.- 2.- с. 43-44.
9. Каратаев М.М. Распределение финансовых средств на одного жителя. // Экономика здравоохранения. – 2001.- 2.- с.15-16.
10. Козлов А.В., Нестеренко Е.И., Полунина Н.В. К вопросу об актуальности экономического регулирования в здравоохранении на современном этапе. // Экономика здравоохранения.- 2001.- 5,6 / 38.- с.12-14.
11. Коэн Марк А. Реформа финансирования системы здравоохранения в Израиле. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 1994.- 5.- с. 45-54.

12. Кузьмин В.Ю. Финансирование земских лечебных учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.- 2001.- 2.- с. 43-45.
13. Ларионов Ю.К. Управление ресурсами в системе обязательного медицинского страхования и реструктуризация территориальной лечебной сети путем организации окружных госпиталей (г. Самара)// Здравоохранение. - М.: Изд-во Международного центра финансово-экономического развития, 1999. - № 3. - С. 14-18.
14. Мерков А.И., Поляков Л.Е. Санитарная статистика (пособие для врачей)// Л:Медицина, 1974. – 378 с.
15. Подхомутников В.М., Харитонова Л.П., Чеченин Г.И., Барабаш А.В., Данцигер Д.Г. и др. Технология реализации муниципального заказа на основе многоуровневой системы оказания медицинской помощи// Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Нормативно-правовое и методическое обеспечение реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации"/Ред. Б.П. Маштаков, Г.Н. Царик. - Кемерово, 1998. - С. 33-39.
16. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений // Экономика здравоохранения.- 2002.- 3.- с. 14-18.
17. Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения // Москва, МЦФЭР. – 2004.- с. 321 – 381.
18. Царик Г.Н. Нормативно-правовая и методическая база реформирования и организации работы здравоохранения в современных условиях// Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Нормативно-правовое и методическое обеспечение реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации"/Ред. Б.П. Маштаков, Г.Н. Царик. -Кемерово, 1998. - С. 22-28.
19. Чернышев В.М., Чернышев И.В. Рационализация финансирования лечебно-профилактических учреждений как фактор, обеспечивающий повышение эффективности их функционирования.// Материалы межрегиональной научно-практической конференции "Нормативно-правовое и методическое обеспечение реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.- Новосибирск.- 1998.- с.79-86.
20. Чернышев В.М., Банин С.А., Заиграев А.Л., Лайвин А.А. Подушевое финансирование в здравоохранении.// Новосибирск .- 2005. – 108 с.
21. Шамшурина Н.Г. Экономика лечебно-профилактического учреждения // Москва, МЦФЭР. – 2001.- с. 10 – 88.
22. Шевский В.И., Шейман И.М. Методические рекомендации по выбору метода оплаты деятельности общих врачебных практик// Проект законодательных инициатив в здравоохранении,

Центр Международного Здравоохранения Бостонского Университета, 1999. - Компьютерная версия. - С. 37.

23. Шиляев Д.Р., Таранов А.М., Солодкий В.А., Флек В.О. Научное обоснование разработки и финансирования выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. // Вестник ОМС – 2004.- 2.- с. 3-30.

24. Экономика и управление здравоохранением / Под ред. Ю.П. Лисицина.- Можайск: Полигр. комбинат.- 1993.- 288 с.

25. Янг С. Системное управление организацией / Пер. с англ.- М.: Сов. радио.- 1972.-455 с.