Из истории ОМС

МедСтрах



Директор СМО Городская больничная касса «Кемерово», Вице-президент Кемеровского отделения РМА **А.И. ТРАУТЕР.**

«Болезни подешевеют» - статья, которая побудила меня собраться с мыслями и высказать свой взгляд на сложившуюся за последнее десятилетие ситуацию в отрасли здравоохранения. Об экспериментах, проводимых раннее и теперь, и о многом другом, что способствует не повышению уровня авторитета отрасли в целом, ее значимости в жизни нашего государства, а наоборот - отдалению ее на задворки общества.

Глубоко в историю углубляться не буду, только подчеркну, что когда-то по признанию Всемирной организации здравоохранения здравоохранение тогда ещё Советского Союза было признано лучшим в мире. И действительно, несмотря на скудное финансирование отрасли здравоохранения государством, активное участие в его развитии принимали промышленные предприятия - от укрепления материально- технической базы до повышения материального благосостояния работников медицины (выделяя им жилплощадь, путевки их детям, обеспечивая детей медработников местами в яслях и детских садах и прочее.)

Все это позволяло отрасли здравоохранения выглядеть на должном уровне, а именно:

- повышать показатели здоровья населения, особенно работающего, посредством организации на предприятиях врачебно-инженерных бригад, в ведении которых находился контроль за техникой безопасности, за трудоустройством часто и длительно болеющих, беременных женщин и т.п.;
- решать вопросы санаторно-курортного лечения;
- определять факторы вредности на производстве и обеспечивать работающих во вредных условиях производства всем необходимым;
- создавать АПТК (акушерско-педиатрические терапевтические комплексы);
- проводить диспансеризацию населения;
- проводить на высоком уровне мероприятия по снижению заболеваний, носящих социальный характер (заметьте, без всякой гуманитарной помощи);
- проводить флюорографические осмотры со 100% охватом населения, осмотры на онкологические заболевания и сифилис;
- проводить всю программу профилактических прививок детям и подросткам по прививочному графику.

Вся эта работа проводилась на энтузиазме медицинских работников, так как государство, принимая одно за другим решение по улучшению показателей здравоохранения, не выделяло дополнительных средств, отсюда и половинчатое исполнение, а порой и невыполнение намеченных рубежей, фальсификация показателей, а самое главное - снижение авторитета отрасли здравоохранения, как таковой.

Все сказанное выше стало возможным в результате повышения показателей экстенсивного развития, дробления на мелкие службы, виды медицинской помощи, развития отраслевых ведомственных управлений и учреждений, приведших не к улучшению, а «разбазариванию» государственных средств, никак не влияющих на улучшение медицинской помощи.

Стали развиваться ведомственные учреждения здравоохранения, их оснащение осуществлялось новейшим медицинским оборудованием, строились новые корпуса при постепенном обветшании государственного (муниципального) областного и районного и участкового здравоохранения, при той же нагрузке и ответственности за здоровье населения территории.

Руководители промпредприятий прекратили принимать участие в развитии общегородского здравоохранения, однако продолжали пользоваться консультативной специализированной стационарной помощью специалистов города и области.

Создание тепличных условий работы в ведомственных учреждениях, а именно: отсутствие ответственности за показатели здоровья в целом (я имею в виду то, что отраслевые учреждения не отвечают за уровень заболеваемости по социально значимым заболеваниям, за материнскую и детскую смертность, за развитие того или иного вида медицинской помощи), повышенная оплата труда, льготное обеспечение путевками и т.д. не могло не вызвать раздражения в среде медицинской общественности. В то же время у работников медицинских учреждений, входящих в состав управлений здравоохранения всех уровней, была неимоверная нагрузка на приеме, скудное медикаментозное обеспечение стационаров, ненадлежащие условия работы (отсутствие транспорта, расходного материала и так далее) и, прежде всего, повышающиеся требования населения, местных властей и государства по обеспечению качества оказания медицинской помощи.

Постепенно эти проблемы переросли в требование медицинской общественности изменить политику планирования отрасли, перейти к интенсивному развитию отрасли здравоохранения.

Для решения данной проблемы Министерство здравоохранения РСФСР в 1987 году дает задание трем территориям — Куйбышеву (ныне Самара), Ленинграду (ныне Санкт-Петербург) и Кемерово внести предложения по изменению экономики здравоохранения. Разработки проводились с участием научных работников НИИ социальной гигиены, экономики управления здравоохранения им. Семашко Н.А., проблемной лаборатории Кемеровского государственного мединститута. Благодаря усилиям этих организаций внесено предложение внедрения в отрасль здравоохранения принципов нового хозяйственного механизма.

Данная программа предусматривала:

- консолидацию средств, выделяемых на здравоохранение, в руках руководителей здравоохранения (т.е. распределителем кредитов стал главный врач, а не председатели сельских, районных советов, как это было раньше);
- объединение и укрупнение учреждений здравоохранения в территориальные медицинские учреждения с единым руководителем (т.е. в районе все участковые больницы, врачебные амбулатории и службы стали подчиняться руководителю ТМО);
- изменение механизма финансирования - подушевое финансирование в расчете на одного жителя.
- разделение лечебно — профилактических учреждений в зависимости от уровня медицинской помощи на категории А,Б,В,Г, в соответствии с чем была разработана стоимость медицинской услуги.

Выделение финансовых средств в расчете на одного жителя привело к рационализации расходов на отдельные виды медицинского обслуживания, к смещению центра тяжести в сторону менее затратной амбулаторно-поликлинической помощи за счет открытия при поликлиниках дневных стационаров. Главным достижением проводимой работы в условиях нового хозяйственного механизма явилось экономическое использование имеющихся

Продолжение на стр. 7

материально-технических ресурсов, изменился подход к оплате труда. Оплата труда проводилась за произведенные объемы работ, с учетом их качества. Внедрена бригадная форма оплаты труда. Данная форма работы ЛПУ научила руководителей здравоохранения мыслить экономически, рационально использовать штатную численность и реально оценивать необходимость развития того или иного вида медицинской помощи.

Стали создаваться межтерриториальные центры оказания медицинской помощи: офтальмологический, фтизиатрический и т.д. Начала проводиться интеграция государственной и ведомственной службы в зависимости от наличия базы и подготовленных специалистов.

Фондодержателями были определены амбулаторно-поликлинические учреждения. Им выделялся подушевой норматив финансирования на количество обслуживаемых жителей, на основе чего определялся объем бюджетных ассигнований для каждой административной территории. Взаиморасчеты с другими службами производились посредством разработанных тарифов на медицинскую помощь. Стало возможным более гибко и рационально подходить к расходованию средств и оплате труда медицинских работников, впервые заговорили о развитии платных услуг. В основном о сервисных услугах, не связанных с основной деятельностью лечебно-профилактических учреждений.

С годами шлифовались взаимоотношения между ЛПУ и другими учреждениями здравоохранения, в частности, со стационарами и станциями скорой помощи, так как на первых порах они превратились в зарабатывающие учреждения. Амбулаторно-поликлиническая сеть стала отрабатывать варианты повышения качества работы звена первичной медико-санитарной помощи, выделения бригад для обслуживания вызовов, открытия дневных стационаров при поликлиниках, стационаров на дому. Принимаемые меры уменьшили поток поступления больных в стационары, количество вызовов ССМП, число обострений хронических заболеваний. Были приведены в соответствие с объемами коечный фонд и штатное расписание (особенно управленческий аппарат) лечебно-профилактических учреждений.

Однако дальнейшее экономическое реформирование требовало дополнительных источников финансирования, так как имевшиеся возможности отрасли здравоохранения за годы работы ЛПУ в условиях нового хозяйственного механизма были полностью исчерпаны, а недостаточный уровень финансирования расходов на здравоохранение из бюджета сделал проблематичным обеспечение дальнейшего развития отрасли, всеобщей доступности к качественной медицинской помощи. Нарастающая социальная напряженность в медицинской среде области, а также нарастающее недовольство рабочих промышленных предприятий медицинским обслуживанием привело руководство здравоохранения области к началу разработки принципов бюджетно - страховой медицины в конце 1989 года.

На убеждение досрочного введения обязательного медицинского страхования в Кемеровской области общественности, депутатского корпуса, администраций городов и районов, а также руководителей промышленных предприятий, ушло два года. В феврале 1992 года Постановлением Президиума ВС РФ от 16.12.91г. «О досрочном введении в действие на территории Кемеровской области Закона РФ ...» в Кузбассе началось внедрение обязательного медицинского страхования. Основной целью введения обязательного медицинского страхования явилось дальнейшее развитие заложенных ранее в новом хозяйственном механизме экономических методов воздействия на состояние здоровья населения, управление системой здравоохранения, отход от остаточного принципа финансирования здравоохранения, расширение прав пациентов, предоставление определенной самостоятельности регионам.

На первых порах (в течение полутора лет) в области был принят норматив отчисления на ОМС в размере 10,7% от фонда оплаты труда. Данные средства, помимо бюджетных, направлялись на развитие учреждений здравоохранения всех категорий (за исключением домов ребёнка, станций переливаний крови, судмедэкспертизы), т.е. учреждений, не оказывающих населению прямых медицинских услуг. Подушевой норматив финансирования определялся на все население, а бюджеты продолжали финансировать здравоохранение по прежней схеме. То есть была применена истинно бюджетно-страховая схема финансирования, а средства в виде социального налога, как это и предполагалось, стали дополнительными средствами. Государство сохранило бюджетное финансирование на прежнем уровне и здравоохранение стало поднимать голову.

Так, за год ЛПУ смогли укрепить материально-техническую базу, оснаститься необходимым лабораторно-диагностическим оборудованием, сделать необходимые запасы для оказания медицинской помощи населению, повысить фонд оплаты труда. Параллельно была организована страховая медицинская организация ОБК «Кузбасс» с 36 филиалами на территории области. Данная СМО была ведущей в области, на ее базе формировалась и отрабатывалась нормативно-методическая технология. Был образован перестраховочный фонд, созданный для выравнивания финансового положения территорий.

В России закон «О медицинском страховании граждан РФ » вводился в действие с 01.01.1993г., но территории, в основном, не были готовы к его практической реализации. Поэтому потребовалось срочно разработать модель организации обязательного медицинского страхования. Верховный Совет Российской Федерации принял ряд руководящих документов, позволяющих вплотную приступить к созданию организационной системы медицинского страхования. Одним из основных документов того времени стало постановление «О порядке финансирования ОМС граждан на 1993 год». Верховный Совет РФ постановил создать Федеральный Фонд ОМС и предложил органам власти создать в субъектах РФ Территориальные фонды с филиалами на местах. Соответственно было разработано и утверждено постановлением Верховного Совета РФ от 24.02.93г. № 4543-1 положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС). Указанным документом четко разграничивались функции и расставлялись приоритеты в системе ОМС: кто чем должен заниматься и за что отвечать. Кроме того, был определен размер социального налога, который составил 3,6% от фонда оплаты труда.

На фоне полной безграмотности территорий в вопросах ОМС, Федеральный фонд не сумел возглавить четкую работу по созданию стройной системы ОМС, порядка финансирования и т.д. В результате на 83-х территориях РФ существовало 23 варианта финансирования лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования. Каждая территория осуществляла внедрение ОМС по своим законам и правилам. В результате и до настоящего времени в финансовых взаимоотношениях между ТФ - СМО - ЛПУ существует неразбериха: одна территория финансирует только стационарные медицинские услуги, другая, наоборот, только амбулаторно-поликлинические, третья - только медикаменты и т.д. Принижена или вообще не прослеживается минимально, не принимая участия ни в защите прав застрахованных, ни в страховании как в таковом. Все это побуждает правительство страны принимать меры по доработке существующего закона «О медицинском страховании».

Однако анализ 10 летней работы в системе ОМС Кемеровской области показывает, что существующий Закон достаточно совершенен, но для того, чтобы он работал, всем субъектам системы ОМС необходимо четко его исполнять. В существующем Законе разграничены права и обязанности каждой структуры — Департамента здоровья населения, Территориального фонда, страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений с обязательным исключением посягательств на права каждого из них. Имеется в виду, что Департамент управляет и развивает здравоохранение, повышает квалификацию медработников, ТФ финансирует СМО, контролирует их деятельность, работает с администрациями территорий по перечислению подушевого норматива на неработающее население, консолидирует финансовые средства и т.д. Но, с другой стороны, ТФ ОМС не должен заниматься медицинской экспертизой в ЛПУ, аккумулировать финансовые средства для централизованной оплаты медикаментов, оборудования, а в случае выполнения функций страховщика должен иметь лицензии на право заниматься данным видом деятельности.

Четкое исполнение каждым своих обязанностей позволило отработать стройную работающую систему ОМС в Кемеровской области. Единственное, не получилось сохранить изначально задуманную форму финансирования — бюджетно-страховую, и произошло это в силу переживаемого в то время экономического кризиса. Бюджет территорий взял на полное обеспечение учреждения здравоохранения, не работающие в системе ОМС, и, что еще хуже, часть ЛПУ. Это привело к расколу коллективов и разделению ЛПУ на «своих» и «чужих», к 100%-ному финансированию ЛПУ, не работающих в ОМС и скудному финансированию, а порой вообще отсутствию такового, в ЛПУ системы ОМС. Это вызвало нервозность в коллективах, что, в свою очередь, отразилось и на застрахованных гражданах, которые только и слышали «вы не наши, или платите или мы не будем вам оказывать медицинскую помощь». Финансовая неразбериха сказалась на возможности получения бесплатной медицинской помощи и больше всего пострадало работающее население. Перестали выполнять обязательства руководители промпредприятий, коммерсанты различных ООО и т.д. по перечислению страховых взносов. Особенно резко упала дисциплина по перечислению взносов на ОМС после передачи функции сбора средств в налоговую инспекцию. Пока работники налоговых служб разобрались, что это за взносы, что с ними делать и как работать с неплательщиками, прошло немало времени, что так же отрицательно сказалось на системе здравоохранения.

С 1997 года мы наблюдаем, что на фоне разбалансированной экономики одно за другим принимаются решения о повышении заработной платы медицинским работникам (и почему-то только бюджетникам), о расширении объема льготных услуг, об удорожании содержания материально-технической базы и все это при остающемся малом размере взноса (3,6% от ФОТ). Кроме того, идет постоянное вмешательство руководителей всех уровней в схему финансирования, когда оно идет не по произведенным объемам работ, а по прежней методике — мощности ЛПУ. Это привело к перекосу в финансировании ЛПУ: перефинансирование одних и недофинансирование других. Немалую роль сыграла и установка на первоочередную выплату заработной платы медицинским работникам. В настоящее время в ЛПУ доля заработной платы стала составлять от 60 до 87 % от всей суммы средств ОМС. Оставшаяся часть приходится на другие расходы (ст.9 и 10). Сформированная изначально бюджетно-страховая система здравоохранения, плавно перешла в страховую систему, так как с каждым годом бюджетных ассигнований в ЛПУ, работающих в системе ОМС, становится все меньше и меньше. Постепенно из бюджета исключаются целевые программы, такие как охрана материнства и детства, вакцинопрофилактика детей и подростков и другие. Но так как в жизни общества вопросы охраны материнства и детства, социально значимые заболевания, профилактика гепатита «В» имеют первостепенное значение, то исполнение их тяжелым бременем ложится на плечи ОМС. Связано это с тем, что, с одной стороны, Минздрав совместно с Федеральным Фондом как-то слабо убеждают правительство выделить на охрану здоровья населения столько, сколько это возможно при существующем экономическом положении страны, а с другой стороны, не принимаются меры для максимально эффективного использования имеющихся средств.

В настоящее время рассматривается проект закона «О медицинском страховании граждан», в разработке которого принимают участие все, вплоть до координационного совета объединений работодателей России и ФНПР, но только не Минздрав, не Федеральный Фонд и не депутатский корпус. В результате вновь медицине отводится место на задворках. Я не имею в виду Москву или Санкт-Петербург. Там все будет в порядке, ибо вновь принимаются попытки централизации средств. Из ожидаемых 4,1% отчислений 2% должны поступить в центр для выравнивания территорий, но если не поступят с региона данные проценты, то тройственное соглашение между Федеральным Фондом, Минздравом и территорией не будет заключено. А позвольте спросить, где территория возьмет эти 2 %, когда сборы страховых взносов в размере 3,6% находятся не на должном уровне? Когда все или почти все крупные градообразующие промышленные предприятия находятся под внешним управлением (как правило, представителями центра) и интересы у них совсем иные, чем забота о людях территорий, на которых они сегодня управляют, причем отнюдь не своим имуществом? Когда часто, чтобы избежать уплаты налогов, они подводят предприятия под банкротство.

На протяжении многих лет говорится об экономии и рациональном использовании денежных средств, выделяемых на содержание учреждений здравоохранения. Мы доэкономились до того, что в скором будущем государственного здравоохранения, да и ведомственного тоже, не будет, и некому будет влиять на показатели здоровья регионов.

Приблизительно с середины 90-х годов постепенно под маркой местного самоуправления медицинские вузы, научно-исследовательские лаборатории, клиники Республиканского подчинения передаются на содержание области. Ведомства из-за ненадобности и излишних расходов закрывают соцкультбыт, в том числе и учреждения здравоохранения. Для обеспечения денежными средствами принимаемой территориальной программы государственных гарантий мы вынуждаем руководителей ЛПУ сократить коечный фонд, перераспределить имеющиеся материально-технические ресурсы, не думая о том, что оплата труда руководителей ЛПУ напрямую зависит от типа мощности учреждения, его коечного фонда. Поэтому ни один руководитель не сделает и шага в этом направлении.

На дотационных территориях и территориях, где государственные предприятия, учреждения, организации и сельское хозяйство ОАО и прочих фирм, руководители (а их большинство), не заботятся о здоровье работающих. Эти работники временно устроены, не имеют трудовой книжки и оплату труда получают в конвертах, не участвуя в страховых платежах из-за сокрытия руководителями фонда оплаты труда.

Отсюда только по г. Кемерово из 527 тысяч человек, живущих на территории города, не застраховано 27 тыс. человек, а по области эта цифра составляет 230 тыс. человек. Помимо указанного контингента, в формировании страховых взносов в ТФ не участвуют аттестованные военнослужащие, солдаты срочной службы, прокуратура, УВД, а это ни много ни мало - около 30 тыс. человек. Они такие же смертные, как и все и нуждаются в медицинской помощи. Во всех нормативных документах, в том числе и совместном приказе МЗ и Минобороны от 14.06.95г. № 204/167 "Об оказании медицинской помощи военнослужащим Вооруженных Сил РФ в учреждениях здравоохранения" сказано, что затраты, связанные с оказанием медицинской помощи военнослужащим, компенсируются учреждениям здравоохранения за счет средств Минобороны России. Это - утопия.

Неоднократные обращения руководителей ЛПУ области к заместителю начальника медицинской службы военного учреждения Новосибирского госпиталя не имели разрешения. Сейчас на территории города организован кадетский корпус, перешедший на полное государственное довольствие. И здесь также остался открытым вопрос медицинского обслуживания учащихся. Ссылка на то, что этот контингент должен обслуживаться за счет соответствующих бюджетов, также не подкреплена финансами. Вот и приходится руководителям лечебно-профилактических учреждений на скудные ассигнования, поступающие к ним из всех источников финансирования, снимать социальную напряженность и сглаживать недовольство населения.

А ведь решить этот вопрос можно 100 %-ным перечислением социального налога на обязательное медицинское страхование за счет всех категорий населения, живущих на территории и получающих заработную плату, денежное довольствие, пенсию, социальные пособия из фонда занятости. Ведь платят они из этой суммы подоходный налог, оплачивают жилье и т.д. Если ликвидировать всякого рода льготы на данный вид взносов, станет возможным ослабить бюджетное напряжение.

Помимо этого есть смысл ввести соплатежи населения не менее 1% от своей з/платы: в пределах 50 руб. за сутки в стационаре (гостиничные услуги), 15 руб. за первичное посещение амбулаторно — поликлинического учреждения взрослым и 7 руб. - детьми. Необходимо рассмотреть вопрос ценообразования платных услуг. Определить их себестоимость, состоящую не только из традиционно входящих в ее расчет з/платы персонала, участвующего в услуге (руководители, лаборанты), амортизационных расходов, медикаментов, но и ввести в накладные расходы коэффициент сложности и рентабельность в пределах 15%.

Самым главным и правильным решением станет возврат существовавшего ранее положения — все заработанные ЛПУ средства по платным услугам должны оставаться в распоряжении ЛПУ, без перечисления их в финансовые управления. Сегодня при оказании платных услуг выигрыш не у медицинского учреждения, а у банка и финансовых управлений, так как возврат денег в ЛПУ происходит самое малое через 10 дней, а банковский процент за пользование данными суммами в ЛПУ не возвращается.

МедСтрах

Окончание. Начало на стр. 7 и 8

Проводимые различные тендеры (конкурсы) по централизованным закупкам медикаментов, медоборудования и питания и прочего лишают руководителей самостоятельности и маневренности в повседневной жизни ЛПУ.

Еще одним источником дохода ЛПУ является развитие добровольного страхования, на которое разработчики новой концепции развития ОМС возлагают большие надежды. Но добровольным такое страхование назвать сложно. Почему я так говорю? Потому, что только единицы страховых медицинских организаций в России занимаются классической формой ДМС со страхованием риска, а в основном существует такой вид страхования, как монополисы. Монополисы и возвратное страхование не являются реальным страхованием, так как доходная часть не дает возможности формирования страхового (резервного) фонда, а, следовательно, не позволяет страховщикам принимать участие в развитии материально-технической базы ЛПУ, внедрению новых технологий, а также не обеспечивает стабильность самой страховой компании, так как все ассигнования, заработанные по этим видам страхования, идут на восстановление допущенных расходов и оплату труда медперсонала.

Классическая форма добровольного страхования хороша, но не в дотационных регионах и регионах, где большинство градообразующих промышленных предприятий находятся под внешним управлением, когда монополизированы все, кроме ОМС, виды страхования головными организациями, создавшими свои страховые компании, лишив тем самым руководителей предприятий возможности работать с местными страховыми организациями.

Обратите внимание на перечень компаний-лидеров, приведенный в журнале «Страхование здоровья» №1 2002 год. В нем нет ни одной страховой компании Сибирского региона. О каких налоговых льготах населения может идти речь при столь низком уровне оплаты труда, теневой выплате заработной платы в большинстве фирм? Конечно, руководители подобных предприятий могут заключить договор по ОМС на официально оплачиваемую категорию работающих и получать налоговую льготу по ОМС, а кто учтет часть работающих, получающих заработную плату в конвертах, кто будет оплачивать заботу об их здоровье? Вновь бюджет или предлагаемые ассигнования из Федерального Фонда на выравнивание?

Большой надежды на Федеральные средства возлагать не стоит, так как в отчете рабочей группы МЗ и ФФ ОМС по выполнению обязательств трёхсторонних договоров (МЗ, ФФ ОМС, территория) сказано, что МЗ и ФФ ОМС свои обязанности выполнили на 99 %, чего не скажешь о территориях. Следовательно, нашей территории не получить этой дотации, потому что мы не выполняем свои обязательства сегодня, не выполним и те кабальные условия, которые предлагает новая концепция реформирования системы ОМС — обязательное перечисление в ФФ ОМС 2% от суммы собранных на территории средств. А любое неповиновение лишает территорию дотации. Все предлагаемые пункты концепции возможны только при поднятии экономики регионов до надлежащего уровня, чтобы самостоятельность региона — субъекта Федерации была не на словах, а на деле. Для этого необходимо:

- прекратить банкротство предприятий и ввод внешнего управления;
- ослабить налоговое бремя, для чего большую часть налогов оставлять на территории;
- прекратить централизацию отраслей на уровне РФ, каждое градообразуещее предприятие должно жить жизнью территории, а не центра;
- при увеличении доли социального налога, направляемого в систему ОМС, сохранить прежний уровень отчислений в ФФ ОМС —0,2 % от ФОТ или подходить дифференцированно к территориям, но в дотационных территориях процент отчислений оставить прежним;
- отказаться от мысли налоговой льготы по ОМС предприятиям, заключившим договор на работающих граждан по добровольному страхованию;
- граждан, имеющих семейный доход от 2 до 3,5 тысячи долларов в месяц, полностью перевести на добровольное страхование, при этом сохранить их процент отчисления на ОМС;
- поддержать предложение Пенсионного фонда о софинансировании по лекарственному обеспечению заболевших пенсионеров;
- сохранить на прежнем уровне бюджетное финансирование ЛПУ (ст.16, ст.12, ст. «Прочие расходы»), обеспечивающее материально-технический и кадровый потенциал лечебно — профилактических учреждений на современном уровне, централизованные закупки жизненно необходимых препаратов и обновление медицинских технологий.

Десятилетний опыт работы нашей области показал, что лучшего способа финансирования на сегодняшний день, чем финансирование по-подушевому нормативу нет. К такому выводу приходят и другие территории (Красноярск, Томск и др). Немногие территории к этому готовы, но это необходимо сделать, причем лучше директивным способом. Например, изданием соответствующего Постановления. При этом фондодержателем всех средств необходимо сделать амбулаторно-поликлиническое звено. Данное решение будет правильным и быстро приведет к сокращению нерентабельно работающих стационаров, развитию стационарозаменяющих технологий и так далее. В основе оплаты труда медицинских работников должна лежать контрактная система с учетом наличия у работника лицензии на право заниматься тем или иным видом деятельности, а также сертификата, подтверждающего профессиональную готовность специалиста к сложным современным методам лечения больных.

Это приведет к ненужности проведения лицензирования ЛПУ, для осуществления которого руководитель ЛПУ принимает меры по оснащению учреждения современным оборудованием, внедрению новых методов лечения и т. д. После получения высшей категории у части ЛПУ оборудование зачастую простаивает из-за отсутствия спроса на данный вид обследования, слишком высокой цены на него или просто из-за отсутствия специалистов. А ЛПУ, получив высшую категорию, продолжает получать и высшую стоимость медицинской услуги.

Главная проблема в том, что в системе здравоохранения нет преемственности между прошлым и настоящим, нет надлежащего информационного обеспечения предполагаемых реформ отрасли. Примером может служить последний факт. Государство решает вопрос об отказе всей бюджетной сфере гарантированной минимальной оплаты труда и предлагает решать данную проблему на месте. Рабочие коллективы бюджетной сферы возмущены и пытаются противостоять данному решению, а кто их слышит? Ни на уровне профсоюзов, ни в средствах массовой информации не обсуждается данный вопрос, как бы он обсуждался, если бы возмущались работники отраслей народного хозяйства (угольщики, химики, металлурги и т.д.). А кто заботится об их интеллекте, образовании и здоровье?

Поэтому, думаю, своевременной стала организация Российской медицинской ассоциации, которая наметила четкие мероприятия защиты интересов медицинского сообщества, его прав, вопросы повышения авторитета через контроль деятельности медицинских работников в вопросах переподготовки специалистов. Уже сейчас ассоциация является партнером МЗ РФ и есть надежда на то, что созданная общественная организация будет достойным партнером и правительству. Тогда ни одно важнейшее решение в области охраны здоровья населения и здравоохранения не будет проходить без надлежащей общественной экспертизы и одобрения, как это имеет место во многих странах мира.

В заключении хочу высказать свое согласие с автором статьи «Опять впереди паровоза?», главным врачом ТМО Анатолием Карловым (М.Г. №13 от 01.02.2003г): «Наверное, правильным было бы, не отрицая всего передового, что было в отечественном здравоохранении, принять опыт, накопленный мировым сообществом и применить его к условиям России». От себя лично предлагаю не принимать новую концепцию по медицинскому страхованию, так как это концепция не приземленная. Она способна решать только вопросы центра, но никак не территорий. Я предлагаю завершить образованную 10 лет назад систему ОМС четким выполнением всех пунктов закона, положений, правил и других законодательных актов, принятых в течение этого десятилетия. Так как не завершив одного, не получишь результатов в дальнейшем.