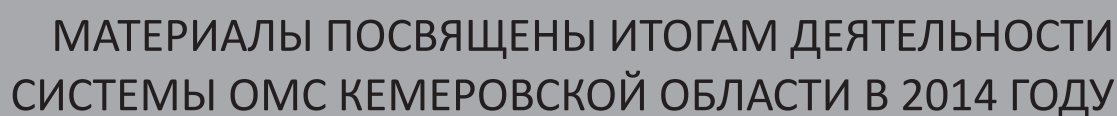


ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ







ОМС:

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Главный редактор И. В. Пачгин

Подписано в печать 16.06.2015. Формат А4
Бумага мелованная. Печать офсетная
Тираж 400 экз. Заказ № 483

КЕМЕРОВО 2015

ББК 51.1(2) 65.272
УДК 368.9
О-57

Печатается по решению Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Кемеровской области

Председатель редакционной коллегии
И. В. Пачгин

Редакционная коллегия
И. В. Пачгин
И. А. Друшляк
Н. А. Матвеева

О-57. ОМС: итоги и перспективы/редкол.: И.В. Пачгин,
И.А. Друшляк, Н.А. Матвеева. - Кемерово, 2015. - 120 с.
ISBN 978-5-85905-456-5

Материалы посвящены итогам деятельности системы ОМС
Кемеровской области в 2014 году и преспективам развития
в 2015 году.

ISBN 978-5-85905-456-5



ББК 51.1(2) 65.272
УДК 368.9

УВАЖАЕМЫЕ КУЗБАССОВЦЫ, КОЛЛЕГИ!

Система обязательного медицинского страхования постоянно совершенствуется, модернизируется, чутко реагируя на изменения потребностей застрахованных граждан и других участников сферы ОМС. Это позволяет грамотно и квалифицированно охранять здоровье каждого человека.

Кузбасс всегда был регионом открытым для инноваций, для внедрения передовых методик в области здравоохранения. Специалисты Территориального фонда ОМС Кемеровской области эффективно применяют современные информационные технологии в вопросах управления госпитализацией, способах оплаты медицинской помощи, оценки эффективности использования средств обязательного медицинского страхования и т.п. Естественно, все эти меры направлены, прежде всего, на повышение качества и доступности оказываемой медицинской помощи, на максимальное приближение пациента к лечению по самым современным мировым стандартам.

Дорогие друзья! Искренне желаю всем сотрудникам ТФОМС Кемеровской области не останавливаться на достигнутом и всегда стремиться к новым высотам! Успеха во всех ваших начинаниях.

**С уважением,
председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
Н.Н. Стадченко**



УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Развитие и укрепление здравоохранения является приоритетной задачей государства. Вопросам организации бесплатной медицинской помощи населению придается первостепенное значение. Большую роль в этом процессе отводится территориальным фондам обязательного медицинского страхования.

Переход к страховой медицине был необходимым условием решения проблем здравоохранения в период социально-экономических трудностей в 90-е годы. Введение системы страхования сохранило бесплатную медицинскую помощь жителям регионов, укрепило и развило финансовую и материальную базу здравоохранения, повысило роль экономических регуляторов в работе медицинских организаций.

В Кемеровской области всё это стало возможным, благодаря профессионализму коллектива ТФОМС Кемеровской области, неравнодушным, творческим людям, которые работают здесь и помнят, что ключевым звеном является обеспечение конституционных прав граждан на получение бесплатного современного медицинского обслуживания.

На протяжении многих лет ТФОМС Кемеровской области осуществляет работу по преобразованию системы здравоохранения, совершенствованию принципов ее финансирования, активно сотрудничает со всеми регионами и консультирует по вопросам организации обязательного медицинского страхования. Сегодня он заслуженно занимает передовые позиции среди других территориальных фондов и является достойным примером для подражания. Это единственный фонд ОМС в СФО, кто внедрил систему менеджмента качества, позволяющую улучшать деятельность организации и совершенствовать её систему управления, осуществлять постоянный и своевременный контроль качества предоставляемых услуг, а также учёт требований потребителей. Программные комплексы Фонда постоянно завоевывают золотые медали на международных специализированных выставках.

Коллектив Фонда строит свою работу в тесном взаимодействии и сотрудничестве с органами власти, общественными организациями, с территориальными фондами ОМС других регионов, со страховыми компаниями, что также способствует более эффективному решению вопросов медицинского обслуживания населения и активной работе по улучшению качества и доступности медицинской помощи жителям Кемеровской области.



От всей души поздравляю коллектив ТФОМС Кемеровской области с очередным выпуском журнала, одна из задач которого – показать результаты деятельности Фонда, будни и проблемы, трудности и перспективы развития системы ОМС.

Желаю дальнейших успехов, стабильности, реализации новых интересных проектов и планов, а всему коллективу редакции, авторам и читателям, а также членам их семей – крепкого здоровья, плодотворной работы и новых достижений! Надеюсь на дальнейшее взаимовыгодное сотрудничество!

**Представитель ФФОМС в СФО,
директор ТФОМС Томской области
В.Г. Козлов**

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Тесное взаимодействие Совета народных депутатов Кемеровской области и Территориального фонда ОМС Кемеровской области способствовало созданию системы четкого управления региональным здравоохранением.

Последнее десятилетие кузбасская медицина стремительно развивалась. В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и программы модернизации на укрепление и совершенствование системы здравоохранения Кузбасса выделялись колоссальные финансовые средства, в том числе из областного бюджета. На эти деньги была проведена реорганизация медицинских учреждений, сделан капитальный ремонт зданий больниц и поликлиник, проведено оснащение клиник новейшим лечебно-диагностическим оборудованием, внедрены современные информационные технологии, например, запись к врачу через интернет или инфоматы в поликлиниках, приняты меры для улучшения материального положения медицинских работников и привлечения в отрасль молодых врачебных кадров.

Ежегодно в медицинскую практику внедряется все больше современных технологий и инновационных методов лечения. Существенно увеличились объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в 2014 году шанс на новую жизнь получили 5 893 человека.

Особое значение уделяется повышению качества и доступности медицинской помощи.

Для оперативности в постановке диагноза, а также для решения проблемы с нехваткой высококвалифицированных кадров в отдаленных территориях области начали использовать такие современные методы, как телемедицину.



Конечно же, это лишь малая часть всех проведенных мероприятий. Мы и дальше будем направлять наши совместные усилия на то, чтобы сделать здравоохранение области самым современным, высокотехнологичным и эффективным.

**Председатель комитета
по вопросам здравоохранения
и социальной защиты населения
Совета народных депутатов
Кемеровской области
И.Н. Сеницына**

Пачгин И.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

«САМАЯ ВАЖНАЯ ЗАДАЧА – СОХРАНЕНИЕ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ В КУЗБАССЕ»

2014 год стал для Территориального фонда ОМС Кемеровской области годом большой, напряженной и продуктивной работы. Об отдельных результатах этой деятельности мы побеседуем с директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области Игорем Вадимовичем ПАЧГИНЫМ.

– Одна из основных задач Территориального фонда ОМС – это стабильное финансирование системы здравоохранения региона в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Скажите, насколько эффективно эта задача была решена в прошлом году в Кемеровской области?

– Считаю, нам вполне удастся обеспечивать финансовую устойчивость системы ОМС Кузбасса. Если говорить о динамике, то за последние три года объемы финансирования здравоохранения области за счет средств ОМС ежегодно увеличивались. Так, если в 2012 году доля расходов в здравоохранении из средств ТФОМС составляла 58%, то в 2013 – 75%, а в 2014 г. – уже 79%.

Что касается стоимости территориальной программы ОМС, то в 2014 году она увеличилась на 13% по сравнению с 2013 годом и составила более 24 млрд руб. С удовлетворением можно отметить, что 2013 и 2014 годы были временем стабильного и, что очень важно, бездефицитного финансирования территориальной программы.

Ежегодно в территориальной программе участвует все больше частных клиник. Если в 2009 году медицинскую помощь по полису ОМС можно было получить в 19 частных клиниках области, то в 2014 году – уже в 42-х медицинских организациях частной и негосударственной формы собственности. За 5 лет количество частных клиник в Кузбассе увеличилось в 2,2 раза. Как правило, они оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, проводят диагностические исследования: клинические, биохимические, ультразвуковые и другие, 6 клиник оказывают стационарную помощь.



Однако, доля частной медицины в общем объеме фактического финансирования медицинских организаций Кемеровской области пока незначительна: в 2013 году – 1%, в 2014 году – 3%.

– Игорь Вадимович, в Кемеровской области уже не первый год ведется работа по внедрению новых экономически эффективных способов оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования. Каких результатов удалось достичь за это время?

– С 2013 года в Кузбассе начался переход на оплату медицинской помощи по клинико-статистическим группам (КСГ). Сначала на эту систему мы перевели стационары, а в прошлом году – и дневные стационары.

Плюс к этому, в 2014 году был подписан меморандум между Федеральным ФОМС, Территориальным фондом ОМС Кемеровской области и Международным банком реконструкции и развития, и ТФОМС вошел в число восьми регионов России, где реализуется пилотный проект по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи.

Для нас очень важно выдержать баланс между имеющимися в отрасли финансовыми ресурсами и оказываемыми населению объемами медицинской помощи. Точка равновесия всегда должна находиться на стыке интересов производителя и заказчика медицинских услуг. Смещение её в ту или иную сторону в итоге неизбежно приведет к ухудшению качества медицинской помощи. И система расчетов по КСГ – это один из инструментов рационального расходования ресурсов здравоохранения, так как в этом случае увеличение финансирования происходит за счет снижения неэффективных затрат. Например, раньше стационары получали средства за «койко-дни», и было выгодно больного не лечить, а как можно дольше держать в отделении. Теперь по методике КСГ они получают возмещение затрат за конкретный качественно завершённый случай лечения. Поэтому такой способ оплаты в большей степени ориентирован на конкретного пациента.

Использование коэффициента управляющего воздействия для групп КСГ – это мощный экономический инструмент мотивации медицинских организаций для развития того или иного профиля медицинской помощи, актуального для данного региона.

Сегодня уже можно сказать, что медицинские организации успешно адаптировались к новому способу оплаты. Благодаря внедрению КСГ в некоторых стационарах вырос коэффициент затратно-эффективности, т.е. в больницах стало больше лечиться действительно тяжелых больных, нуждающихся в круглосуточном наблюдении. В целом по области несколько снизилась длительность нахождения пациентов на больничной койке, увеличилось количество пролеченных больных.

– С 2014 года в ревизионной деятельности Территориального фонда появилось еще одно направление – проверки того, насколько эффективно в медицинских организациях используются средства ОМС.

– Действительно, в прошедшем году сотрудники контрольно-ревизионного управления сделали большой шаг вперед. Помимо уже отработанного контроля за целевым использованием средств ОМС, они разработали и внедрили в практику «Программу проверки эффективного использования средств ОМС медицинскими организациями», где прописали методику определения экономичности, продуктивности и результативности использования денежных средств. Во время проверок анализировались такие разделы, как оплата труда, состояние расчетов (состав дебиторской задолженности), материальные запасы, приобретение и сроки ввода в эксплуатацию основных средств стоимостью до 100 тыс. рублей, ремонт движимого и недви-

жимого имущества, оплату коммунальных услуг, процент выполнения задания медицинской организацией и др. Оценивая результаты ревизионной деятельности Фонда по этому направлению можно отметить, что в 2014 году в среднем экономичность использования медицинскими учреждениями средств ОМС составила 99,8%, продуктивность – 92,4%, результативность – 92,3%. Важно, что эта деятельность помогает выявить факторы и условия, которые оказывают непосредственное влияние на эффективность использования средств ОМС.

– Игорь Вадимович, расскажите, какая работа проводится Фондом для повышения доступности высокотехнологической помощи?

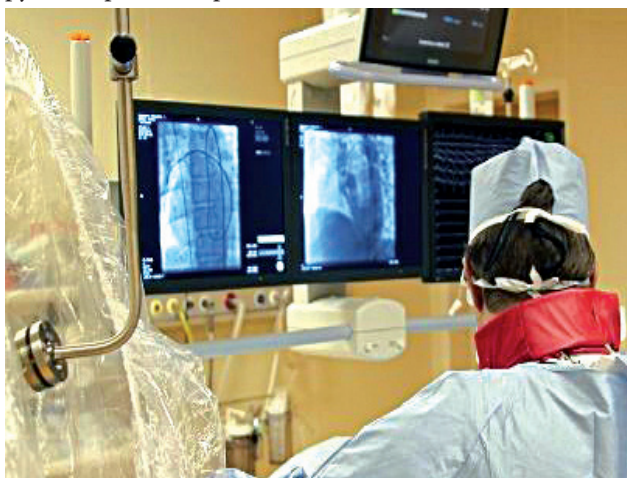
– С января 2014 года в систему ОМС вошли наиболее распространенные и востребованные виды дорогостоящей высокотехнологичной медицинской помощи (453 метода). Всего за 2014 год выполнено 5 893 случая ВМП (99% от плана) по 15-ти профилям. На оказание этой высокотехнологичной медицинской помощи из средств ОМС медицинским организациям было перечислено 748,9 млн рублей.

С 2013 года из средств ОМС начали оплачивать вспомогательные репродуктивные технологии – ЭКО. Если в предыдущие годы число квот на бесплатное проведение ЭКО было ограниченным, то с 2015 года такую помощь по полису ОМС смогут получить все женщины, которые стоят на учете с бесплодием.

В территориальную программу на 2015 год мы заложили расходы на проведение 450 процедур ЭКО (в 2014 году по бесплатным квотам ЭКО сделали 210 женщин).

В настоящий момент в Кузбассе репродуктивные технологии бесплатно по полису ОМС выполняют четыре клиники: три находятся в Новокузнецке – это МУЗ «Зональный перинатальный центр», ООО «Медика», ООО «Медиа-Сервис», и ООО «Медицинский центр «Надежда» в г. Кемерово.

Одним словом, благодаря включению ЭКО в систему ОМС, оно стало значительно доступнее для населения. Важно, что теперь в случае неудачной попытки пациентка может снова бесплатно пройти эту процедуру – в порядке очередности.



– Игорь Вадимович, защита прав застрахованных граждан на получение бесплатной и качественной медицинской помощи относится к основным задачам системы ОМС. Расскажите, каким образом в Территориальном фонде построена работа с обращениями граждан?

– Сотрудники отдела организации защиты прав граждан работают в нескольких направлениях: ведут мониторинг обращений застрахованных лиц, занимаются рассмотрением жалоб от пациентов, проводят экспертизу качества медицинской помощи. Кроме того, Территориальный фонд ОМС контролирует, как эти функции выполняют страховые медицинские организации.

Если говорить предметно, то за 2014 год поступило 775 тыс. обращений. Из них 84% – это заявления о страховании, 16% – консультации по вопросам ОМС. В структуре всех обращений 112 жалоб, или 0,01 % (в 2013 году было 140 жалоб, или 0,03%), обоснованными признаны 11. Основными причинами обоснованных жалоб стали качество медицинской помощи (в 10 жалобах из 11) и взимание платы за медицинскую помощь по программе ОМС.

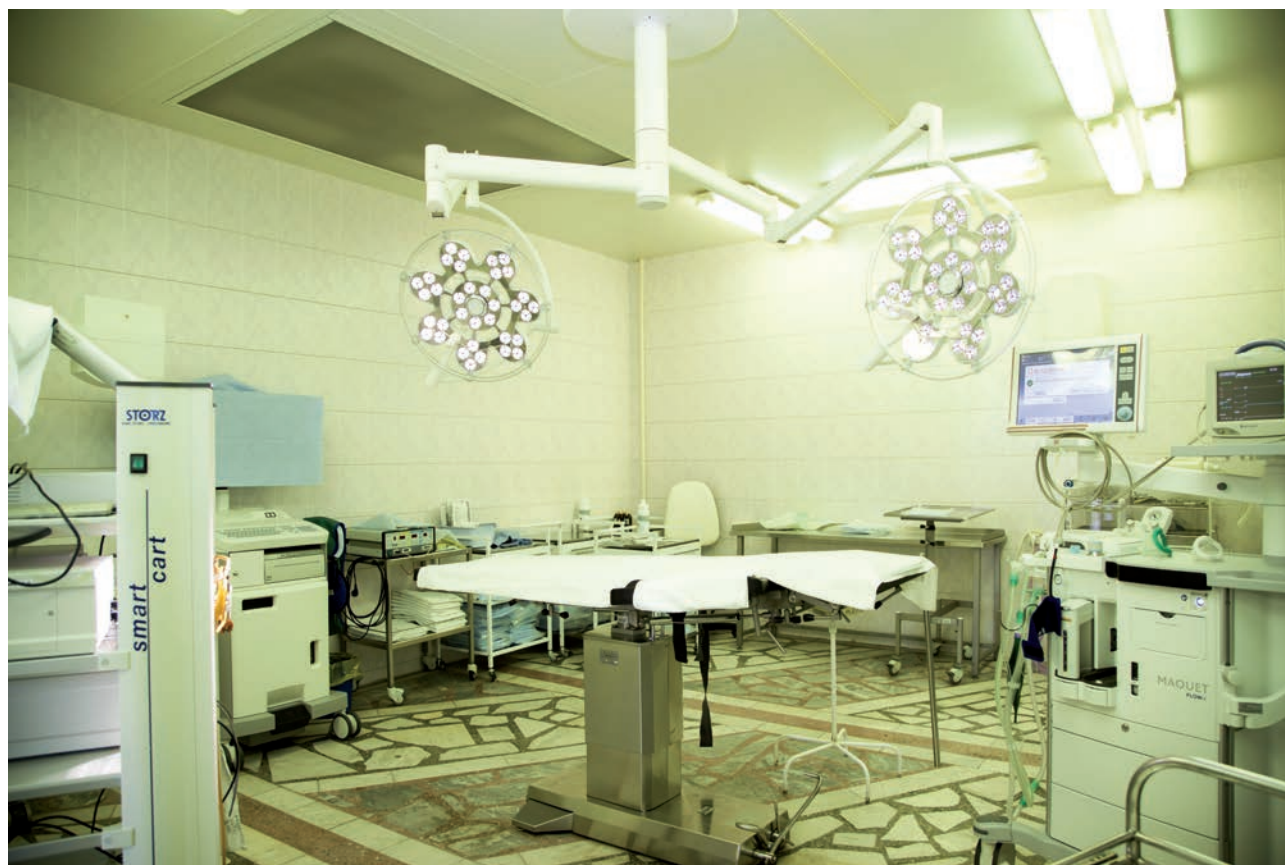
Отдельно хотелось бы подчеркнуть, что за последние 3 года в Кемеровской области количество жалоб на платность медицинской помощи сократилось в два раза – с 1,8 жалоб на 100 тыс. населения в 2012 году до 0,8 жалоб на 100 тыс. населения в 2014 году. Это почти в 3 раза ниже общероссийских показателей.

– Игорь Вадимович, расскажите, как в 2014 году проводилось информирование населения по вопросам обязательного медицинского страхования?

– Территориальный фонд ОМС Кемеровской области регулярно проводит информационно-разъяснительную работу среди кузбассовцев, чтобы они знали свои права: специалисты Фонда ОМС выступают на телевидении, встречаются с пациентами в медучреждениях, отвечают на вопросы граждан на сайте ТФОМС и по телефону «горячей линии». Кроме этого, регулярно выходят статьи по вопросам ОМС в печатных СМИ, размещаются информационные ролики на телевидении и радио, печатаются тематические листовки, памятки, плакаты с информацией для пациентов о медицинских услугах, которые они имеют право получить бесплатно, имея на руках полис ОМС. Плюс, в медицинских организациях размещены стенды с информацией об обязательном медицинском страховании.

– Какие перспективные задачи стоят перед Территориальным фондом ОМС Кемеровской области в 2015 году?

– На 2015 год мы определили для себя много задач: это повышение охвата страхованием жителей области, оказание методической помощи медицинским организациям для исполнения ими планов, работа по восстановлению нецелевым образом использованных средств ОМС, информирование общества о системе обязательного медицинского страхования, совершенствование способов оплаты медицинской помощи и ревизионной деятельности. И, конечно, самая важная задача – это сохранение финансовой устойчивости отрасли здравоохранения и социальной стабильности в Кузбассе.



Пачгин И.В., Друшляк И.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ВНУТРЕННИЙ АУДИТ КАК МЕХАНИЗМ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССАМИ ОРГАНИЗАЦИИ



ДРУШЛЯК И.А.,
первый заместитель директора

В связи с постоянно повышающимися требованиями по эффективному расходованию финансовых средств обязательного медицинского страхования, возникает необходимость применения прогрессивных способов управления организацией. Система менеджмента качества (СМК), внедренная в ТФОМС, позволяет обеспечить соответствующий уровень оказания услуг. Существенной частью СМК является проведение аудитов. С целью установления соответствия системы менеджмента качества требованиям стандарта, а также проверки ее результативности, в ТФОМС проводятся внутренние аудиты.

Аудит – это действия по сбору информации, позволяющей оценить потребность в улучшении или корректирующих действиях.

Первый внутренний аудит в Фонде проводился с целью подготовки к сертификационному аудиту. Целями аудита качества явились:

- оценка соответствия СМК, внедренной в ТФОМС, требованиям ГОСТ ISO 9001-2011;
- выявление и регистрация несоответствий мероприятий по качеству;
- определение возможностей улучшения деятельности.

По мере развития системы СМК руководство ТФОМС стало использовать результаты аудита для выявления «зон улучшения» в деятельности подразделений.

Порядок проведения аудита установлен документированной процедурой «Внутренний аудит». Внутренний аудит осуществляется в несколько этапов: планирование, подготовка, проведение и анализ результатов (рис. 1).

В соответствии с планом определяется перечень подразделений, где проводится аудит, сроки проведения, группы аудиторов.

Рисунок 1.
Этапы проведения аудита



На этапе подготовки разрабатывается программа аудита, проводится распределение работ в аудиторской группе, осуществляется информирование структурного подразделения.

Началом проверки считается проведение руководителем аудиторской группы вводного совещания в проверяемом подразделении. Во время проверки рассматриваются документы структурного подразделения, проводится наблюдение за деятельностью и условиями на рабочих местах, проводятся беседы с работниками подразделений, фиксируются выявленные несоответствия.

По результатам аудита составляется отчет о проведении аудита. При выявлении в результате проверки несоответствий, руководитель структурного подразделения разрабатывает план корректирующих мероприятий, ответственность за выполнение которого несет руководитель проверяемой структуры.

Для получения наилучших результатов внутреннего аудита необходимы компетентные аудиторы. Поэтому руководством ТФОМС обеспечена подготовка восьми сотрудников фонда по курсу «Внутренний аудит».

При первоначальном проведении процедуры внутреннего аудита возникли трудности, обусловленные отсутствием опыта подобной деятельности. Сложность

состояла в четкости понимания требований стандарта. А выявление несоответствий вызывало дискомфорт у сотрудников проверяемых подразделений.

И только по мере накопления опыта проведения внутренних аудитов удалось изменить отношение работников к данной процедуре и достичь понимания необходимости соблюдения персоналом документированных процедур.

При проведении первого аудита (в 2013 г.) в 15-ти подразделениях выявлено 32 несоответствия, из них 18 значительных и 14 незначительных. При повторном аудите (в 2014 г.) число выявленных несоответствий увеличилось до 73, из них 51 значительное и 22 незначительных, последние устранены в ходе аудита (табл. 1).

Увеличение числа несоответствий в 2014 году связано с повышением компетентности аудиторов, приобретением опыта проведения подобных процедур, а также с лучшим пониманием требований системы менеджмента качества.

По результатам первого аудита основная доля несоответствий (44%) пришлось на раздел «Управление документацией». Например, в подразделениях находились папки, не включенные в номенклатуру дел; в папках имелись недействующие версии документов; содержимое папки не соответствовало названию и др. (табл. 2).

Существенная доля несоответствий (13%) выявля-



на по пункту стандарта «Планирование, поддержание и улучшение СМК». Например, установленные задачи подразделения не подвергались мониторингу; утвержденные показатели мониторинга не включали показатели, связанные с выполнением задач подразделения.

По результатам внутреннего аудита в 2014 г., по сравнению с 2013 г., выявлены значительные несоответствия по новым направлениям: «Управление записями», «Обязательства руководства», «Управление несоответствующей продукцией», «Анализ данных». Имеет место положительная динамика в части умень-

Таблица 1. Результаты внутренних аудитов в 2013-2014 гг.

Год	Количество аудитов	Выявлено несоответствий		
		Всего	Значительных	Незначительных
2013	15	32	18	14
2014	15	73	51	22

**Таблица 2.
Динамика выявленных несоответствий по направлениям в 2013-2014 гг.**

Пункт стандарта	Число выявленных несоответствий			Число значительных несоответствий		
	2013	2014	Динамика	2013	2014	Динамика
4.2.3. Управление документацией	12	32	267%	5	12	240%
4.2.4. Управление записями		9			9	
5.1. Обязательства руководства		3			3	
5.4. Планирование	6	10	167%	4	9	225%
5.5. Ответственность, полномочия и обмен информацией	1	4	400%		4	
6.2. Человеческие ресурсы	2	2	100%	1	2	200%
8.2.3. Мониторинг и измерение процессов	11	5	45%	8	5	63%
8.3. Управление несоответствующей продукцией		4			4	
8.4. Анализ данных		4			3	
Всего	32	73	228%	18	51	283%

шения несоответствий по направлению «Мониторинг и измерение процессов».

Кроме выявленных несоответствий, аудиторами сформулированы предложения по улучшению деятельности подразделений и отмечены достижения.

Основными результатами внедрения процедуры внутренних аудитов в ТФОМС стали:

- улучшение взаимодействия между структурными подразделениями;
- упорядочение работы с внутренней документацией;
- оптимизация структуры ТФОМС;
- достижение соответствия установленных целей в области качества задачам структурных подразделений и показателям мониторинга.

Без постоянного наблюдения система менеджмента качества теряет свою способность изменять организацию к лучшему. Поэтому работники ТФОМС оценили значимость внутренних аудитов и возможность использования их результатов для повышения эффективности деятельности организации. Процедура внутреннего аудита позволяет каждому работнику понять, насколько верно он на своем месте выполняет определенные функции, осознать степень своего участия в конкретном процессе, а также получить оценку своей работы со стороны коллег, а не руководства организации.

По мере внедрения внутренних аудитов в деятельность ТФОМС подходы к аудитам изменились.

Располагая высоким кадровым потенциалом, Фонд следует своему основному курсу, направленному на повышение эффективности использования ресурсов обязательного медицинского страхования на основе создания рыночных механизмов и конкурентной среды между производителями медицинских услуг.

В настоящее время более целесообразным видится проведение аудитов не по структурным подразделениям, а по процессам. Такой подход обеспечивает последовательное изучение процесса и формирует представление о том, как внутри процесса происходит управление соответствием результата установленным требованиям. В 2015 году программа внутреннего аудита предусматривает оценку процессов с целью выявления неэффективных зон деятельности внутри каждого процесса.

Таким образом, проведение внутренних аудитов позволяет поддерживать и развивать систему менеджмента качества в ТФОМС. Результаты аудитов являются индикатором деятельности организации, позволяют выявить неэффективные процессы, определить направления оптимизации с целью дальнейшего совершенствования управления организацией.



Матвеева Н.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ОПЫТ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА ДЛЯ ОПЛАТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



МАТВЕЕВА Н.А.,
заместитель директора
по экономическим вопросам

Скорая медицинская помощь с 2013 года финансируется из средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). В Кемеровской области в сфере ОМС работает 28 станций (подразделений) скорой медицинской помощи (далее – ССМП), из которых 10 являются самостоятельными медицинскими организациями (далее – МО), а 18 – отделениями центральных городских и районных больниц.

До 2013 года ССМП финансировались за счет средств бюджета по сметному принципу. Основным принципом формирования сметы являются фактические расходы предыдущего года. С 2013 года в рамках поэтапного перехода к одноканальному финансированию за счет средств ОМС основным способом оплаты выбран подушевой норматив, как наиболее тождественный понятию сметы и легко реализуемый на первом этапе. Изменения порядка распределения средств между медицинскими организациями в 2013-2014 годах не произошло в силу особого статуса средств, выделяемых на финансирование ССМП. К тому же между медицинскими организациями имеются существенные различия по таким показателям, как численность обслуживаемого населения, обращаемость населения за скорой медицинской помощью, радиус доезда до закрепленных территорий, плотность населения, уровень заработной платы медицинских работников, обеспеченность бригадами и различными видами персонала, оснащенность автотранспортом. Сумма средств, которая выделялась на финансирование ССМП, определялась предыдущими расходами, то есть, в определенной мере, учитывала специфику деятельности ССМП. Но при этом было невозможно определить, какой вклад вносит каждый из перечисленных показателей в увеличение дохода ССМП.

С 2015 года источником финансирования ССМП становятся средства субвенции Федерального фонда

ОМС. В Кемеровской области в соответствии с нормативами финансовых затрат, устанавливаемыми Территориальной программой государственных гарантий, происходит увеличение объемов финансирования ССМП в сравнении с уровнем, который фактически сложился в предыдущие годы. Увеличение финансирования в абсолютном размере является хорошей возможностью для изменения порядка распределения средств, так как позволяет увеличить финансирование для тех медицинских организаций, которые имеют для этого объективные причины, и сохранить объемы финансирования для всех остальных. Таким образом, в 2015 году возможно введение дифференциации подушевых нормативов для ССМП с учетом объективных критериев.

Приказ ФФОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» предусматривает применение половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи. В настоящий момент иные критерии дифференциации применительно к скорой медицинской помощи федеральными нормативными документами не установлены. В то же время, в разъяснениях Минздрава о формировании ТПГГ для всех видов помощи предусмотрена возможность дифференциации объемов и стоимости единицы медицинской помощи с учетом объективных критериев, таких как половозрастной состав, плотность, особенности расселения прикрепленного населения, транспортная доступность, так как они влияют на уровень потребления медицинской помощи и на формирование затрат медицинских организаций.

Вопрос о справедливом распределении средств ОМС поднимался представителями ССМП в течение последних двух лет практически на всех рабочих встречах. По мнению работников ССМП, для дифференциации, помимо половозрастного состава, должны учитываться следующие, наиболее весомые факторы:

- удаленность обслуживаемых территорий;
- структура бригад, фактически работающих в медицинской организации;
- нагрузка на бригады;
- амортизация автомобильного транспорта.

Ввод новых коэффициентов требует проведения модельных расчетов, которые выполнялись специалистами ТФОМС на основе утвержденных показателей территориальной программы ОМС и имеющихся статистических данных о численности застрахованного населения, часть данных была предоставлена ССМП дополнительно.

Основой финансирования является подушевой норматив. Расчет базового подушевого норматива был выполнен по формуле:

$$ПН = (ССМП - Т) / Ч_{застр},$$

где ССМП – стоимость скорой медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС,

Т – планируемые расходы на тромболизис (в рамках сложившейся системы оплачивается дополнительно за случай);

Ч_{застр} – численность застрахованного населения.

Подушевой норматив с учетом округления составил 598,40 рублей в год на одного застрахованного. Так как все дальнейшие расчеты базируются на данном подушевом нормативе, желательно использовать значения с той же точностью, что и в реальных расчетах. В связи с этим производится округление полученного значения до двух знаков после запятой.

В 2014 году доход ССМП формировался по двум направлениям: подушевой норматив на застрахованных и фиксированная сумма на незастрахованных, которая выделяется дополнительно сверх Базовой программы ОМС.

В 2015 году данные направления останутся, однако между ними происходит существенное перераспределение: сумма по подушевому нормативу увеличивается на 23%, а на незастрахованных сокращается на 61%. Принципы распределения средств на незастрахованных на момент выполнения расчетов были неизвестны, поэтому при проведении моделирования принято решение данной суммой пренебречь (табл. 1).

Таблица 1. Анализ структуры доходов ССМП в 2014-2015 гг.

	Стоимость медицинской помощи, млн рублей		Рост к предыдущему году	
	2014	2015	абс.	проценты
Скорая медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС	1328,8	1638,1	309,3	123%
Скорая медицинская помощь сверх базовой программы ОМС	224,3	87,0	-137,3	39%
Всего скорая медицинская помощь	1553,1	1725,1	172,0	111%

В дальнейших расчетах полученные результаты финансирования по подушевому нормативу на застрахованных на 2015 год для каждой медицинской организации сравниваются с общей суммой (застрахованные и незастрахованные) за 2014 год.

Первый этап. Доход медицинских организаций определен из расчета по подушевому нормативу без учета влияния коэффициентов дифференциации. Доход ССМП определен по формуле:

$$Д = Ч_{застр} * ПН * М,$$

где ПН – среднеобластной подушевой норматив,

Ч_{застр} – численность обслуживаемого населения,

М – нормировочный множитель, используется для обеспечения математического соответствия.

Полученные результаты: в 12-ти ССМП наблюдается рост финансирования (максимальный уровень до 195,5% от уровня предыдущего года), в 16-ти ССМП – снижение (минимальный размер 66% от уровня предыдущего года). Но в условиях реального финансирования недопустимо как значительное снижение финансирования, так и получение «сверхдоходов»,

поэтому необходима дополнительная корректировка полученных результатов.

Второй этап. Увеличение дохода медицинских организаций, имеющих дефицит по отношению к показателям предыдущего года, и снижение дохода в медицинских организациях, имеющих рост выше среднеобластного значения. Для этого произвели корректировку доходов МО следующим образом: для МО, имеющих снижение, плановая сумма доходов принимается равной уровню предыдущего года, для МО, где наблюдается увеличение доходов по отношению к предыдущему году, рост ограничивается средним показателем – 104,3%.

Полученные результаты: в 12-ти ССМП имеет место рост финансирования, максимальный уровень – 104,3%, в 16-ти ССМП достигнут уровень финансирования прошлого года. В результате данных итераций получилась нераспределенная сумма 37 млн рублей. Требуется определить порядок распределения дополнительных средств.

Третий этап. Расчет коэффициентов дифференциации и дополнительное распределение. Для всех медицинских организаций произведена оценка выбранных параметров.

Удаленность. Для расчета удаленности использовались данные о расстоянии до всех обслуживаемых населенных пунктов и численности застрахованного населения.

Расчет средневзвешенного значения выполнен по формуле:

$$P = \text{СУМ} (P_i * Ч_i) / \text{СУМ}(Ч_i),$$

где P_i – расстояние от населенного пункта, где расположена ССМП, до i -го места проживания застрахованных;

$Ч_i$ – численность застрахованного населения, проживающего в i -том населенном пункте;

$\text{СУМ}(Ч_i)$ – численность населения, обслуживаемого ССМП.

Так как помимо отдельностоящих населенных пунктов ССМП обслуживает население города, в котором она расположена, желательнo учесть плотность населения. Однако данный показатель применительно к городским поселениям в статистических справочниках отсутствует. Поэтому для городов с численностью свыше 200 тыс. человек в расчетах учитывался радиус доезда 20 км, для всех остальных – 10 км. Средний радиус доезда по выполненным расчетам составляет 17,2 км, максимальное значение – 23,8 км, минимальное – 9,99 км. Полученные коэффициенты имеют разброс от 0,58 до 1,39 или более чем в 2 раза.

Структура бригад. Согласно приказу Министерства здравоохранения от 20.06.2013 №388н основной функциональной единицей отделения ССМП является

выездная бригада. Для расчета использовались данные о структуре выездных бригад, предоставленные медицинскими организациями. С учетом дефицита медицинских кадров структура фактически работающих бригад и их количество существенно отличаются от нормативов. В отдельных территориях работают исключительно фельдшерские бригады. При расчете учтено наличие трех типов бригад, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС: врачебные, фельдшерские и реанимационные.

Фельдшерская общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи включает двух фельдшеров скорой медицинской помощи, водителя и санитаря.

Врачебная общепрофильная выездная бригада скорой медицинской помощи включает одного врача скорой медицинской помощи, одного фельдшера скорой медицинской помощи, водителя и санитаря.

Специализированная выездная бригада скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации включает одного врача скорой медицинской помощи (врача-специалиста по специальности), двух специалистов со средним медицинским образованием (фельдшера скорой медицинской помощи или медицинскую сестру-анестезиста), водителя и санитаря.

Расчет среднемесячной заработной платы бригады выполнен, исходя из ее состава и установленных целевых значений среднемесячной заработной платы по категориям специалистов на 2014 год. Так как в дальнейшем значения переводятся в относительные показатели, точность данных значений большого влияния на дальнейший расчет не оказывает. При расчете относительных коэффициентов фонд оплаты труда фельдшерской бригады принят за 1 (табл. 2).

Таблица 2. Расчет среднемесячной заработной платы бригады, 2014 г.

	Среднемесячная зарплата бригады, руб.	Коэффициент дифференциации
Врачебная бригада	93 000,0	1,2568
Фельдшерская бригада	74 000,0	1
Реанимационная бригада	122 340,0	1,6532

С учетом количества бригад каждого вида посчитаны средневзвешенные коэффициенты структуры для медицинской организации. Среднее значение по области – 1,12, максимальное – 1,30, минимальное – 1. Полученные коэффициенты имеют разброс от 0,89 до 1,157.

Нужно отметить, что применение данного показателя для дифференциации вызывает вопросы. В некоторых городах области есть станции СМП, укомплектованные исключительно фельдшерскими бригадами. Основной аргумент данных медицинских организаций – введение этого коэффициента не позволит им изменить структуру бригад. Однако, исключение данного показателя из расчета может привести к усилению мотивации администрации медицинской организации использовать менее квалифицированный персонал. Именно поэтому включение данного коэффициента в расчеты специалисты Фонда считают обоснованным.

Нагрузка на бригаду. Расчет выполнен на основании фактических значений количества вызовов в рамках базовой программы ОМС за январь-октябрь 2014 года и числа бригад по данным, предоставленным ССМП. Средняя нагрузка на одну бригаду по области составила 2 402,9 вызова, при этом максимальное значение – 3 773,4, минимальное – 497,7. Разброс достаточно значительный – более чем в 7 раз. Поэтому необходим анализ достоверности предоставленной информации, в том числе по учету работы автотранспорта, который используется для общепольничных нужд центральными городскими и районными больницами. В силу специфики оказания скорой медицинской помощи требуется содержание бригады без учета фактической нагрузки. Кроме того, нагрузка на бригаду учитывается опосредованно при финансировании по подушевому нормативу – средства передаются на



каждого застрахованного. Исходя из всего вышеперечисленного, из дальнейших расчетов этот показатель был исключен.

Амортизация автомобильного транспорта. Анализ транспортного оснащения представляет интерес в силу специфики финансирования данных расходов. В соответствии с нормативными документами приобретение автотранспорта не относится к расходам, которые финансируются за счет средств ОМС. Однако, приобретение запчастей, в том числе для автотранспорта, оплачиваются в рамках системы ОМС.

В условиях дефицита бюджетных средств своевременное обновление автопарка становится серьезной проблемой. Длительная интенсивная эксплуатация автомобилей приводит к существенным текущим расходам на ремонт автотранспорта, и к концу 5-летнего срока они уже могут быть сопоставимы с ценой нового автомобиля. Однако, медицинская организация не может сделать выбор – эксплуатировать «задорого» старый автомобиль или приобрести новый, так как эти направления финансируются из разных источников.

Анализ показал и разную степень оснащения медицинских организаций автомобилями. В связи с отсутствием в тарифе по ОМС на 2015 год расходов на приобретение оборудования свыше 100 тыс. рублей, показатель не включен в расчет тарифа по ОМС. Таким образом, затраты, необходимые на амортизацию автотранспорта, не могут учитываться при дифференциации подушевого норматива по ОМС.

В целях сохранения уровня доходов СМП (не ниже показателей предыдущего года) итоговые значения по двум используемым показателям приведены к значениям не меньше 1, т.е. значения меньше 1 округлены до 1. В качестве базы для распределения положительного остатка выбрано значение планируемого дохода, полученное на предыдущем этапе, с учетом положительных коэффициентов по двум показателям. В итоге на те ССМП, где оба коэффициента ниже сложившегося среднеобластного уровня, дополнительные средства не распределяются.

Полученные результаты: в 26 ССМП отмечается рост финансирования, максимальный уровень

до 106,6%, в 2 ССМП сохранился уровень финансирования прошлого года. В результате данных итераций получился достоверный результат, который можно принять за основу для расчета интегрированного коэффициента финансирования СМП, учитывающий предыдущие затраты, удаленность обслуживаемых территорий и структуру бригад.

Четвертый этап. Финансирование в 2015 году осуществляется с применением коэффициента половозрастных затрат. Расчет коэффициентов половозрастных затрат выполнен на основе данных о фактическом потреблении скорой медицинской помощи за 10 месяцев 2014 года по половозрастным группам в соответствии с методикой, утвержденной Правилами ОМС для амбулаторной помощи. С учетом полученных коэффициентов выполнен расчет КПВ для медицинских организаций. Максимальное значение КПВ – 1,0292, минимальное – 0,9713.

Итоговый показатель дохода ССМП на 2015 год определен по формуле:

$$Д = Ч_{\text{застр}} * ПН * Ки * К_{\text{пв}} * М,$$

где ПН – среднеобластной подушевой норматив,

Ч_{застр} – численность обслуживаемого населения,

Ки – интегрированный коэффициент, учитывающий предыдущие затраты, удаленность обслуживаемых территорий и структуру бригад,

К_{пв} – коэффициент половозрастных затрат,

М – нормировочный множитель, используется для обеспечения математического соответствия.

Полученные результаты: в 27 ССМП отмечается рост финансирования, максимальный уровень до 108,9%, в 1 ССМП – уровень меньше прошлого года (99,0%). На возмещение формируемого дефицита могут быть направлены средства, выделяемые на оплату медицинской помощи незастрахованным.

Предложенный вариант расчетов утвержден Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС и используется при финансировании ССМП в Кемеровской области в 2015 году.

В заключение хотелось бы отметить, что обсуждение данной проблемы широким кругом специалистов необходимо для выработки единых для субъектов РФ подходов к дифференциации подушевых нормативов для скорой медицинской помощи.



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2014 ГОДУ

В 2014 году в соответствии со ст. 34 Бюджетного кодекса РФ «Принцип эффективности использования бюджетных средств», Территориальным фондом ОМС Кемеровской области (ТФОМС) была разработана и внедрена в практику «Программа проверки эффективного использования средств ОМС медицинскими организациями».

В соответствии с Бюджетным кодексом, принцип эффективности использования средств означает, что при составлении и исполнении бюджетов в рамках установленных объемных и финансовых показателей медицинские организации (МО) должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств (экономность) и (или) достижения наилучшего результата с использованием того объема средств, который определен бюджетом (результативность).

Проверка эффективного использования средств ОМС осуществлялась ТФОМС в рамках комплексных проверок медицинских организаций, проводимых один раз в 2 года.

В данной работе были использованы принципы стандарта финансового контроля «Проведение аудита эффективности использования государственных средств» (стандарт), который лежит в основе методологического обеспечения реализации задачи Счетной палаты Российской Федерации по определению эффективности расходов государственных средств, в соответствии со ст. 2 Федерального закона «О счетной палате Российской Федерации».



Согласно Стандарту, эффективность использования средств характеризуется соотношением между полученными результатами и затратами, направленными на их достижение. Для выяснения эффективности необходимо определить экономичность, продуктивность и результативность использования средств. Экономичность выражает наилучшее соотношение между ресурсами и результатами их использования, продуктивность характеризует рациональность использования ресурсов, а результативность показывает степень достижения намеченных целей или решения поставленных задач.

При проведении проверок устанавливалось, насколько экономично, продуктивно и результативно использовались средства ОМС медицинскими организациями для достижения запланированных целей, для решения поставленных перед ними задач и выполнения возложенных на них функций.

ЭКОНОМИЧНОСТЬ

Экономичность характеризует взаимосвязь между объемом средств ОМС, использованных медицинской организацией для осуществления своей деятельности, и уровнем результатов, достигнутых с учетом обеспечения соответствующего качества. При оценке экономичности использования средств ОМС устанавливалось, имелись ли у медицинской организации возможности для приобретения ресурсов более экономным способом и их более рационального использования с меньшей затратой средств (абсолютная экономия), либо получение более высокого результата деятельности при заданном объеме средств (относительная экономия).

Проверки включали в себя следующие разделы:

1. Оплата труда – наличие Положений по оплате труда, наличие текущей или просроченной кредиторской задолженности по оплате труда и начислениям на выплаты по оплате труда. Также выяснялись причины возникновения задолженности, ее размер и продолжительность.

2. Состояние расчетов (состав дебиторской задолженности) – обоснованность авансов, выданных поставщикам, подрядчикам, работникам организации; задолженность работников по подотчетным суммам; суммы потерь и недостач, не погашенные виновными лицами; суммы переплаты по налогам и сборам. Анализировался вид задолженности (текущая или просро-

ченная), изменение ее размера и сроки возникновения, лица, за которыми числится задолженность, наличие актов сверок.

3. Материальные запасы, в том числе:

- медикаменты и перевязочные средства;
- продукты питания;
- горюче-смазочные материалы;
- строительные материалы;
- мягкий инвентарь;
- запасные части для машин, оборудования, оргтехники;
- прочие материальные запасы.

При проверках анализировались закупочные цены и их соответствие официальной региональной статистической информации, места и условия хранения материальных запасов, договоры с поставщиками, соблюдение сроков поставок и пр.

4. Приобретение и использование основных средств стоимостью до 100 000 руб. за единицу – анализ договоров поставки с контрагентами, даты поставки основных средств в медицинскую организацию и сроки их ввода в эксплуатацию.

5. Проведение текущего ремонта движимого и недвижимого имущества – анализ договоров с поставщиками и подрядчиками, соотношение выполненного объема работ с их стоимостью и сроками исполнения, установление правомерности затрат на текущий ремонт.

На заключительном этапе проведения анализа экономичности использования средств ОМС по всем разделам работы медицинской организации подводились итоги:

- какая часть средств использована МО экономично в абсолютном и процентном выражении;
- какая часть средств использована МО неэкономично в абсолютном и процентном выражении.

ПРОДУКТИВНОСТЬ

Продуктивность использования средств ОМС определяется соотношением между объемом оказанных медицинских услуг и затраченными на получение этих результатов материальными, финансовыми, трудовыми и другими ресурсами. То есть использование средств ОМС медицинской организацией может быть оценено как продуктивное в том случае, если затраты ресурсов на единицу объема медицинской помощи или объем оказанных медицинских услуг на единицу затрат будут равны или меньше соответствующих запланированных показателей.

Для оценки продуктивности использования средств ОМС анализировались плановые и фактические результаты деятельности медицинской организации в разрезе статей, подстатей классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ). Оценивались расходы по каждой статье, подстатье КОСГУ для получения общего результата, выяснялись причины отклонений. Продуктивным использованием средств ОМС принималось 90% - 105% выполнения



плана по каждой статье, подстатье КОСГУ. Не продуктивным – менее 90% выполнения плана.

В рамках оценки продуктивности использования средств ОМС медицинской организацией анализировались также коммунальные услуги в объемных и стоимостных показателях, в том числе:

1. по видам услуг:

- электрическая энергия;
- холодное водоснабжение;
- горячее водоснабжение;
- теплоснабжение;
- водоотведение (прием, сброс сточных вод на очистку);

2. по источникам финансирования:

- средства ОМС;
- средства бюджета;
- доход МО от оказания платных услуг.

Анализ коммунальных услуг производился с целью установления соответствия тарифов на коммунальные услуги нормативным документам, а также для оценки расходов на 1 кв.м площади и проведения сравнительного анализа по итогам за год в разрезе медицинских организаций.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ

Результативность характеризуется степенью достижения запланированных результатов использования средств ОМС или деятельности медицинской организации. Она определяется путем сравнения достигнутых и запланированных экономических результатов использования средств ОМС или деятельности медицинской организации. Анализировались конкрет-

ные продукты деятельности МО (объемы оказанных медицинских услуг, количество людей, получивших медицинскую помощь и т. п.).

Для определения результативности использования средств ОМС оценивался процент выполнения плана медицинской организацией, участвующей в реализации Территориальной программы ОМС.

Для этого сравнивались запланированные и достигнутые (фактические) результаты использования средств ОМС в финансовом выражении. В случае невыполнения задания выяснялись способствующие этому причины.

Результативным использованием средств ОМС принималось выполнение задания на 90% - 105%, нерезультативным – менее 90%.

Оценивая результаты деятельности контрольно-ревизионного управления ТФОМС за 2014 год по новому разделу работы, следует отметить, что из 61 медицинской организации, где проводились проверки, в 42-х (70%) обнаружено неэффективное использование средств ОМС на общую сумму 11,8 млн руб., что составляет 0,2% от общей суммы использованных средств.

Средний показатель экономичности составил 99,8%, продуктивности – 92,4%, результативности – 92,3%.

Основные направления неэффективного использования средств ОМС, выявленные в ходе контрольных мероприятий:

- дебиторская задолженность в части материальных запасов, превышающая месячную потребность МО – 45,4%;
- завышенные цены на лекарственные препараты

и продукты питания в сравнении со средними потребительскими ценами по области – 23,5%;

- превышение среднемесячных запасов лекарственных препаратов – 21,4%;
- превышение нормы остатка ГСМ – 2,5%;
- оплата за сметную документацию без последующего проведения ремонта – 0,5%;
- другие направления – 6,7%.

По результатам проверок составлялись акты с выводами и рекомендациями по устранению недостатков для вручения высшему руководству медицинских организаций.

В заключение следует отметить, что ТФОМС продолжает отработку данного раздела деятельности с целью выявления в МО факторов, которые непосредственно влияют на эффективность использования средств ОМС. Это дебиторская и кредиторская задолженность, сохранность материальных ценностей, сокращение потребления энергетических ресурсов, воды, тепловой энергии, организация экономического управления финансами. В целях профилактики нарушений ТФОМС обобщает информацию по неэффективному использованию средств и доводит материалы проверок до медицинских организаций.

В текущем году планируется продолжить работу по совершенствованию определения критериев оценки эффективности (они должны быть максимально объективными, четкими, сравнимыми, достаточными), подходов к выбору данных критериев, методов анализа доказательств, получаемых в ходе проверок и свидетельствующих о недостатках в деятельности медицинских организаций, которые приводят к неэффективному использованию ими средств ОМС.



Ситников А.А., Садовская Е.Н., Чуйков Д.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

УПРАВЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ

В конце 2013 года вышла новая редакция «Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила), утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №859ан от 20.11.2013. В новой редакции Правил появился раздел XV «Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями». Новый раздел предусматривает необходимость обмена между участниками системы обязательного медицинского страхования (медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь, медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в условиях стационара, страховыми медицинскими организациями и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования) информацией, связанной с организацией предоставления гражданам стационарной медицинской помощи.

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20.12.2013 №263 «Об утверждении порядка информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования» предусматривает обязанность Территориального фонда обязательного медицинского страхования организовать информационный ресурс субъекта Российской Федерации, в рамках которого должно осуществляться информационное взаимодействие между участниками системы обязательного медицинского страхования. Приказом определен состав информации, предоставляемой участниками системы ОМС в централизованный информационный ресурс, полномочия участников по доступу к информации и требования к их функциям.

ТРЕБОВАНИЯ К ФУНКЦИЯМ УЧАСТНИКОВ ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Страховые медицинские организации в целях контроля своевременности госпитализации должны иметь возможность получать информацию о своих застрахованных, которые:

- получили направление на плановую госпитализацию;
- госпитализированы в стационары;
- выбыли из стационаров;
- получили направление на госпитализацию, но в

отношении которых госпитализация не состоялась.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, передают сведения:

- о количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений;
- о застрахованных лицах, госпитализированных по направлениям и экстренно;
- об отказах в госпитализации с указанием причин отказа;
- о выбывших пациентах.

Медицинские организации, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, организуют:

- передачу сведений о застрахованных лицах, получивших направление на плановую госпитализацию;
- передачу сведений о застрахованных лицах, которые отказались от госпитализации;
- получение сведений о госпитализированных застрахованных лицах;
- получение информации о сроках ожидания медицинской помощи и количестве свободных мест на госпитализацию в разрезе профилей отделений (коек) по каждой медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, для информирования застрахованного лица или его законного представителя;

- получать сведения об отказах в госпитализации.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования:

- создает и обеспечивает функционирование единого информационного ресурса, предназначенного для хранения информации, передаваемой медицинскими организациями;
- предоставляет доступ к единому информационному ресурсу всем участникам информационного взаимодействия.



Поставленные задачи могут быть решены в рамках разработки и внедрения в Кемеровской области автоматизированной системы поддержки управления плановой госпитализацией.

ТРЕБОВАНИЯ К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ВОЗМОЖНОСТЯМ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ УПРАВЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ

Автоматизированная система информационной поддержки управления плановой госпитализацией должна обеспечивать:

1. Учет информации о состоянии коечного фонда в разрезе медицинских организаций, профилей койки.
2. Формирование очередей на плановую госпитализацию в медицинские организации в разрезе профилей заболевания.
3. Управление очередями на плановую госпитализацию в медицинские организации.
4. Получение по запросу оперативной информации о состоянии коечного фонда медицинских организаций.
5. Получение по запросу информации об очередях на плановую госпитализацию.
6. Получение прогноза продолжительности ожидания плановой госпитализации в медицинскую организацию по заданному профилю с учетом пола и возраста пациента.
7. Учет информации, в том числе медицинской, о пациентах, которые стоят в очереди на плановую госпитализацию.
8. Возможность получения органами управле-

ния здравоохранением, руководством медицинских организаций, страховыми медицинскими организациями аналитической отчетности о различных аспектах процесса госпитализации в целях информационной поддержки принятия управленческих решений и в соответствии с требованиями нормативных документов.

9. Информационное взаимодействие с медицинскими информационными системами стационаров и поликлиник.

АРХИТЕКТУРА СИСТЕМЫ

Схема архитектуры системы управления госпитализацией приведена на рисунке 1.

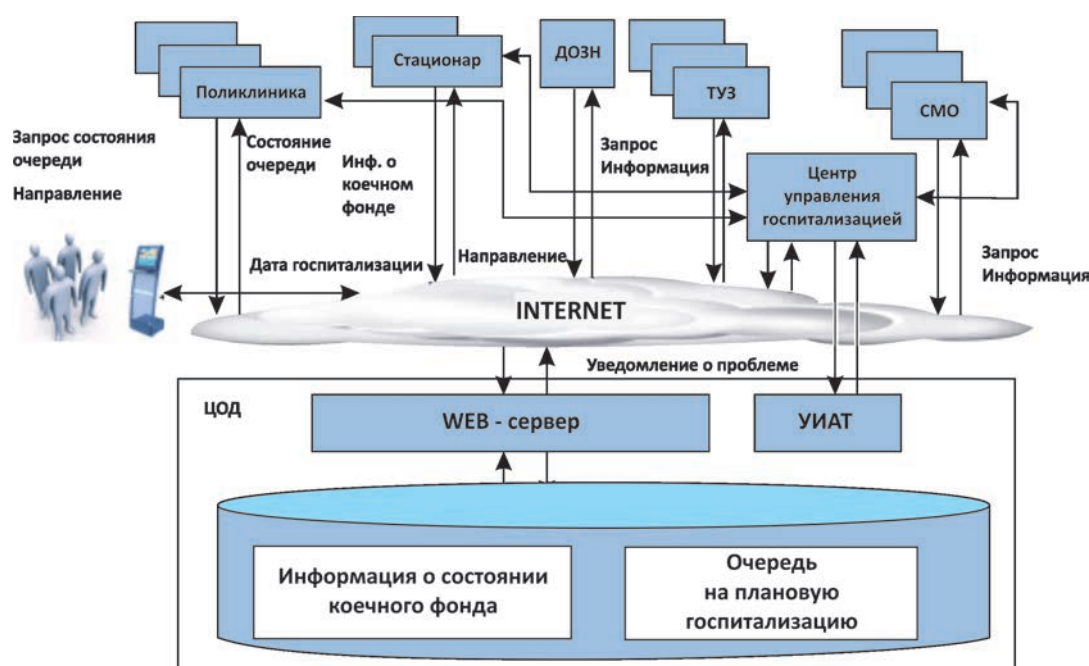
Центральной частью системы является база данных, содержащая информацию о состоянии коечного фонда медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, и информацию об очередях на плановую госпитализацию. Очереди формируются для каждой медицинской организации по профилям заболеваний и полу пациентов. На web-сервере устанавливаются приложения и сервисы, реализующие интерфейс участников процесса с базой данных.

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, размещают в базе данных актуальную информацию о состоянии коечного фонда.

Медицинские организации, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, осуществляют формирование очередей на плановую госпитализацию путем постановки направлений в соответствующую очередь.

Стационары осуществляют госпитализацию пациентов по мере освобождения коек в отделениях соответствующего профиля.

Рисунок 1. Архитектура системы управления госпитализацией



Поликлиники имеют возможность доступа через web-интерфейс к информации о состоянии очереди, а также о прикрепленных гражданах, которые проходят лечение в стационаре, ожидают плановой госпитализации, выписаны из стационара, получили отказ в госпитализации.

Страховые медицинские организации через web-интерфейс имеют доступ к сведениям о застрахованных СМО, которые находятся на лечении в стационаре, ожидают плановую госпитализацию и кому отказали в госпитализации.

Органы управления здравоохранением имеют доступ через web-интерфейс к статистической информации о госпитализации и очередях на получение плановой стационарной помощи.

Оперативное управление процессом госпитализации осуществляет Центр управления госпитализацией.

Сопровождение комплекса технических средств и программного обеспечения осуществляет управление информационно-аналитических технологий ТФОМС.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПОДСИСТЕМЫ

Функционально подсистема распадается на несколько комплексов задач:

- «Поликлиника»;
- «Стационар»;
- «СМО»;
- «Центр управления госпитализацией».

Комплекс задач «Поликлиника» обеспечивает

информационную поддержку работы медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, в системе управления госпитализацией.

Комплекс задач «Стационар» обеспечивает информационную поддержку работы медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь, в системе управления госпитализацией.

Комплекс задач «СМО» обеспечивает страховым медицинским организациям возможность получения и обработки информации в соответствии с требованиями раздела XV «Правил обязательного медицинского страхования».

Комплекс задач «Центр управления госпитализацией» обеспечивает информационную поддержку работы Центра управления госпитализацией.

При подключении к подсистеме управления госпитализацией пользователь вводит имя и пароль. По имени определяется тип организации, к которой принадлежит пользователь, и на экран выводится главное меню соответствующего комплекса задач. Вид главного меню комплекса задач «Поликлиника» приведен на рисунке 2.

ОПИСАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРОЦЕССА ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Стационары ежедневно в соответствии с установленным регламентом передают в центр обработки данных информацию о состоянии коечного фонда. По каждому отделению (профилю) передается информация:

Рисунок 2. Главное меню комплекса задач «Поликлиника»

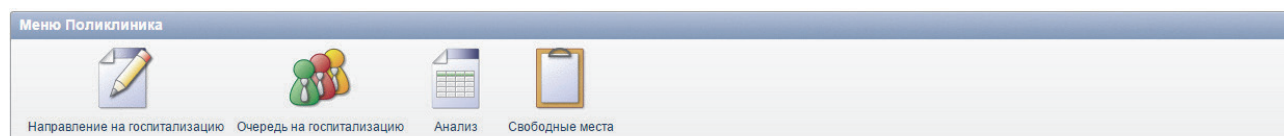


Рисунок 3. Экранная форма для ввода информации о состоянии койки

- количество коек в отделении;
- сведения о пациенте (ФИО);
- диагноз пациента, занимающего койку;
- вид госпитализации (плановая/экстренная);
- сведения о СМО, застраховавшей пациента;
- сведения о подразделении МО, направившей

пациента на госпитализацию (для плановой госпитализации);

- дата госпитализации;
- предполагаемая дата выписки.

Информация о состоянии коечного фонда выгружается из медицинской информационной системы стационара в виде файла формата XML и направляется по защищенным каналам передачи данных в Центр обработки данных ТФОМС. Сервис обработки информации выполняет форматно-логический контроль поступившего файла. Если информация не содержит ошибок, осуществляется ее загрузка в базу данных. Если хотя бы одна запись файла содержит ошибку, то он возвращается отправителю для исправления ошибок и повторной отправки.

В качестве дополнительного способа передачи информации о состоянии коечного фонда может быть использован web-интерфейс комплекса задач «Госпитализация. Стационар». Экранная форма для ввода информации о пациентах, проходящих лечение в стационаре, приведена на рисунке 3.

Информация о состоянии коечного фонда доступна для просмотра сотрудникам медицинских организаций, страховых организаций и органов управления здравоохранением через web-интерфейс в соответствии с их полномочиями.

ФОРМИРОВАНИЕ ОЧЕРЕДИ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ

Формирование очереди на госпитализацию осуществляется в основном медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь. При возникновении необходимости плановой госпитализации пациента врач поликлиники выполняет следующие действия.

Выполняет запрос к базе данных для получения информации о состоянии очередей на госпитализацию по данному профилю. Запрос выполняется посредством использования web-интерфейса. Запрос содержит критерии отбора информации. Например, можно запросить информацию о возможности госпитализации по заданному профилю по всем медицинским организациям области, по медицинским организациям заданной территории, по конкретной медицинской организации. По запросу предоставляется информация в разрезе медицинских организаций о состоянии очереди и предполагаемой продолжительности перио-



да ожидания госпитализации. Оценка продолжительности периода ожидания госпитализации выполняется системой на основании информации о состоянии коечного фонда медицинских организаций по интересующему профилю и статистических данных о среднем количестве пациентов, госпитализируемых в стационар за неделю. Необходимо учитывать, что оценка носит ориентировочный характер, т.к. при освобождении профильной койки на нее может быть положен больной по экстренным показаниям. В этом случае срок плановой госпитализации сдвигается.

На основании полученной информации врач совместно с пациентом принимает решение о выборе медицинской организации. После этого он заполняет форму направления на плановую госпитализацию и с использованием web-интерфейса ставит его в соответствующую очередь. При постановке направления в очередь система присваивает ему уникальный идентификатор.

Чтобы сократить затраты времени на ввод информации при формировании направления на госпитализацию, в настоящее время выполняется доработка типовой поликлинической медицинской информационной системы в части обеспечения возможности формирования направлений на госпитализацию и их последующей отправки в Центр обработки данных ТФОМС для загрузки в базу данных подсистемы «Управление госпитализацией». Предполагается, что этот режим формирования направлений будет основным.

Стационары также могут формировать направления на госпитализацию. Такая возможность предусмотрена в связи с тем, что ряд стационаров самостоятельно осуществляет отбор пациентов на плановую госпитализацию.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В СТАЦИОНАР

Сотрудник приемного отделения просматривает очередь на госпитализацию в отделения стационара, выбирает направление из очереди. Дальнейший процесс протекает в соответствии с порядком, принятым в учреждении. Возможны, по крайней мере, два варианта:

- приемное отделение назначает дату и время явки пациента на госпитализацию;
- пациент приглашается на консультацию к заведующему отделением. В этом случае решение о госпитализации принимает заведующий отделением.

Дату и время консультации или явки в приемное отделение на госпитализацию пациенту сообщает сотрудник приемного отделения, медицинская организация, направившая пациента на плановую госпитализацию, или центр госпитализации.

После госпитализации пациента в направлении проставляется дата фактической госпитализации, и направление исключается из очереди.

В случае когда заведующий отделением в процессе собеседования с пациентом принимает решение о

нецелесообразности госпитализации, его заключение вносится в направление на госпитализацию, и оно исключается из очереди. Информация об отказе в госпитализации доступна СМО и направившей поликлинике через web-интерфейс.

РЕГЛАМЕНТНЫЕ СВОДКИ

Подсистема «Управление госпитализацией» позволяет участникам формировать ряд регламентных сводок, содержащих сведения по различным аспектам госпитализации.

Для **поликлиник** предусмотрена возможность формирования сводок:

- «Пациенты, не явившиеся на госпитализацию»;
- «Сведения о госпитализированных прикрепленных»;
- «Сведения об отказах в госпитализации»;
- «Сведения о прикрепленных, выбывших из стационара»;
- «Направления с заданной датой госпитализации».

Страховые медицинские организации могут получать сводки:

- «Сведения о застрахованных, получивших направление на госпитализацию»;
- «Сведения о госпитализированных застрахованных»;
- «Сведения о застрахованных, выбывших из стационара»;
- «Сведения о несостоявшейся госпитализации»;
- «Сведения об отказах в плановой госпитализации»;
- «Нарушения сроков госпитализации застрахованных»;
- «Отчет СМО об информационном сопровождении застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи».

ВНЕДРЕНИЕ ПОДСИСТЕМЫ

С января 2015 года начата опытная эксплуатация подсистемы «Управление госпитализацией» в медицинских организациях г. Кемерово. За время опытной эксплуатации выявлены некоторые проблемы, которые связаны с передачей информации о состоянии коечного фонда. Все они обусловлены несвоевременностью ввода информации:

1. Некоторые медицинские организации вносили информацию о пациентах в свою информационную систему уже после их выбытия из стационара при подготовке реестров пролеченных в Центр обработки данных ТФОМС для расчета стоимости оказанной медицинской помощи.

2. Некоторые медицинские организации вводили информацию о пациенте в момент госпитализации,

но диагноз проставлялся только в конце месяца, когда сведения об оказанной медицинской помощи необходимо было отправлять для расчета стоимости.

3. Некоторые медицинские организации все делали вовремя, кроме занесения даты выписки пациента.

Если сведения своевременно вносить в медицинскую информационную систему, выгрузка данных о состоянии коечного фонда по всем отделениям стационара труда не представляет. Выгружать информацию отдельно по каждому из отделений нет необходимости, так как обычно эту операцию выполняет специалист информационной службы больницы или статистик.

Информация о состоянии коечного фонда из медицинской информационной системы отправляется по защищенным каналам передачи данных на адрес Центра обработки данных ТФОМС. В ответ медицинская организация получает файлы, содержащие результат обработки посылки. Для просмотра этих файлов используется программа просмотра протоколов обработки, которую можно загрузить с web-сайта ТФОМС. В дальнейшем просмотр протоколов обработки будет поддерживаться в типовой медицинской информационной системе, используемой стационарами.

ОЖИДАЕМЫЙ ЭФФЕКТ ОТ ВНЕДРЕНИЯ

Внедрение системы управления госпитализацией не только решает задачу по информационному сопровождению застрахованных при оказании им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями, поставленную Министерством здравоохранения, но и создает предпосылки для совершенствования системы оказания медицинской помощи, в частности:

- оптимизации системы маршрутизации пациентов при оказании им стационарной помощи;
- обеспечения преемственности при оказании медицинской помощи, за счет информирования поликлиник о фактах лечения в стационаре прикрепленного населения;
- совершенствования профилактической работы в поликлинике с прикрепленным населением в целях снижения количества госпитализаций по экстренным показаниям.

Насколько оправдаются эти надежды, покажет время. По итогам проведения опытной эксплуатации подсистемы «Управление госпитализацией» в медицинских организациях города Кемерово будет принято решение о целесообразности подключения медицинских организаций остальных территорий области.



Пачгин И.В., Климкина В.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

О МОНИТОРИНГЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



КЛИМКИНА В.В.,
начальник финансово-экономического управления

Отправной точкой для разработки мероприятий по дальнейшему реформированию и осуществлению структурных изменений в сфере здравоохранения явились «майские указы» Президента РФ В.В. Путина от 2012 года. В рамках основных направлений реализации государственной социальной политики предусмотрено повышение к 2018 году средней заработной платы основных категорий медицинских работников – врачей, среднего и младшего медицинского персонала – до уровня установленных целевых значений.

Распоряжением Правительства РФ в качестве ориентиров для регионального здравоохранения утвержден «План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». Эта «дорожная карта» предусматривает поэтапное совершенствование системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики на 2012-2018 годы с ориентацией на достижение конкретных показателей качества и количества оказываемых государственных

услуг. В ней определены сроки и индикаторы достижения основных показателей в сфере здравоохранения, в том числе уровня заработной платы медицинских работников в разрезе по годам.

Значения показателей заработной платы, которые установлены Указом Президента РФ и должны быть достигнуты к 2018 году, представлены на рисунке 1.

Во исполнение федеральных документов Губернатором Кемеровской области А.Г. Тулеевым 10.09.2012 г. подписано распоряжение по достижению целевых значений заработной платы в регионе, а распоряжением Коллегии Администрации Кемеровской области от 28.02.2013 г. №181-р утвержден «План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения Кемеровской области».

Указанные документы содержат целевые показатели заработной платы в сфере регионального здравоохранения (таблица 1). Корректировка показателей «дорожной карты» проводилась с учетом значений по заработной плате, достигнутых в течение 2013-2014 годов.

Рисунок 1. Уровень заработной платы работников медицинских организаций, который необходимо обеспечить к 2018 г.



Таблица 1. Целевые показатели заработной платы в «дорожной карте» Кемеровской области по годам, %

Показатель	2013	2014	2015	2016	2017-2018
Соотношение средней з/платы врачей и средней з/платы в регионе	151,3	133,3	137,0	159,6	200
Соотношение средней з/платы среднего медицинского персонала и средней з/платы в регионе	75,6	76,2	79,3	86,3	100
Соотношение средней з/платы младшего медицинского персонала и средней з/платы в регионе	50,1	51,0	52,4	70,5	100

Для ежемесячного сбора информации и контроля за достижением показателей заработной платы медицинских работников Федеральный фонд ОМС утвердил «Форму отчетности о заработной плате медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования», которую медицинские организации ежемесячно предоставляют в Территориальный фонд ОМС (далее – Фонд), начиная с апреля 2013 года. Она содержит сведения о среднесписочной численности работников, фонде начисленной заработной платы и фактической среднемесячной начисленной заработной плате по категориям работников.

Доля средств ОМС в фонде оплаты труда (далее – ФОТ) работников медицинских организаций ежегодно увеличивается (диаграмма 1).

В 2013 году наблюдался большой прирост доли средств обязательного медицинского страхования в среднемесячной заработной плате всех категорий работников медицинских организаций – в целом на 26,2 процента по сравнению с 2012 годом. Это связано с

переходом медицинских организаций на преимущественно одноканальное финансирование. В 2014 году доля средств ОМС увеличилась по всем категориям еще на 2,6 процента по сравнению с 2013 годом.

Начиная с 2012 года, размер начисленной заработной платы медицинских работников ежегодно увеличивался (диаграмма 2). Наибольшими темпами увеличивалась заработная плата у младшего медицинского персонала. По сравнению со среднегодовым значением 2012 года увеличение на конец 2014 года составило 118,9%, 118,7% и 149,8% по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу соответственно.

Один из показателей, который анализируется Федеральным фондом ОМС в предоставляемых формах отчетности, – это факты снижения среднемесячной заработной платы медицинских работников в отчетном периоде в сравнении с предыдущим.

По итогам 2014 года в целом по Кемеровской области наблюдался прирост средней заработной платы в медицинских организациях к уровню 2013 года:

**Диаграмма 1.
Динамика доли средств ОМС в ФОТ медицинских работников за 2012 – 2014 годы, %.**

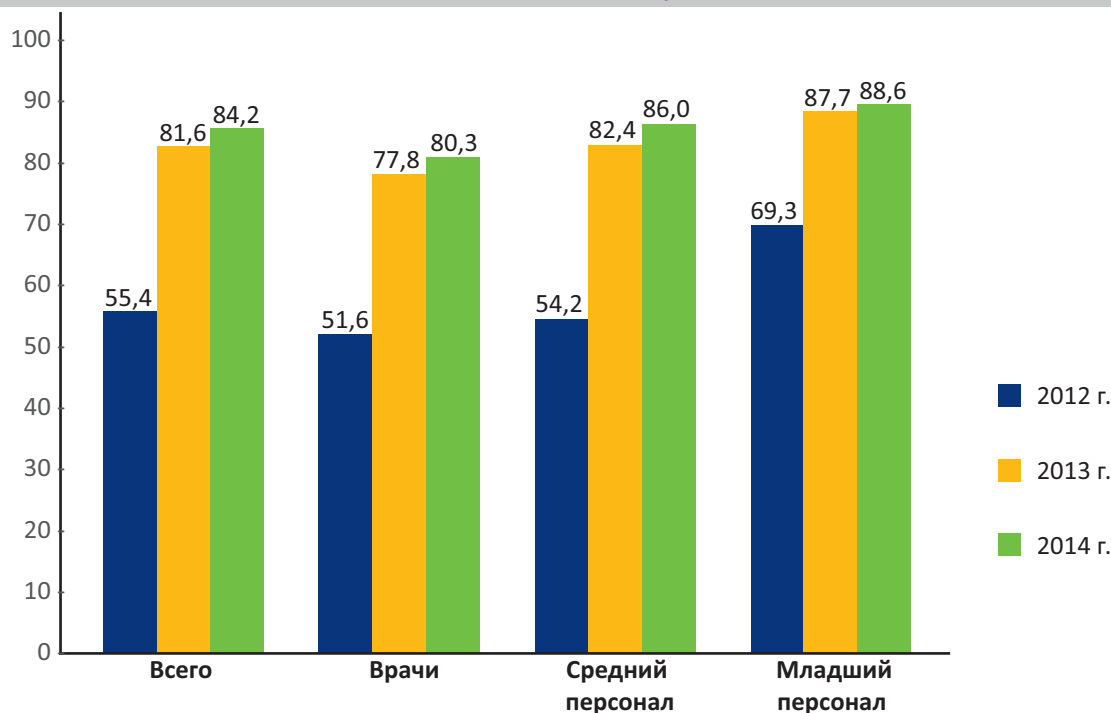
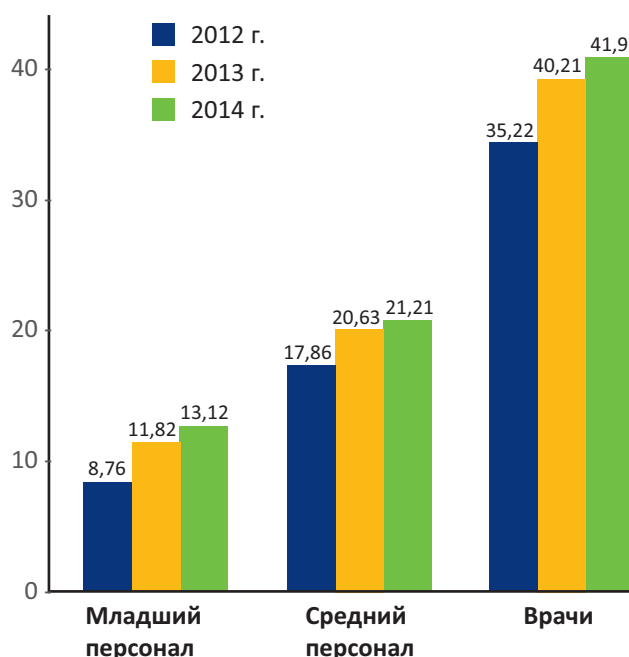


Диаграмма 2.
Динамика среднемесячной
начисленной заработной платы
основных категорий работников МО
из всех источников финансирования
за 2012-2014 гг., тыс. рублей



- по врачам – 104,6 % (по отдельным врачебным специальностям темп прироста среднемесячной заработной платы опережает средний по категории «врачи», в частности по участковым терапевтам – 109,2%);
- по среднему медицинскому персоналу – 103,9% (по медицинским сестрам – 106,1%);
- по младшему медицинскому персоналу – 111,1%.

В то же время в некоторых медицинских организациях имеется снижение заработной платы к уровню предыдущего года по тем или иным категориям медицинских работников. В первую очередь, это связано с уменьшением доли стимулирующих выплат по итогам работы и с изменением численности работников.

Необходимо отметить, что в Указах Президента РФ применение повышенной индексации предусмотрено только для части основных категорий работников. Для всех остальных работников медицинских организаций сохраняется обычный порядок индексации в пределах уровня инфляции.

Однако в отдельных медицинских организациях уровень заработной платы руководителей и прочего персонала (категории, по которым не установлены целевые значения) складывается на уровне, который значительно превышает среднеобластные значения по данным категориям, и наблюдается существенный прирост к уровню предыдущего года. К примеру, если средний прирост заработной платы медицинских работников в 2014 году составил 104,4% (к уровню 2013 года), то рост заработной платы руководителей и прочего персонала – более 120-150%.

Данные факты можно расценивать как неэффективное использование средств. Поэтому Фонд обращает на это внимание при анализе отчетных форм и в письмах на имя руководителей медицинских организаций и глав муниципальных образований. Увеличение заработной платы руководителям и прочему персоналу целесообразно осуществлять не более индекса роста потребительских цен по показателям прогноза социально-экономического развития, разработанного Минэкономразвития РФ (на 2014 год – 5,6%).

Анализ фактически сложившейся средней заработной платы основных категорий медицинских работников Кемеровской области по итогам 2014 года представлен в таблице 2.

Как видно из таблицы, по категориям «Врачи» и «Средний медицинский персонал» перевыполнены как целевые значения, так и установленное соотношение к средней заработной плате в регионе, причем в наибольшей степени по «Врачам». По младшему медицинскому персоналу на конец 2014 года показатели не были достигнуты. По данным Федерального фонда ОМС, которые публикуются в специализированных изданиях, аналогичная картина наблюдается в большинстве субъектов РФ.

Соотношение заработной платы между категориями медицинских работников: врачи/средний медицинский персонал/младший медицинский персонал, установленное «дорожной картой» и фактическое выглядит следующим образом:

- плановое: 2,6/1,5/1;
- фактическое: 3,2/1,6/1, то есть превышение коэффициента заработной платы врачей к младшему медицинскому персоналу от планового значения составило 123%.

Помимо установленных «дорожной картой» среднеобластных целевых значений заработной платы, для каждой медицинской организации Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области установил индивидуальные целевые показатели по основным категориям медицинских работников. Показатели устанавливались, исходя из фактически сложившихся значений заработной платы за предыдущие годы, среднесписочной численности медицинских работников, необходимости достижения среднеобластного уровня показателей в целом по всем медицинским организациям.

Некоторые медицинские организации не достигли установленных индивидуальных целевых показателей. Основные причины – это нерациональное использование средств, что приводит к перекосам в достижении показателей (например, перевыполнение плана по заработной плате врачей и невыполнение по младшему медицинскому персоналу), невыполнение плановых объемов оказания медицинской помощи и т.д.

Хочется отметить, что принцип установления индивидуальных целевых значений заработной платы, исходя из сложившегося факта, учитывает лишь предыдущие расходы медицинских организаций и не может считаться оптимальным. Тем более что анализ

Таблица 2. Достижение установленных целевых показателей заработной платы для Кемеровской области на 01.01.2015

Показатели	Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал
Плановые целевые показатели на 2014 год, тыс. рублей	39,30	20,20	13,40
Фактические показатели на 01.01.2015, тыс. руб.	41,90	21,21	13,12
Процент исполнения	106,6%	105,0%	97,9%
Для справки: средняя з/плата по экономике в Кемеровской области в 2014 г. по данным департамента экономического развития, тыс. руб.	26,732		
Процент средней з/платы медработников к средней по экономике, установленный в «дорожной карте» на 2014 г.	133,3%	76,2%	51%
Фактически сложившийся процент средней з/платы медработников к средней по экономике	156,7%	79,3%	49,1%
Процент достижения	117,5%	104,1%	96,3%

финансовой ситуации показывает, что ряд медицинских организаций, стремясь к увеличению заработной платы, допускают формирование значительной кредиторской задолженности, снижение фактических затрат по таким статьям, как приобретение лекарственных средств, продуктов питания.

Для достижения запланированных целей в рамках проведения системных мероприятий по повышению эффективности здравоохранения на федеральном и региональном уровне необходимо обеспечить зависимость заработной платы конкретного работника от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы. Заработная плата работника может быть как выше, так и ниже целевого значения, установленного Указами Президента РФ для соответствующей категории работников. Механизм перехода на систему «эффективного контракта» включает в себя наличие системы оценки эффективности деятельности работников. Это совокупность показателей и критериев, которые позволяют оценить:

- количество затраченного труда и его качество;
- систему нормирования труда работников;
- конкретизацию в трудовых договорах должностных обязанностей работников с учетом отраслевой специфики, показателей и критериев оценки труда, условий оплаты труда.

При этом должна иметь место дифференциация в оплате труда работников, обусловленная различиями в квалификации и сложности труда. Такой подход целесообразно применять в условиях трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Разделение медицинских организаций на уровни предполагает

различие в условиях оказания медицинской помощи, фондовооруженности, затратоемкости лечения пациентов, доли ВМП в объеме специализированной медицинской помощи и т.д.

В Кемеровской области приказом Департамента охраны здоровья населения «Об утверждении уровней медицинских организаций при оказании медицинской помощи населению Кемеровской области в рамках реализации ТППГ» утвержден перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь соответствующего уровня, и установлены требования к этим МО.

В результате анализа отчетности медицинских организаций выяснилось, что имеются значительные отклонения среднемесячной заработной платы в медицинских организациях одного уровня и не всегда оправданные различия в размерах заработной платы работников медицинских организаций разного уровня. В таблице 3 представлены сведения о средней заработной плате работников медицинских организаций по уровням оказания стационарной медицинской помощи за 2014 год.

В качестве примера на диаграмме 3 представлены фактически сложившиеся средние, максимальные и минимальные значения заработной платы врачей в медицинских организациях одного уровня.

Как видно из диаграммы, в медицинских организациях одного уровня складывается существенное отклонение между максимальным и минимальным размером заработной платы врачей: в медицинских организациях первого уровня – в 1,78 раза; второго уровня – в 1,43 раза и третьего уровня – в 1,52 раза. Анало-

Таблица 3.
Сведения о средней заработной плате медицинских работников
Кемеровской области за 2014 год
в разрезе уровней медицинских организаций, тыс. рублей

Уровень МО, категория персонала	Средняя заработная плата
МО первого уровня:	
Врачи	39,49
Средний медперсонал	19,84
Младший медперсонал	12,21
МО второго уровня:	
Врачи	48,37
Средний медперсонал	25,04
Младший медперсонал	15,39
МО третьего уровня:	
Врачи	50,07
Средний медперсонал	25,60
Младший медперсонал	15,89

гичная ситуация складывается и по другим категориям медицинских работников.

В связи с этим считаем, что в регионе необходимо устанавливать целевые показатели заработной платы с учетом уровня оказания медицинской помощи, избегая существенных различий в размере заработной платы работников в медицинских организациях одного уровня.

Одним из ориентиров для установления целевых показателей заработной платы по уровням медицинских организаций могут стать значения коэффициентов оплаты стационарной медицинской помощи, которые устанавливаются Тарифным соглашением на

очередной финансовый год, и их соотношение между собой. Так, на 2014 год в рамках основных параметров для оплаты стационарной медицинской помощи для медицинских организаций системы ОМС Кемеровской области установлены следующие коэффициенты: для первого уровня подуровня 2Б – 0,9, подуровня 2А – 1,08; для второго уровня – 1,28; для третьего уровня – 1,37.

Для наглядности в таблице 4 представлен сравнительный анализ соотношения установленных коэффициентов оплаты по уровням 3А:3Б:2А:2Б (коэффициент подуровня 2Б первого уровня принят за единицу)

Диаграмма 3.
Значения средней, максимальной и минимальной заработной платы врачей
в медицинских организациях одного уровня, тыс. рублей

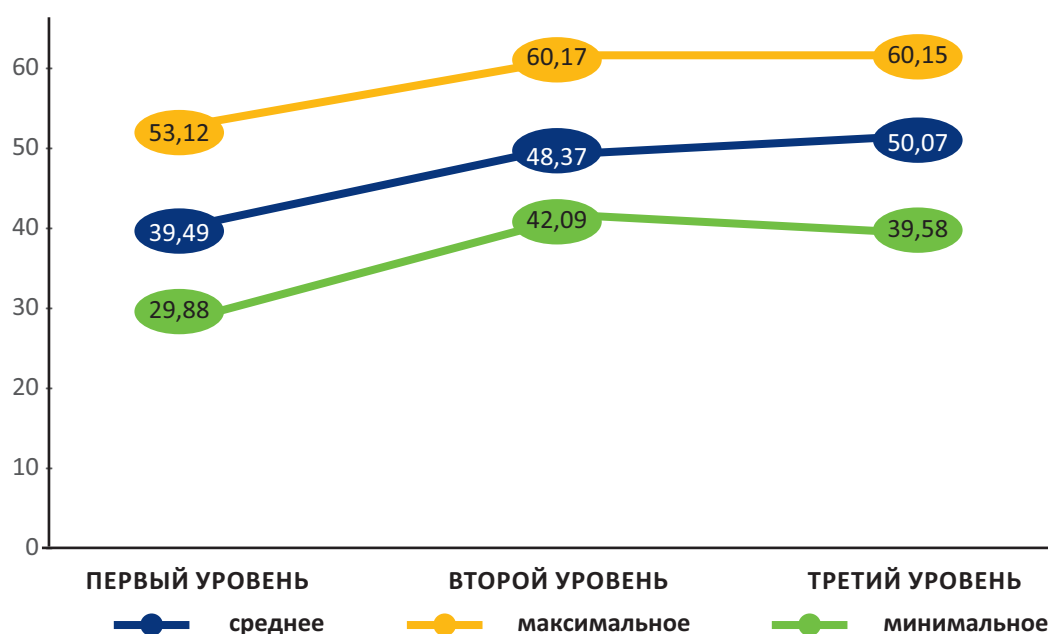


Таблица 4.
Анализ соотношения показателей заработной платы
по уровням медицинских организаций в 2014 году

Показатели	Значение
Соотношение установленных в Тарифном соглашении коэффициентов уровней МО (3А, 3Б, 2А к 2Б)	1,52:1,42:1,2
Соотношение фактической средней зарплаты врачей между уровнями МО (по форме отчетности)	1,27:1,22:0,99
Отношение фактических коэффициентов зарплаты врачей к установленным коэффициентам уровня, %	84%/86%/83%

и фактически сложившегося соотношения размеров заработной платы врачей между уровнями медицинских организаций.

Таким образом, исходя из принятого в данном примере варианта установления целевых значений заработной платы с учетом коэффициентов оплаты по уровням оказания медицинской помощи, видно, что показатели сложившейся средней заработной платы в медицинских организациях более высокого уровня занижены по отношению к принятому за основу первому уровню 2Б.

Более детальный анализ показывает, что частично данный дисбаланс формируется за счет применения дополнительной региональной «сельской» надбавки к заработной плате в центральных районных больницах, расположенных в сельской местности, и наличия высокого коэффициента совместительства. Несмотря на это, установление целевых значений заработной платы медицинского персонала с учетом уровня оказания медицинской помощи видится оправданным. В условиях продолжения реализации мероприятий по повышению уровня заработной платы в медицинских организациях, в текущем и последующих годах необходимо учитывать особенности формирования заработной платы для медицинских организаций разных уровней и проведение постоянного анализа и мониторинга фактических результатов.

Установление целевых значений с учетом уровня оказания медицинской помощи может стать одним из реальных механизмов формирования зависимости уровня зарплаты от количества и качества оказанных медицинских услуг. К тому же это позволит создать дополнительные возможности для привлечения в государственные и муниципальные медицинские организации квалифицированных специалистов, повысить мотивацию работников к оказанию качественной медицинской помощи.



Воронкова А.В., Рыжова И.В., Лукьянова С.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ФИНАНСОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОЛИКЛИНИК В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ

Ежегодные изменения, происходящие в системе здравоохранения Российской Федерации, направлены на обеспечение граждан своевременной и качественной бесплатной медицинской помощью, а также на повышение эффективности расходования финансовых средств.

Изменения в законодательстве, которое регламентирует деятельность системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), привели к увеличению доли средств ОМС в общем объеме доходов медицинских организаций.

Так, с 2013 года наблюдается значительный прирост объема финансирования из средств ОМС, это связано с переходом медицинских организаций (далее – МО) на одноканальное финансирование (рисунок 1).

В 2013 году из средств ОМС стали финансироваться все расходы медицинских организаций, за исключением приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей и расходов на капитальный ремонт. Увеличение доли ОМС также связано с включением в

территориальную программу ОМС (далее – ТПОМС) средств программы модернизации развития здравоохранения, которая действовала в 2011-2012 годах. С 2013 года данный объем финансового обеспечения направляется на поддержание аналогичных мероприятий программы: внедрение стандартов оказания медицинской помощи, стимулирование оказания специализированной помощи в амбулаторных условиях.

В 2014 году прирост стоимости территориальной программы ОМС направлен на дополнительные виды и объемы высокотехнологичной медицинской помощи и скорой медицинской помощи. Несмотря на значительный прирост стоимости ТПОМС, отмечено, что ряд медицинских организаций, привлекающих значительную долю доходов от оказания платных услуг, финансируют текущее содержание, включая расходы на выполнение объемов предпринимательской деятельности, из средств ОМС. И в этой связи обращает на себя внимание деятельность стоматологических поликлиник.

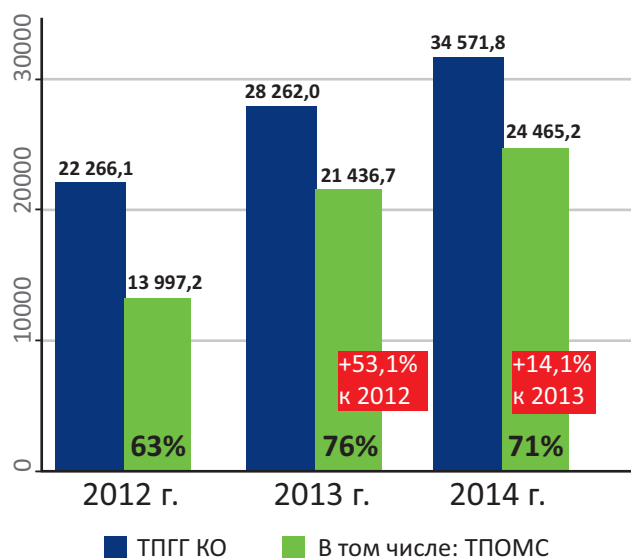
Стоматологическая помощь – одна из наиболее динамично развивающихся отраслей здравоохранения, для которой характерен высокий уровень спроса всеми слоями населения.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь при заболеваниях органов пищеварения финансируется за счет средств ОМС. На практике же доступность качественной бесплатной стоматологической помощи для взрослого населения в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, ограничена.

На первый взгляд, основная причина этого – низкий уровень тарифов системы ОМС, которые не покрывают необходимые затраты на оказание качественной помощи. Однако анализ фактических расходов стоматологических поликлиник при переходе на одноканальное финансирование показал, что во многих стоматологических МО затраты на текущее содержание в полном объеме обеспечиваются за счет средств ОМС.

С 2013 года стоимость УЕТ для финансирования стоматологических поликлиник существенно увеличена: с 72,13 руб. до 114 руб. (на 58%). При этом, согласно отчетным данным за 2012 год, среднеобластной

Рисунок 1. Стоимость ТПГГ, доля ТПОМС (млн руб.)



показатель доли расходов на текущее содержание МО в рамках поликлинической помощи составлял всего 11%. Основная цель значительного увеличения тарифа – повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение расходов МО на приобретение медикаментов по ОМС в большем объеме.

Стоматологическая помощь в системе ОМС Кемеровской области в 2014 году оказывалась в 27-ми медицинских организациях, в том числе в 5-ти частных МО.

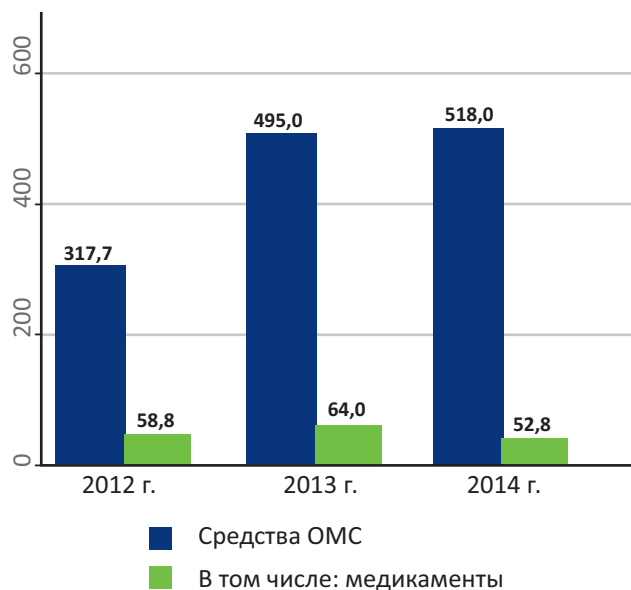
Расходы стоматологических поликлиник из средств ОМС в 2013 году увеличились на 56% (более чем в 1,5 раза), в 2014 году – на 5% к уровню 2013 года. При этом, если в 2013 году расходы на медикаменты увеличились на 9%, то в 2014 году они уменьшились на 17% (рисунок 2).

На рисунке 3 отражено распределение расходов на текущее содержание стоматологических поликлиник по источникам в 2012-2013 годах.

В 2013 году наблюдалось значительное сокращение расходов на коммунальные услуги за счет предпринимательской деятельности. Если в 2012 году доля этого источника по указанному направлению составляла 68%, то в 2013 году – 58%.

Согласно Письму ФОМС от 23.07.2013 №5423/21-и о методах включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, недопустимы ситуации, когда при наличии нескольких источников финансирования определенные виды затрат возмещаются исключительно за счет средств ОМС. При этом

Рисунок 2.
Динамика расходов МО (млн руб.)



в 25% стоматологических МО коммунальные расходы в полном объеме финансируются за счет средств ОМС (данные статистической отчетной формы №62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению»).

Можно сказать, что в целом в области ситуация по финансированию стоматологической помощи отличается крайней неоднородностью. И одна из причин этого – разный уровень доходов от предприниматель-

Рисунок 3.
Структура расходов МО, %

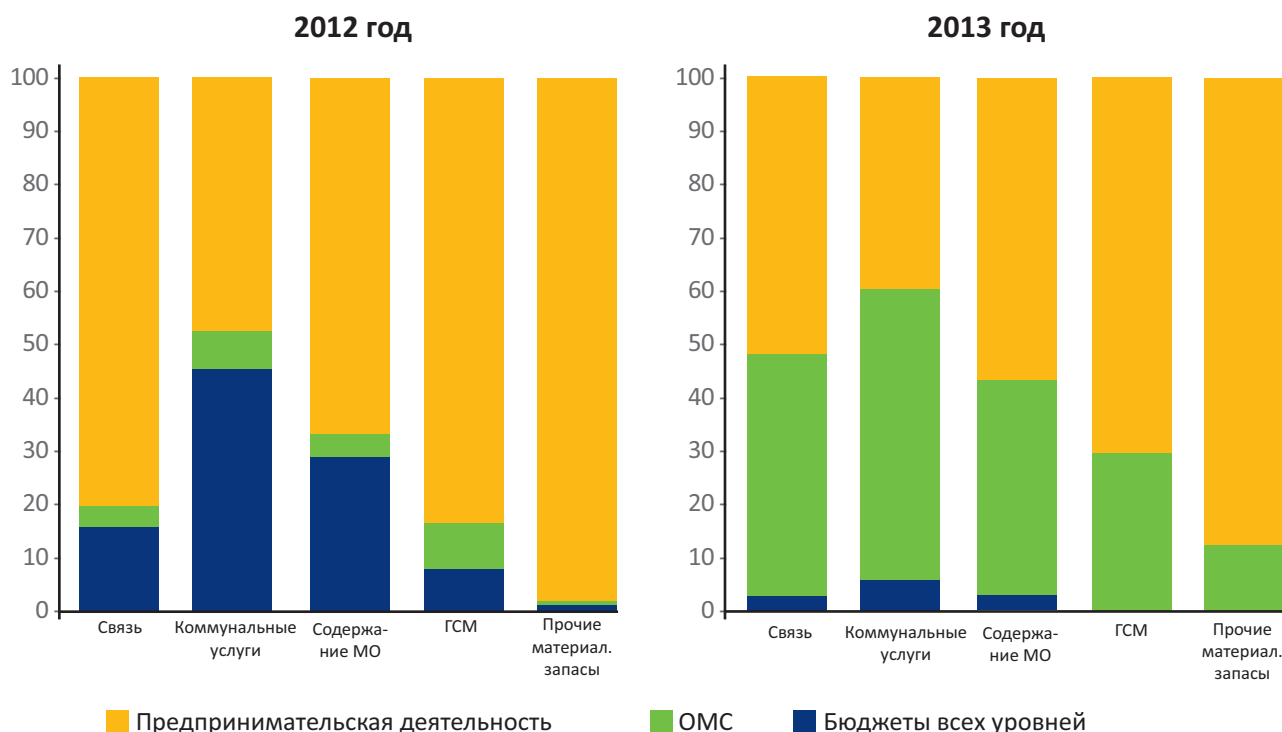
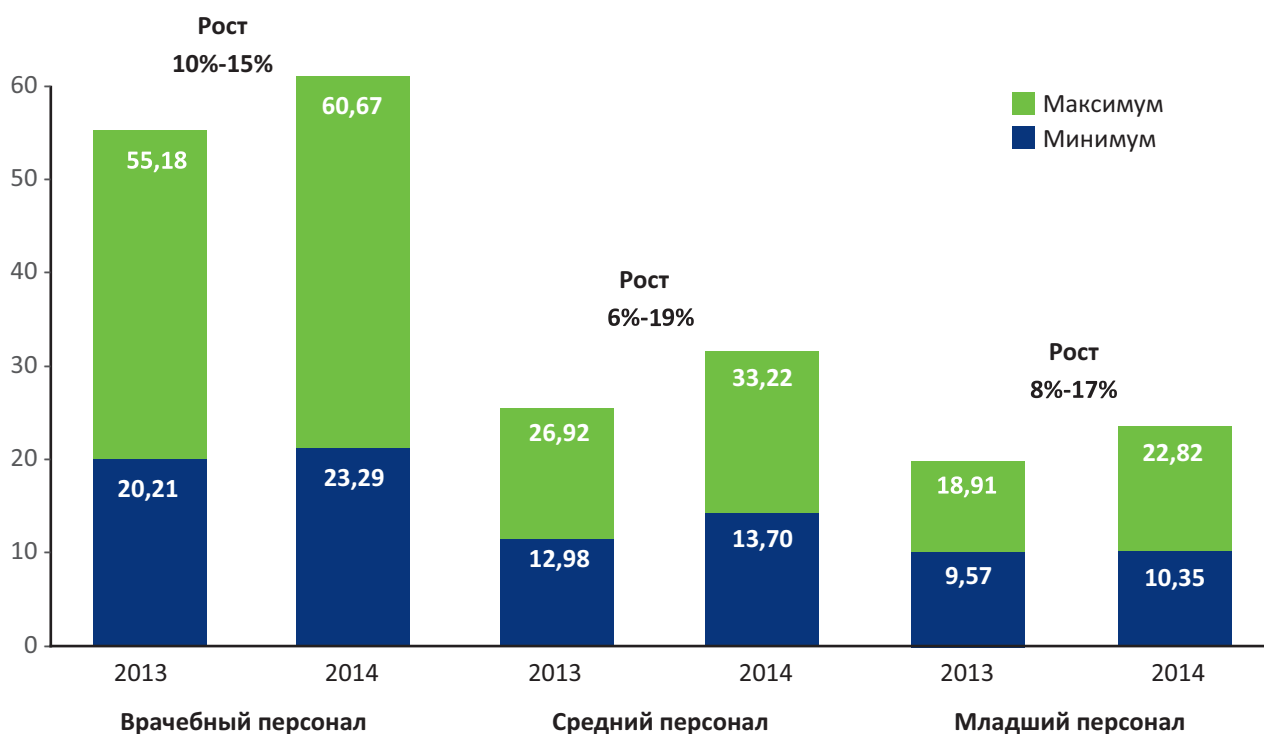


Рисунок 4.
Уровень заработной платы медицинского персонала (тыс. руб.)



ской деятельности. Наибольшие различия в доходах складываются между стоматологическими поликлиниками, которые расположены в крупных городах и маленьких населенных пунктах. Это хорошо иллюстрирует мониторинг заработной платы медицинских работников стоматологических поликлиник.

В 2014 году минимальный размер заработной платы по врачебному персоналу среди стоматологических поликлиник составил 20,20 тыс. руб., максимальный – 55,20 тыс. руб.; по среднему медицинскому персоналу минимальный показатель заработной платы – 13,20 тыс. руб., максимальный – 29,30 тыс. руб.; по младшему медицинскому персоналу минимальная заработная плата составила 10,70 тыс. руб., максимальная – 21,20 тыс. руб.

В то же время принципы финансирования системы ОМС едины для всех медицинских организаций. Увеличение финансирования произошло во всех стоматологических медицинских организациях, что подтверждает и рост заработной платы.

Рост заработной платы медицинского персонала в 2014 году к уровню 2013 года показан на рисунке 4.

По состоянию на 01.01.2015 среднемесячная заработная плата врачебного персонала в стоматологических поликлиниках варьирует от 23,29 тыс. руб. до 60,67 тыс. руб., среднего медицинского персонала – от 13,70 до 33,22 тыс. руб., младшего медицинского персонала – от 10,35 до 22,82 тыс. руб.

Анализ имеющихся данных показал, что значительное увеличение стоимости УЕТ для оплаты стоматологической помощи не обеспечило соответствующий темп роста фактических расходов медицинских организаций на приобретение медикаментов для оказания бесплатной медицинской помощи и повышение доступности стоматологической помощи. Следовательно, необходимо разработать стимулирующие механизмы для регулирования оптимальной структуры затрат медицинских организаций и увеличения объемов бесплатной стоматологической помощи.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области подготовил проект Положения о порядке вознаграждения медицинских организаций за выполнение целевых значений качества и доступности медицинской помощи за счет средств нормированного страхового запаса по итогам 2015 года, согласно которому медицинским организациям предоставляется финансовое стимулирование за выполнение установленных показателей деятельности. В перечень мониторируемых показателей включены: соблюдение стоматологическими организациями установленной Тарифным соглашением в системе ОМС структуры расходования средств, а также отсутствие снижения расходов за счет средств ОМС на приобретение лекарственных средств и расходных материалов к уровню предыдущего отчетного периода.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РАБОТЫ ПО РАЗМЕЩЕНИЮ ВРЕМЕННО СВОБОДНЫХ СРЕДСТВ ТФОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА БАНКОВСКИХ ДЕПОЗИТАХ

Финансово-бюджетная политика РФ направлена на оптимизацию расходов бюджетов всех уровней и эффективное использование бюджетных средств. В связи с этим весьма актуальным является поиск источников пополнения доходной части бюджетов. В процессе исполнения бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования состояние счета по учету средств Фонда позволяет осуществлять размещение временно свободных средств на банковские депозиты с целью пополнения бюджета за счет полученного процентного дохода.

Порядок и условия размещения временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования регламентированы Правилами размещения временно свободных средств ФОМС и ТФОМС (далее – Правила), утвержденными Постановлением Правительства РФ от 31.12.2010 № 1225.

ТФОМС Кемеровской области (далее – Фонд) одним из первых среди территориальных фондов ОМС освоил это направление работы. В 2011 году приказом директора Фонда создана Комиссия по размещению временно свободных средств, определены ее полномочия и порядок работы. Проведена поэтапная подготовительная работа по сбору и анализу официальных данных интернет-сайтов Центрального банка России, ведущих международных рейтинговых агентств и кредитных организаций, действующих на территории Кемеровской области. В результате получена информация:

1) о кредитных организациях, которые отвечают требованиям Правил:

- действующая генеральная лицензия ЦБ РФ на осуществление банковских операций,
- собственные средства в размере не менее 5 млрд рублей,
- отсутствие просроченной задолженности по банковским депозитам, ранее размещенным в ней,
- присвоенный рейтинг долгосрочной кредитоспособности не ниже уровня «ВВ-», либо не ниже уровня «Вa3» по классификации международных рейтинговых агентств;

2) о действующих процентных ставках по депозитам юридических лиц с учетом условий Правил:

- срок депозита не более 6 месяцев,
- фиксированная процентная ставка на весь срок депозита,
- ежемесячная выплата процентного дохода,
- возможность досрочного возврата суммы/части суммы депозита.

По итогам проведенного анализа определялись основные параметры для проведения отбора заявок кредитных организаций на заключение договоров банковского депозита:

- максимальный размер размещаемых средств;
- срок размещения;
- минимальная процентная ставка для размещения;
- лимит размещения средств в одной кредитной организации.

Для сведения кредитных организаций на официальном сайте Фонда публиковалась необходимая информация:

- о требованиях, предъявляемых к кредитным организациям и о порядке предоставления, приема и отбора заявок;
- о дате проведения и параметрах отбора заявок;
- о результатах проведения отбора заявок (сложившейся ставке отсечения).

По результатам проведенных отборов заявок с кредитными организациями заключались договоры банковских депозитов сроком до 3 месяцев.

В течение всего срока депозита сотрудники Фонда проводили ежедневный мониторинг соответствия кредитных организаций, в которых размещались средства, требованиям Правил на основе официальных данных, размещенных в сети Интернет.

Поступление процентного дохода и возврат сумм депозитов в бюджет Фонда осуществлялись в сроки и в порядке, согласно условиям заключенных договоров, фактов несоответствия кредитных организаций требованиям Правил не выявлено. Полученные средства на содержание Фонда не удерживались, весь дополнительный доход направлялся на формирование нормированного страхового запаса для финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС). Основные этапы

работы Фонда по размещению средств представлены на рисунке 1.

Полученный в процессе практической работы опыт успешно использовался в последующие годы для получения дополнительного дохода на финансирование ТПОМС.

С 2012 года существенно изменился механизм формирования доходной части Фонда. Если в предыдущие годы средства бюджета Фонда формировались в основном за счет ежедневных поступлений страховых взносов на обязательное медицинское страхование от плательщиков Кемеровской области, а также дотации

Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) и прочих поступлений, то, начиная с 2012 года, в связи с изменением федерального законодательства, страховые взносы на обязательное медицинское страхование от плательщиков Кемеровской области перечисляются в бюджет ФОМС, а затем в составе субвенции поступают в бюджет Фонда после 20-го числа каждого месяца (после поступления в ФОМС платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения в полном объеме) (рис. 2).

Таким образом, в связи со снижением сумм ежедневных поступлений в бюджет Фонда размещение

Рисунок 1.
Основные этапы работы по размещению временно свободных средств на банковских депозитах



Рисунок 2.
Изменение механизма формирования средств бюджета ТФОМС

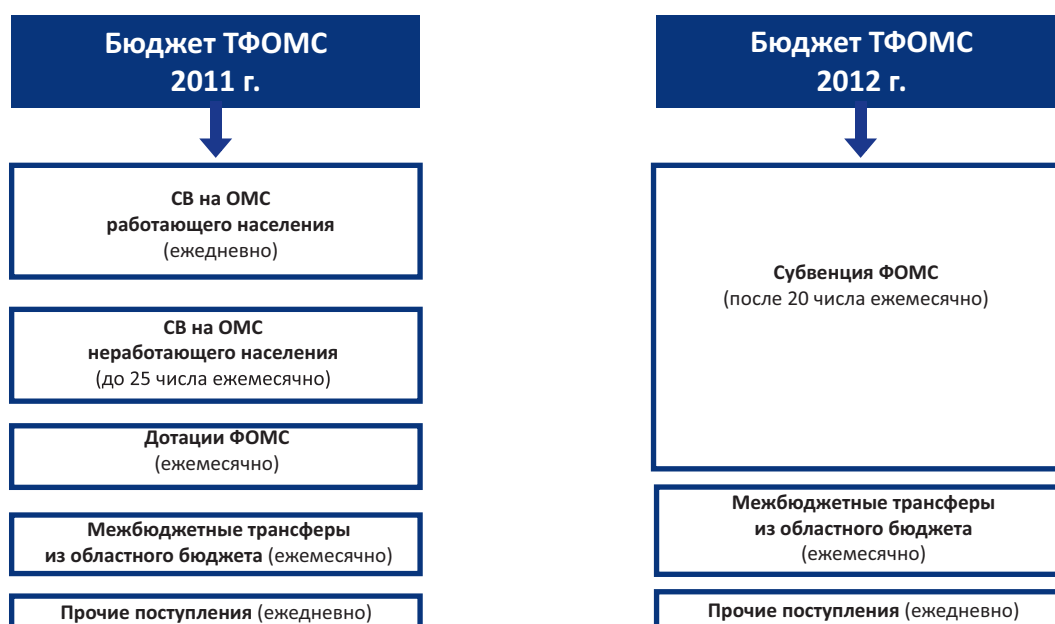


Таблица 1. Расчет поступления процентного дохода при разных условиях

	Вариант 1	Вариант 2	Результат
Сумма размещения, млн руб.	50,0	1 000,0	+ 950,0
Срок размещения, дней	180	12	- 168
Количество размещений в год	1	6	+ 5
Средняя процентная ставка, %	6,0	6,0	0
Процентный доход, млн руб.	1,5	11,8	+ 10,3

средств на банковских депозитах в прежних объемах и на длительные сроки стало менее эффективным. Вместе с тем, в период между расходами на авансирование медицинских организаций (до 25-го числа текущего месяца) и окончательным расчетом (до 10-го числа месяца, следующего за расчетным) образовывался временно незадействованный остаток средств, размещение которого на банковских депозитах позволяло получить оптимальный процентный доход. В связи с этим Фонд разработал новый подход к размещению средств. С учетом динамики поступления и расходования денежных средств и результатов расчета ряда вариантов определены параметры размещения средств на банковских депозитах, позволяющие получить наибольший доход (таблица 1).

Таким образом, на основании полученных расчетов средства размещались на банковских депозитах в кредитных организациях краткосрочно (до 14 дней) в период образования наибольшего временно свободного остатка средств бюджета Фонда. Размер дополнительного дохода ежегодно увеличивался, в 2014 году сумма полученного дохода составила 31 млн рублей, что на 87,9% выше уровня прошлого года (диаграмма 1).

В 2014 году изменились требования Правил, предъявляемые к кредитным организациям: повышен нижний порог размера собственных средств с 5 до 10 млрд рублей, введено понятие лимита размещения средств для кредитной организации и отменено важное, на наш взгляд, условие – наличие присвоенного международного рейтинга долгосрочной кредитоспособности не ниже уровня «BB-», либо не ниже уровня «Ba3». В результате значительно увеличилось число кредитных организаций – претендентов на заключение договоров банковского депозита, в том числе не имеющих международного рейтинга. В конкурсах по отбору заявок приняли участие 20 кредитных организаций из Кемерово, Новосибирска, Томска, Барнаула и Москвы, что в 2 раза превысило количество участников в предыдущие годы (диаграмма 2).

Как мы видим, заинтересованность кредитных организаций в привлечении денежных средств на депозиты очень высока. При этом банки, имеющие низкий рейтинг международных рейтинговых агентств, либо вовсе не имеющие его, заявляют более высокие процентные ставки (превышающие индикативную ставку MosPrime Rate на несколько пунктов), тем самым обес-

печивая себе прохождение в конкурсе по отбору. Размещение временно свободных средств ТФОМС в таких кредитных организациях может привести к риску возникновения проблемных ситуаций по несвоевременному возврату средств в бюджет Фонда, задержкам финансирования медицинских организаций и т.д. Только за последний год Центральным Банком России отозваны генеральные лицензии на осуществление банковских операций у десятка кредитных организаций, к нескольким банкам (в том числе прошедшим отборы в ТФОМС других регионов) применены меры по финансовому оздоровлению и предупреждению банкротства.

В аналитических обзорах банковского сектора РФ прослеживается прямая связь между наличием международного кредитного рейтинга и финансовым состоянием банка. Рейтинг кредитоспособности, присвоенный ведущими мировыми рейтинговыми агентствами, является важным показателем финансовой устойчивости кредитной организации.

Диаграмма 1. Размещение временно свободных средств ТФОМС на банковских депозитах в 2011-2014 годах, млн руб.

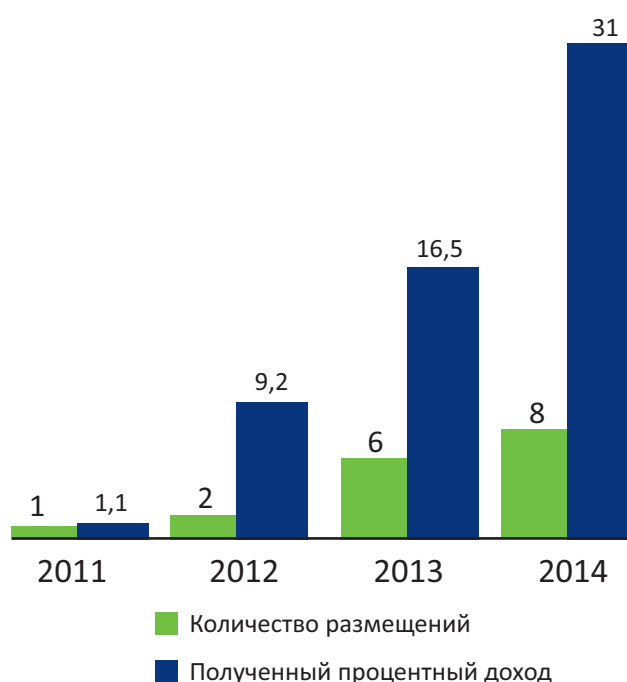


Диаграмма 2.
Количество кредитных организаций,
представивших заявки
на заключение договоров банковских
депозитов в 2011-2014 годах



Например, в Правилах размещения средств федерального бюджета на банковских депозитах и Правилах инвестирования средств страховых взносов на фи-

нансирование накопительной части трудовой пенсии, поступивших в течение финансового года в ПФ РФ, наличие у кредитной организации международного рейтинга долгосрочной кредитоспособности является одним из главных условий.

Учитывая сложную экономическую обстановку и ухудшение финансового климата в банковской сфере, для обеспечения эффективного размещения временно свободных средств Фонда в стабильных кредитных организациях видится целесообразным учитывать ряд дополнительных критериев:

- наличие у кредитной организации рейтинга долгосрочной кредитоспособности, присвоенного международным рейтинговым агентством, или наличие рейтинга кредитоспособности, присвоенного национальным рейтинговым агентством, аккредитованным Минфином РФ;

- отсутствие в течение предыдущих периодов размещения средств фактов нарушения банками условий договора, сроков возврата средств или перечисления процентов.

В дальнейшем Фонд планирует продолжить свою работу по размещению временно свободных средств на банковских депозитах с учетом условий, которые позволяют с наименьшими финансовыми рисками получать оптимальный дополнительный доход, направляемый на финансирование территориальной программы ОМС.



ОБ ИТОГАХ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ

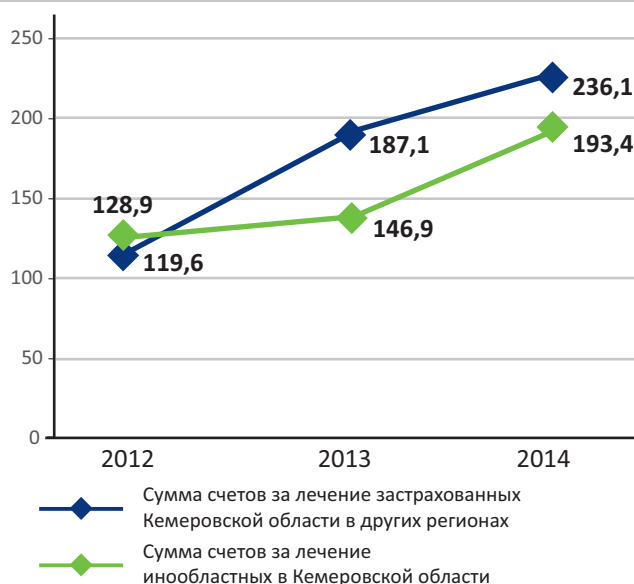
Одним из аспектов деятельности Территориального фонда ОМС является осуществление финансовых расчетов между субъектами Российской Федерации за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта, в котором выдан полис ОМС.

Выполняя территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, Территориальный фонд ОМС Кемеровской области осуществляет взаимодействие с Территориальными фондами обязательного медицинского страхования 84-х субъектов РФ и Территориальным фондом города федерального значения РФ Байконур.

На диаграмме 1 представлена динамика межтерриториальных расчетов за три года.

По сравнению с 2012 годом, в 2014 году сумма средств, затраченных на лечение застрахованных граждан Кемеровской области за пределами региона, увеличилась почти в 2 раза. Поступления средств за лечение инообластных граждан в медицинских организациях нашей области выросли в 1,5 раза.

Диаграмма 1.
Динамика межтерриториальных расчетов, млн руб.



В 2012 году произошло заметное снижение сумм счетов, выставленных в другие Фонды. Такая тенденция обусловлена тем, что в 2011 году вступили в силу новые правила обязательного медицинского страхования, на основании которых каждый гражданин РФ имеет право на выбор страховой организации, работающей в системе ОМС того субъекта, где он фактически проживает. Так, граждане, проживавшие на территории Кемеровской области, работающие в организациях, юридический адрес которых находился в других регионах, перешли из категории инообластных в категорию застрахованных Кемеровской области. За три года количество застрахованных граждан, постоянно проживающих на территории Кемеровской области, в среднем увеличилось на 1 процент.

Начиная с 2013 года, затраты на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам Кемеровской области в других регионах стабильно превышают поступления денежных средств из других Фондов за лечение инообластных.

Сумма счетов, предъявленных к оплате Территориальным фондам ОМС других субъектов РФ за лечение инообластных граждан в медицинских организациях Кемеровской области, за 2014 год составила 193 млн рублей (в том числе 13,5 млн рублей по высокотехнологической медицинской помощи). Наибольшая доля от полученных средств приходится на территории Сибирского федерального округа (таблица 1).

Сумма средств по счетам, поступившим к оплате в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области за лечение застрахованных граждан нашего региона за пределами области, в 2014 году составила 236 млн рублей (в том числе 11,8 млн рублей по высокотехнологической медицинской помощи). Перечень регионов с высокой долей затрат приведен в таблице 2.

По сравнению с 2012 годом отмечается рост затрат на 3% по Томской области и на 2% по городу Москве. По остальным регионам затраты снизились (на 1-2%), либо остаются на прежнем уровне (диаграмма 2).

Около трети всех межтерриториальных расчетов приходится на расчеты с медицинскими организациями Томской области. Рассмотрим их более детально.

В таблице 3 приведена динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Томской области за последние три года.

Таблица 1.
Перечень субъектов РФ с наибольшей долей поступления средств
(свыше 10 млн рублей)

Субъект РФ	Сумма, руб.	%
Новосибирская область	35 958 421,36	18,6
Алтайский край	29 822 473,29	15,4
Красноярский край	22 897 862,56	11,8
Республика Хакасия	20 698 184,39	10,7
Томская область	12 320 352,85	6,4

Таблица 2.
Перечень субъектов РФ с высокой долей затрат
(свыше 10 млн рублей)

Субъект РФ	Сумма, руб.	%
Томская область	68 205 264,81	28,9
Новосибирская область	39 808 140,20	16,9
Город Москва	22 321 251,76	9,5
Алтайский край	17 329 495,70	7,3
Красноярский край	17 300 811,01	7,3
Краснодарский край	12 196 727,70	5,2

По сравнению с 2012 годом в 2014 году расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным Кемеровской области в медицинских организациях Томской области, возросли более чем в два раза. Они в 5,5 раз превышают поступления за лечение застрахованных Томской области в медицинских организациях Кемеровской области.

В структуре пролеченных по возрастам большая часть обращений (69%) приходится на группу от 17 до 23 лет. Основной объем случаев – это амбулаторная помощь студентам (диаграмма 3).

При этом основные расходы приходятся на воз-

растную группу 24-65 лет, поскольку данная категория пациентов обращается преимущественно за оказанием медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров (диаграмма 4).

В 2014 году Территориальный фонд ОМС Томской области предъявил к оплате в ТФОМС Кемеровской области счета на общую сумму 68 205 тыс. рублей. Из них 56 458 тыс. рублей приходится на стационарную помощь, 10 407 тыс. рублей – на амбулаторную помощь, 1 013 тыс. рублей – на медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного стационара, и 327 тыс. руб. – на скорую медицинскую помощь (диаграмма 5).

Диаграмма 2.
Регионы с высокой долей затрат (%)

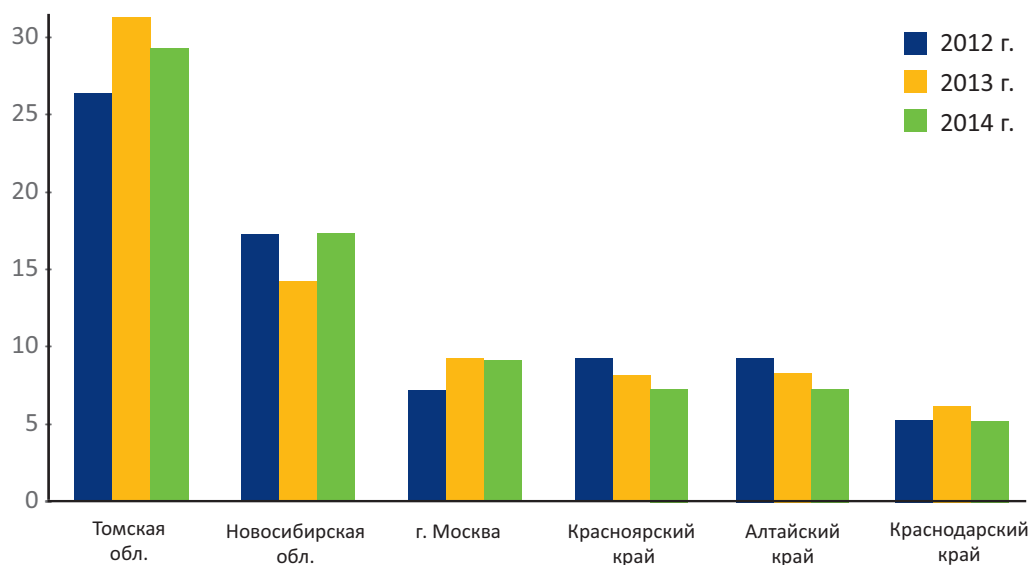


Таблица 3.
Динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Томской области
(тыс. рублей)

Год	Расходы на лечение застрахованных Кемеровской области в Томской области	Поступления за лечение застрахованных Томской области в Кемеровской области	Расходы/ поступления
2012	31 546	8 915	354%
2013	57 472	10 797	532%
2014	68 205	12 320	554%
2014/2012	216%	138%	

Диаграмма 3.
Структура пролеченных по возрасту
(количество обращений)

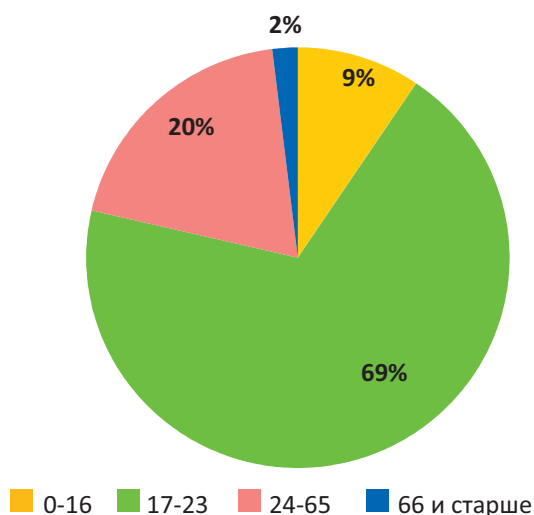
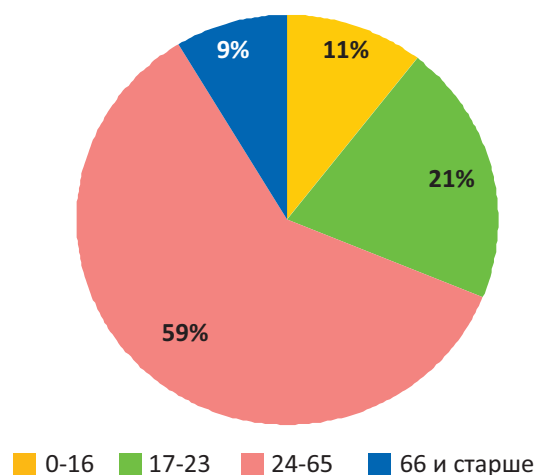


Диаграмма 4.
Расходы на оказание медицинской помощи по возрасту



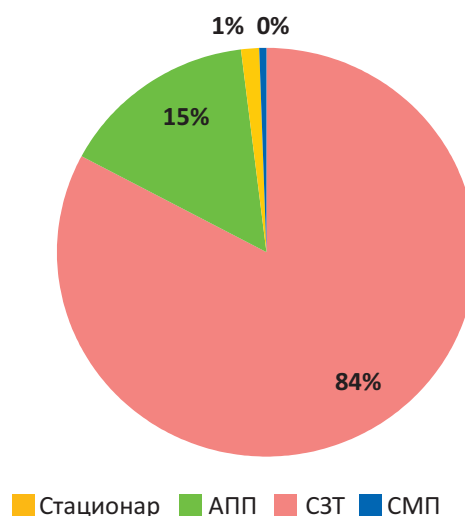
В разрезе классов заболеваний в общей структуре затрат на лечение застрахованных граждан Кемеровской области в медицинских организациях Томской области наибольшие расходы в 2014 году пришлось на группу «Новообразования» (диаграмма 6). Для сравнения: в 2012-2013 годах максимальными были затраты по группе «Беременность, роды и послеродовой период».

На диаграмме 7 представлена структура обращений застрахованных граждан Кемеровской области в медицинские организации Томской области в разрезе территорий. Традиционно наибольшее количество обращений приходится на жителей города Юрги и Юргинского района в связи с географической приближенностью территорий.

В целом факты обращений наших граждан в медицинские организации других регионов по-прежнему связаны с их географической приближенностью и с обучением в вузах других субъектов РФ.

В 2014 году в состав Российской Федерации вошли новые субъекты – Республика Крым и город федерального значения Севастополь.

Диаграмма 5.
Расходы по видам помощи





До создания сферы ОМС оказание медицинской помощи жителям новых субъектов РФ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществлялось на основе финансирования за счет средств федерального бюджета Российской Федерации (согласно Протоколу совещания у Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева от 24.03.2014 №ДМ-П16-19-пр).

На территориях Республики Крым и города Севастополя проводилась организационно-методическая работа по реализации Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», были созданы Территориальные фонды ОМС. К концу года полисами ОМС обеспечили более 80% жителей полуострова (<http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/newsletters/periods/2014/december/22122014>).

Ожидается, что в 2015 году объем межтерриториальных расчетов между Фондами увеличится в связи с вхождением в систему ОМС новых субъектов РФ – Республики Крым и города Севастополя.

Диаграмма 6.
Динамика расходов по классам заболеваний (млн руб.)

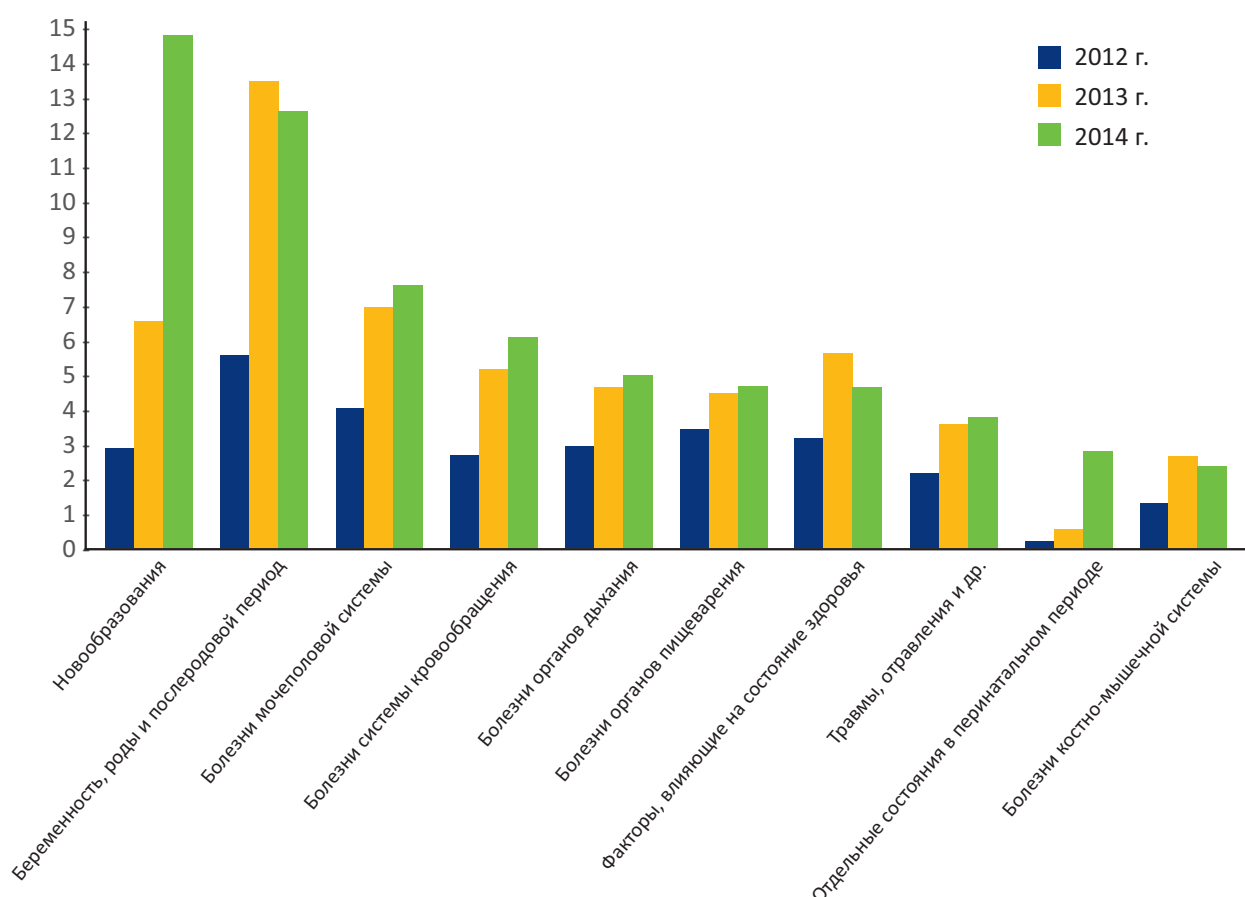
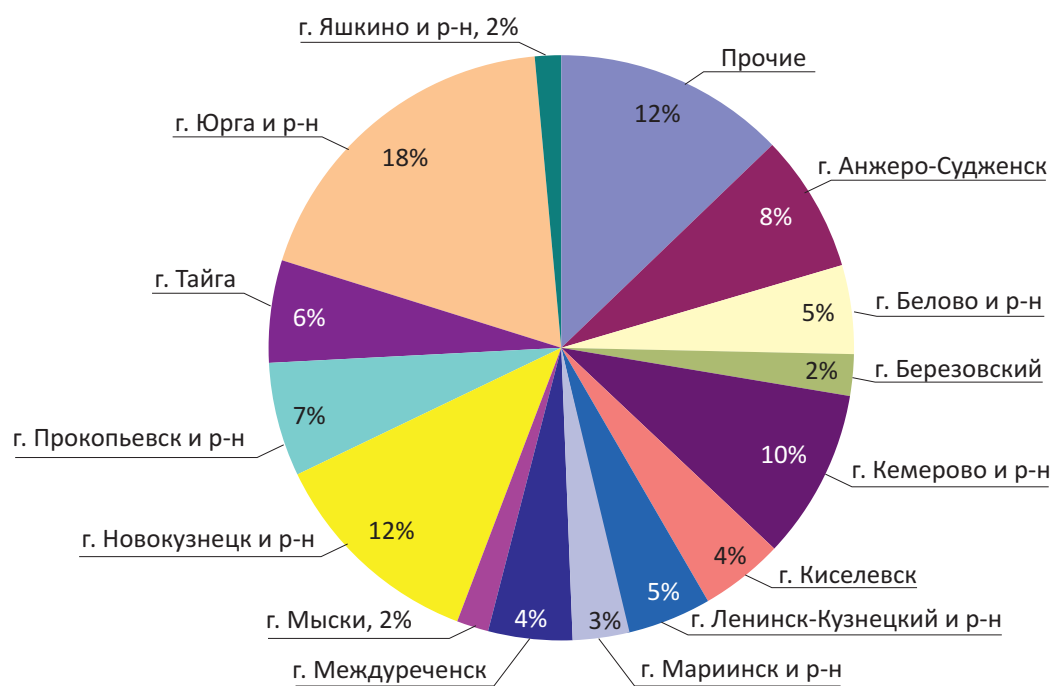


Диаграмма 7.
Территориальная структура обращений застрахованных Кемеровской области
в медицинские организации Томской области





ФИНАНСИРОВАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИЗ СРЕДСТВ ОМС

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) является частью специализированной помощи и включает в себя применение новых сложных и уникальных методов лечения, ресурсоемких методик с научно доказанной эффективностью, в том числе методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

В 2014 году в соответствии с действующим законодательством в систему обязательного медицинского страхования включены 453 метода (65 видов высокотехнологичной помощи). Это такие наиболее распространенные и востребованные технологии, как стентирование при остром коронарном синдроме, имплантация электрокардиостимуляторов, эндопротезирование крупных суставов, распространенные виды оперативных вмешательств при заболеваниях печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, кишечника, консервативное лечение гематологических, ревматологических, эндокринологических заболеваний, лечение недоношенных новорожденных детей, видеоэндоскопические внутриполостные хирургические вмешательства,

радиологические вмешательства, малоинвазивные органосохраняющие операции при злокачественных новообразованиях, в том числе у детей и др.

В 2014 году в Кемеровской области за счет средств системы ОМС высокотехнологичную медицинскую помощь с использованием 39 видов ВМП оказывали 20 медицинских организаций различных форм собственности, в том числе: 9 – муниципальных, 6 – государственных, 3 – федерального подчинения и 2 – частной формы собственности (диаграмма 1).

Всего на 2014 год медицинскими организациями области было запланировано 5 950 технологий ВМП по 15 профилям: травматология и ортопедия, нейрохирургия, сердечно-сосудистая хирургия, онкология, неонатология, педиатрия, акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология, абдоминальная хирургия, урология, ревматология, гастроэнтерология, гематология и эндокринология. Потребность в ВМП для жителей региона определена, исходя из структуры заболеваемости на территориях.

По итогам 2014 года медицинские организации области выполнили 5 893 случая ВМП (99% от запланированных объемов).

Диаграмма 1.
Структура медицинских организаций
в разрезе ведомственной
принадлежности, оказывающих ВМП

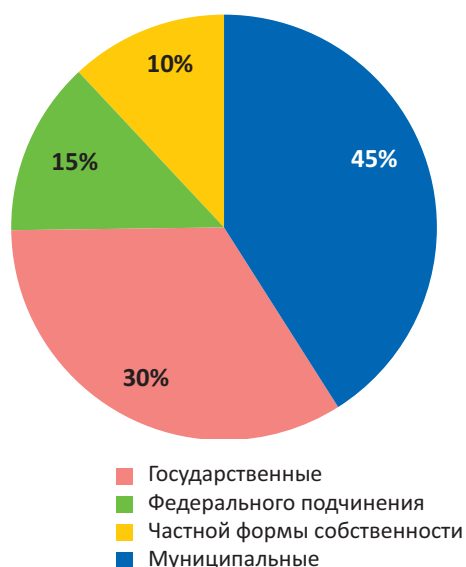
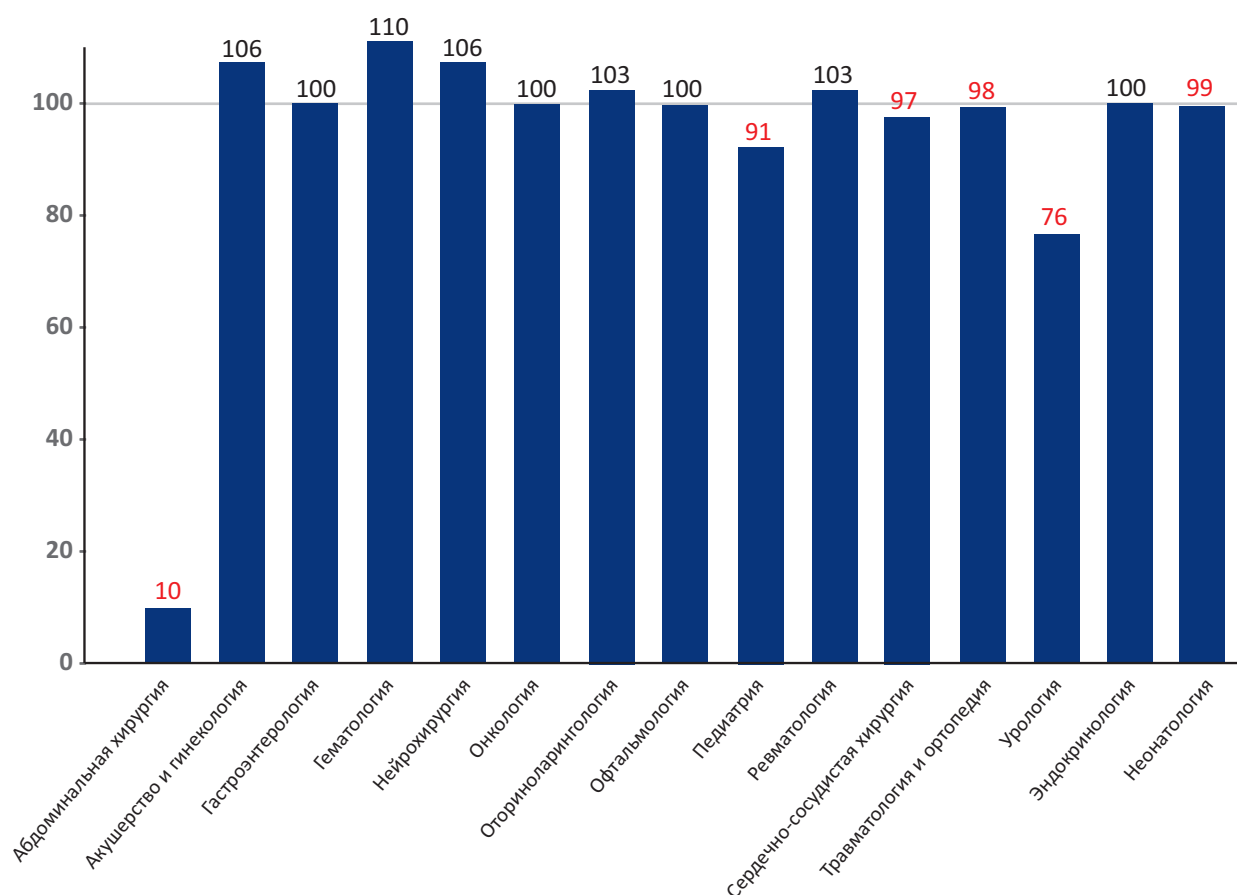


Диаграмма 2.
Структура оказанной ВМП
в разрезе профилей



Диаграмма 3.
Выполнение плана ВМП в разрезе профилей (%)



Следует отметить, что большую часть (41%) от общего объема составили случаи, выполненные по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» (стентирование при остром коронарном синдроме и установка однокамерных электрокардиостимуляторов при жизнеугрожающих нарушениях проводимости сердечной мышцы). На втором месте (24%) – профиль «травматология и ортопедия», на третьем месте (10%) – «нейрохирургия» (диаграмма 2).

В 2014 году на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи в территориальной программе ОМС предусмотрено 795,5 млн руб. Однако ряд МО не в полном объеме освоили запланированные средства в связи с изменением в течение года структуры ВМП по видам медицинской помощи.

Выполнение плана ВМП в разрезе профилей представлено на диаграмме 3.

В течение прошлого года ряд медицинских организаций несвоевременно получили лицензии на право оказания ВМП, что не позволило им в полной мере освоить запланированные объемы высокотехнологичной медицинской помощи. В связи с этим специалисты ТФОМС занимались вопросами перераспределения объемов ВМП между медицинскими организациями с

учетом реальной возможности выполнения ими запланированных технологий.

Подводя итог, хочется отметить, что высокотехнологичная медицинская помощь приблизилась к населению, стала более доступной. Так, в сравнении с 2013 годом прирост количества случаев ВМП, оказанных за счет областного, федерального бюджетов и средств системы ОМС, составил порядка 10%. На 2015 год медицинскими организациями Кемеровской области запланировано уже 6 360 случаев ВМП, это на 7% больше, чем в 2014 году.

Однако, несмотря на значительный прирост объемов ВМП, очередность на данные виды помощи сохраняется. Это связано с активным выявлением заболеваний в процессе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров всех групп населения.

Дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи при рациональном использовании ресурсов позволит повысить доступность и качество медицины высоких технологий для жителей нашей области, существенно увеличит возможности здравоохранения в целом и позитивно повлияет на медико-демографические показатели в регионе.

Холкина Л.М.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

КОНТРОЛЬНО – РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФОМС



ХОЛКИНА Л.М.,
начальник контрольно-
ревизионного управления

Контрольно-ревизионная деятельность является одной из основных функций ТФОМС Кемеровской области. Приоритетным направлением в этой работе является обеспечение надлежащего контроля за целевым использованием средств ОМС, национального проекта «Здоровье» и средств, выделенных на реализацию региональной программы модернизации здравоохранения. В 2014 году в медицинских организациях осуществлялись проверки среднемесячной оплаты труда к уровню 2013 года, а в страховых медицинских организациях – проверки по установлению причин недостатка целевых средств для оплаты медицинской помощи.

Новым направлением в деятельности ТФОМС Кемеровской области в 2014 году стала оценка эффективности использования средств ОМС. Основой этой работы являются Методические материалы, подготовленные Счетной палатой РФ.

Для оценки результатов контрольно-ревизионной деятельности проанализированы данные за 2012-2014 годы.

ПРОВЕРКИ ЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Медицинские организации проверяются один раз в два года. Показатели проведенных проверок представлены на диаграмме 1.

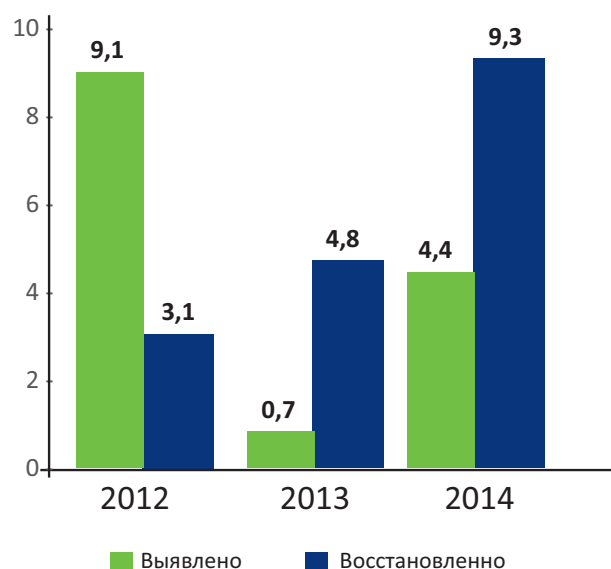
Восстановление средств с учетом переходящих остатков составило:

- 2012 – 34%;
- 2013 – 685%;
- 2014 – 211,4%.

Основные направления нецелевого использования средств ОМС в медицинских организациях:

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС (например, приобретение основных средств до реализации одноканального финансирования);
- нарушения по статье «Медикаменты» (приобретение за счет средств ОМС медикаментов, не входящих в Перечень ЖНВЛП);
- нарушения по статье «Оплата труда» (например, выплата заработной платы лицам, не участвующим в реализации ТП ОМС, оплата труда за невыполненный объем работы).

Диаграмма 1.
Суммы нецелевого использования
средств ОМС в МО в 2012-2014 годах
(млн руб.)



При выявлении нецелевого использования средств ОМС медицинская организация восстанавливает их в бюджет ТФОМС и оплачивает штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств.

ПРОВЕРКИ ЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС В СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Страховые медицинские организации проверяются один раз в год.

За период 2012-2014 годы нецелевого использования средств ОМС в страховых медицинских организациях Кемеровской области не выявлено.

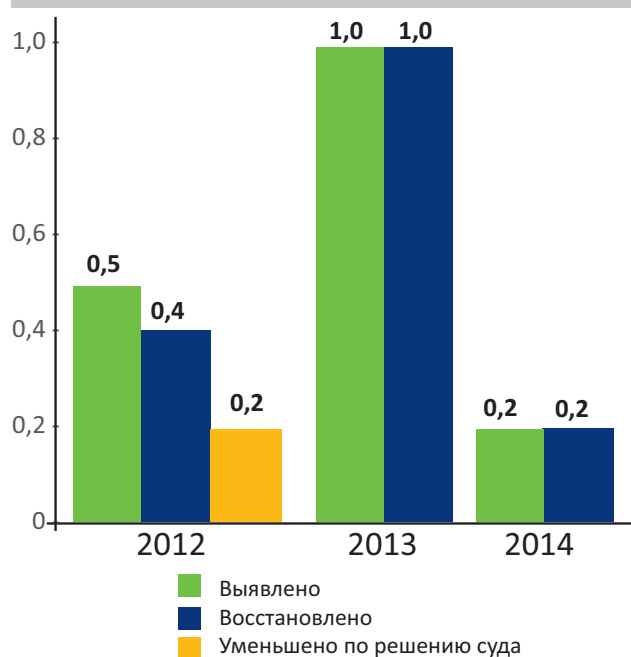
ПРОВЕРКИ ЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В 2012-2014 годах осуществлялись проверки следующих направлений ПНП «Здоровье»:

- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;
- проведение диспансеризации детей-сирот;
- оказание дополнительной медицинской помощи.

Результаты проведенных проверок представлены на диаграмме 2.

Диаграмма 2.
Суммы нецелевого использования
средств ПНП «Здоровье»
в 2012 – 2014 годах
(млн руб.)



Процент восстановления средств ПНП «Здоровье» с учетом переходящих остатков составил:

- 2012 – 80%;
- 2013 – 100%;
- 2014 – 100%.

В 2012 году сумма нецелевого использования средств ПНП «Здоровье» уменьшена по решениям судебных органов на 0,2 млн руб.

Основные направления нецелевого использования средств ПНП «Здоровье» в медицинских организациях:

- выплаты категориям работников, которые не предусмотрены законодательством;
- приобретение расходных материалов, не предназначенных для проведения диспансеризации;
- оплата труда специалистов за неотработанное время.

Средства ПНП «Здоровье», израсходованные нецелевым образом, восстанавливаются в соответствии с действующим законодательством на расчетный счет ТФОМС.

ПРОВЕРКИ ЦЕЛЕВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА РЕАЛИЗАЦИЮ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В 2012-2014 годах осуществлялись проверки целевого использования средств, выделенных на реализацию региональной программы модернизации здравоохранения в медицинских организациях в части:

- внедрения стандартов медицинской помощи;
- повышения доступности амбулаторной медицинской помощи;
- проведения диспансеризации подростков в возрасте 14 лет.

Показатели проверок, проведенных в 2012-2014 годах, представлены на диаграмме 3.

Как видно из диаграммы, процент восстановления средств модернизации здравоохранения в МО составил:

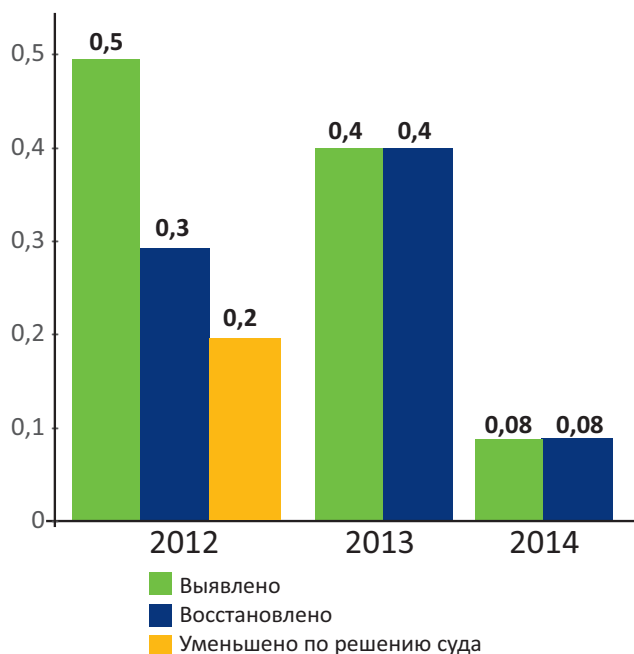
- 2012 – 60%;
- 2013 – 100%;
- 2014 – 100%.

В 2012 году сумма нецелевого использования средств модернизации здравоохранения, предъявленная медицинским организациям, уменьшена по решениям судебных органов на 0,2 млн руб.

Основные направления нецелевого использования средств модернизации здравоохранения в медицинских организациях:

- выплаты специалистам, не включенным в соответствующий перечень;
- расходы сверх установленной структуры.

Диаграмма 3.
Суммы нецелевого использования
средств модернизации
здравоохранения в МО
в 2012-2014 годах (млн руб.)



Средства модернизации здравоохранения, израсходованные нецелевым образом, восстанавливаются на расчетный счет ТФОМС, кроме того оплачивается штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств.

ПРОВЕРКИ ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в 2014 году ТФОМС Кемеровской области продолжил проверки среднемесячной оплаты труда к уровню 2013 года.

Всего проверили 76 медицинских организаций, снижение заработной платы у врачей, среднего и младшего медицинского персонала (или хотя бы по одной категории персонала) выявили в 34 МО. Сведения переданы в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

ПРОВЕРКИ ПО УСТАНОВЛЕНИЮ ПРИЧИН НЕДОСТАТКА ЦЕЛЕВЫХ СРЕДСТВ В СМО ДЛЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В 2014 году проведено 25 проверок по установлению причин недостатка целевых средств для оплаты медицин-

ской помощи в 4 СМО. Запрашиваемые суммы обоснованы. Оснований для отказа в предоставлении средств из нормированного страхового запаса не установлено.

ПРОВЕРКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В 2014 году ТФОМС Кемеровской области разработал и утвердил Программу контроля за целевым и эффективным (рациональным) использованием средств ОМС в медицинских организациях региона.

За 2014 год специалисты Территориального фонда провели проверки эффективности использования средств ОМС в 61 медицинской организации. Неэффективное использование средств ОМС выявлено в 42 медицинских организациях. Сумма неэффективного использования средств составила 11,8 млн руб. Основные направления неэффективного использования средств ОМС:

- превышение среднемесячных запасов лекарственных препаратов;
- необоснованно длительная дебиторская задолженность в части материальных запасов;
- необоснованное авансирование по заработной плате сотрудников медицинской организации.

В контрольно-ревизионном управлении и филиалах ТФОМС ведутся реестры по учету невосстановленных средств ОМС, ПНП «Здоровье» и модернизации здравоохранения, ежемесячный мониторинг погашения задолженности по каждой организации до полного ее восстановления. По итогам проведенных проверок в прокуратуру Кемеровской области направляется информация о медицинских организациях, допустивших нецелевое использование средств. Прокуратура Кемеровской области (городов, районов) в отношении данных медицинских организаций выносит соответствующие предписания об устранении нарушений. В случае если в установленный срок предписание не исполняется, прокуратура Кемеровской области (городов, районов) обращается с иском в суд.



Климов С.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Чебулинский филиал

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ РАБОТА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ ЧЕБУЛИНСКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС В 2014 ГОДУ



КЛИМОВ С.А.,
директор Чебулинского филиала

Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период до 2030 года в числе множества мероприятий предусматривает разработку единой тарифной политики и совершенствование контроля использования средств обязательного медицинского страхования.

Введение единой тарифной политики в системе обязательного медицинского страхования, которая включает в себя создание единой национальной системы учета затрат, позволит определить оптимальные расходы на оказание медицинской помощи, в том числе в разрезе групп заболеваний, и обеспечить единообразие и достаточность тарифов на оплату медицинской помощи.

Совершенствование контроля за расходованием средств путем введения вертикального ревизионного контроля в системе ОМС повысит управляемость отраслью в целом на основе единых организационных и финансовых принципов. Для этого необходимо внести соответствующие коррективы в нормативные правовые акты, регламентирующие осуществление контроля в сфере обязательного медицинского страхования.

Предлагается согласование Федеральным фондом обязательного медицинского страхования планов работы контрольно-ревизионных подразделений территориальных фондов обязательного медицинского страхования, мониторинг их исполнения, а также согласование типовых программ проверок страховых медицинских организаций и медицинских организаций.

Предполагается усиление ответственности, вплоть до установления административной ответственности, за нецелевое использование средств, за нарушение сроков и порядка расчетов за оказанную медицинскую помощь, за нарушение обязанностей субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий в сфере обязательного медицинского страхования. Планируется установить особые административные меры воздействия для долж-

ностных лиц за грубые нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании либо при неоднократном выявлении таких нарушений.

Основные расходы на бесплатное оказание медицинской помощи населению несет государство. За период 2004-2013 годов финансовое обеспечение системы здравоохранения за счет средств государственных бюджетов и ОМС возросло в 3,7 раза. В 2013 году государственные расходы составили 1,95 трлн руб., или 79% от общей суммы расходов на медицинскую помощь (частные средства составили 21%, или 519,6 млрд руб.) (по данным Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.).

Важнейшей функцией государства остается контроль и надзор за всей системой здравоохранения, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинских учреждений и иных организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности.

На территории Чебулинского филиала ТФОМС КО в 2014 году медицинскую деятельность осуществляли 6 организаций: 4 муниципальных бюджетные и 2 ведомственные. За текущий год в медицинских организациях проведено 9 проверок, из них: 4 комплексные и 5 тематических. Все проверки прошли в соответствии с программой, утвержденной приказом ТФОМС Кемеровской области.

В ходе плановых проверок медицинских организаций в 2014 году установлено нецелевое использование средств ОМС на сумму 194,8 тыс. руб. (табл. 1).

В адрес медицинских организаций, допустивших нецелевое использование средств ОМС, направлены предписания о восстановлении средств ОМС. В отчетном периоде сумма нецелевого использования средств восстановлена в полном объеме – 194,8 тыс. руб., а также оплачены штрафы в сумме 19,5 тыс. руб. Все средства перечислены на счет Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Таблица 1.
Основные направления нецелевого использования средств ОМС
в 2014 г., (тыс. руб.)

Направления нецелевого использования средств ОМС	Сумма нецелевого использования средств ОМС, тыс. руб.
Сумма нецелевого использования средств, всего	194,8
в том числе:	
- оплата расходов, не включенных в тарифы медицинской помощи, оказываемой в рамках ТПОМС	161,4
- приобретение основных средств (мебель)	24,5
- приобретение медикаментов и расходных материалов, не включенных в формулярный перечень ЛС и ИМН	8,9

Неэффективное использование средств обязательного медицинского страхования в 2014 году составило 1 136,4 тыс. руб., из них:

- 1 097,4 тыс. руб. – это превышение среднемесячных запасов лекарственных препаратов в сравнении со среднемесячной потребностью медицинской организации;
- 39 тыс. руб. – приобретение лекарственных препаратов по завышенным ценам.

Подводя итоги проверок эффективности использования средств ОМС, которые проводились в 2014 году во всех медицинских организациях, расположенных на территории Чебулинского филиала ТФОМС, можно отметить, что:

- средний показатель экономичности использования средств ОМС составил 99,7%;
- средний показатель результативности – 97,2%;
- средний показатель продуктивности – 97,5%.

Результаты проверок по медицинским организациям, допустившим нарушения требований тарифного соглашения, направлялись главам муниципальных образований.

Также в ходе проверок установлено, что:

- все медицинские организации имеют лицензию на право осуществления медицинской деятельности;
- договоры, заключенные медицинскими организациями со страховыми медицинскими организациями, соответствуют действующим нормативным документам;

- в соответствии п. 6 ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 №326 ФЗ (в редакции от 03.12.2011 г.) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в медицинских организациях ведется раздельный учет поступления и расходования средств ОМС. Имеются замечания по проверке достоверности и правильности их отражения в журналах ордеров и книге «Журнал-главная»;

- не во всех медицинских организациях данные формы №14-Ф «Сведения о поступлении и расхода-

нии средств ОМС медицинскими организациями» соответствуют данным бухгалтерского учета;

- учет и использование медикаментов и перевязочных средств в ряде медицинских организаций осуществляется с нарушениями Инструкции, утвержденной приказом Минздрава СССР от 02.06.1987 №747;
- размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и (или) муниципальных нужд не всегда происходило в соответствии с нормами Закона №44-ФЗ.

В приказе ФФОМС от 16 апреля 2012 г. №73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере ОМС...» сказано, что периодичность проведения плановых проверок устанавливается с учетом возможности полного охвата вопросов и периодов деятельности медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, но не реже, чем один раз в два года. Периодичность проведения плановых комплексных проверок устанавливается не чаще одного раза в год.

Учитывая динамично меняющееся законодательство, Чебулинский филиал перешел на ежегодный плановый контроль всех муниципальных медицинских учреждений. Это положительно отразилось на финансовой дисциплине и достоверности отчетных форм этих организаций. Важно, что наши специалисты не только находят ошибки и нарушения, но и указывают в актах, каким образом можно исправить эти ошибки и как не допускать их в будущем.

В заключение хотелось бы отметить, что регулярная и качественная контрольно-ревизионная работа филиала полностью соответствует целям и задачам стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 годов.

Киселева Н.В., Санатина О.П., Чиждова А.М., Малетинская К.Е.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПОЛИС ОМС КАЖДОМУ ЖИТЕЛЮ КУЗБАССА

До 2011 года право выбора страховой медицинской организации законодательно закреплялось одновременно и за гражданином, и за страхователем (работодателем или соответствующим органом исполнительной власти). Фактически это привело к тому, что гражданин был устранен от участия в выборе страховой медицинской организации. С 1 января 2011 года, в связи с вступлением в силу нового Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», каждый человек получил право выбирать страховую организацию, медицинское учреждение и лечащего врача.

Специалистами ТФОМС проводится большая работа, направленная на улучшение информирования граждан о системе обязательного медицинского страхования в целом и, в частности, о своевременном получении полиса ОМС.

По состоянию на 01.01.2015 г. число жителей Кемеровской области, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, составило 2 695 419 человек. Порядка 23 000 жителей Кузбасса застрахованы страховыми медицинскими организациями других регионов РФ, около 26 000 человек являются военнослужащими и не подлежат обязательному медицинскому страхованию.

Процент охвата страхованием по ОМС жителей Кемеровской области составляет 98,58% от статистической численности населения области, которая по данным территориального органа государственной статистики на 01.01.2014 г. составляла 2 734 075 человек. По отношению к началу 2014 года процент охвата страхованием увеличился на 0,8%, численность застрахованных в абсолютных цифрах увеличилась на 13 699 человек.



Остановимся на отдельных направлениях работы, которые проводились специалистами ТФОМС в 2014 году в целях увеличения охвата жителей Кузбасса обязательным медицинским страхованием.

ИНФОРМИРОВАНИЕ РОДИТЕЛЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ О СВОЕВРЕМЕННОМ ПОЛУЧЕНИИ ПОЛИСОВ ОМС ЕДИНОГО ОБРАЗЦА

В соответствии с действующим законодательством в ТФОМС из Управления ЗАГС по Кемеровской области еженедельно поступали сведения о новорожденных детях. С момента своего рождения дети являются полноправными гражданами государства и наравне со взрослыми имеют аналогичные права в системе ОМС. Полис ОМС позволяет новорожденному получать гарантированную бесплатную медицинскую помощь на всей территории РФ, независимо от того, в каком регионе он был получен.

В целях максимального охвата страхованием указанной категории, специалисты ТФОМС проанализировали сведения о 17 832 детях, родившихся в Кузбассе в первом полугодии 2014 года. В результате анализа выяснилось следующее:

- 17 472 (98%) ребенка застрахованы по ОМС;
- 203 (1,1%) не подлежат страхованию в связи с отсутствием гражданства Российской Федерации;
- 55 (0,3%) застрахованы в других субъектах РФ;
- 102 (0,6%) ребенка не застрахованы на момент сверки с Региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц.

Специалистами ТФОМС разработана памятка для родителей с подробным описанием процедуры получения полиса ОМС на ребенка в соответствии с п. 3 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В адрес родителей незастрахованных детей направлены информационные письма с приложением списка филиалов и подразделений страховых медицинских организаций, куда можно обратиться для получения полиса. По результатам этой работы на 01.01.2015 года 23 детям (22,5%) оформлены полисы ОМС единого образца.

СОДЕЙСТВИЕ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПОЛИСАМИ ОМС ОСУЖДЕННЫХ ГРАЖДАН, ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы, подлежат обязательному медицинскому страхованию и имеют право на выбор и замену страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

При исполнении наказаний осужденным гражданам гарантируются права, предусмотренные законодательством Российской Федерации. Для реализации указанной категории граждан права на выбор страховой медицинской организации ТФОМС регулярно взаимодействует с исправительными учреждениями ГУФСИН по Кемеровской области.

В течение 2014 года ТФОМС регулярно получал из исправительных учреждений сведения об осужденных гражданах для установления факта страхования. В результате работы выяснилось, что 74,3% из них уже застрахованы по обязательному медицинскому страхованию, и в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц содержится информация о номере полиса и страховой компании. 25,7% осужденных являлись незастрахованными, и сведения о них направлены в страховые медицинские организации, работающие на территории Кемеровской области, для обеспечения их полисами ОМС.

В соответствии с правилами внутреннего распорядка исправительных учреждений осужденные не могут лично осуществить выбор страховой медицинской организации. В связи с этим страхование указанной категории осуществляется через представителя застрахованного лица.

РАБОТА С ХОДАТАЙСТВАМИ ОБ ИДЕНТИФИКАЦИИ (РЕГИСТРАЦИИ) В КАЧЕСТВЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

Взаимодействие участников системы ОМС осуществляется в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 №158н.

В 2014 году активно продолжалась работа с ходатайствами медицинских организаций о регистрации в качестве застрахованных лиц граждан, не идентифицированных в период лечения на территории Кемеровской области. Медицинские организации регулярно обращались в ТФОМС для установления факта страхования пролеченных граждан, информацию о которых невозможно определить в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц по различным причинам: наличие ошибок в идентификационных реквизитах либо отсутствие действующего полиса обязательного медицинского страхования.

За 2014 год от медицинских организаций в ТФОМС поступило 5 968 ходатайств о регистрации (идентификации) в качестве застрахованных лиц граждан, пролеченных в медицинских организациях Кузбасса, что на 40% больше, чем за 2013 год.

В итоге в качестве застрахованных идентифицированы 3 975 пролеченных граждан, в том числе 2 997 (75,4%) человек, застрахованных на территории других субъектов Российской Федерации.

Сведения о 1 505 пролеченных не были идентифицированы по следующим причинам: отсутствовали данные о документе, удостоверяющем личность, либо они относились к категории лиц, не подлежащих ОМС (военнослужащие, иностранцы, не имеющие разрешения на постоянное или временное проживание на территории РФ).

488 пролеченных граждан не были идентифицированы в качестве застрахованных. Информация о них направлена в страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС на территории области. Благодаря проведенным мероприятиям 316 граждан застрахованы и имеют на руках полисы ОМС единого образца, а сведения о 22 гражданах выведены из регионального сегмента.

В дальнейшем специалисты ТФОМС планируют продолжить работу по решению одной из стратегических задач Территориального фонда ОМС Кемеровской области – достижение максимального охвата обязательным медицинским страхованием населения области.



Хакимова О.Г.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ИЗУЧЕНИЕ И УДОВЛЕТВОРЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ КАК ОСНОВА ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОМС



ХАКИМОВА О.Г.,
начальник управления
организации ОМС

Одним из восьми принципов, на которых базируется система менеджмента качества, успешно внедренная в ТФОМС Кемеровской области в 2013 году, является принцип ориентации на потребителя. В основе улучшения качества оказываемых услуг лежат изучение и удовлетворение требований потребителей, анализ обращений граждан, страховых медицинских организаций (СМО), медицинских организаций, а также результатов маркетинговых исследований, в том числе анкетирования застрахованных лиц, руководителей медицинских организаций и СМО, медицинских работников.

Для изучения мнения руководителей медицинских организаций и страховых медицинских организаций специалисты ТФОМС в декабре 2014 года провели анкетирование по вопросам взаимодействия с Территориальным фондом ОМС Кемеровской области и его филиалами, включая оценку уровня информированности по вопросам ОМС. Метод анкетирования используется уже второй раз подряд, что позволяет проследить динамику изменений в сравнении с предыдущим исследованием, которое проводилось в начале 2013 года.

На вопросы анкеты ответили 169 руководителей медицинских организаций или 94,4% от числа МО, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Кемеровской области (в том числе, 33 руководителя частных медицинских организаций и 6 руководителей федеральных медицинских организаций).

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МО

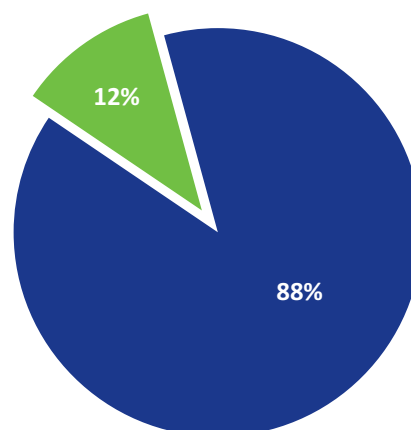
77% респондентов высоко оценили компетентность (профессионализм) специалистов ТФОМС,

23% – удовлетворительно. При этом процент ответивших «высоко» вырос – на 10% по сравнению с 2013 годом (в 2013 году – 67%).

На вопрос: «Как вы оцениваете своевременность решения проблем, которые ставите перед ТФОМС?» – руководители медицинских организаций ответили следующим образом:

88% руководителей удовлетворены своевременностью решения проблем, которые они ставят перед специалистами ТФОМС (при этом процент ответивших «своевременно» остался на уровне 2013 года). 12% респондентов хотят, чтобы вопросы, которые они поднимают, решались оперативнее (рис. 1).

Рисунок 1.
Оценка своевременности
решения проблем, которые МО ставят
перед ТФОМС



■ Своевременно (148 МО)
■ Хотелось бы оперативнее (21 МО)

В числе наиболее эффективных форм взаимодействия со специалистами ТФОМС руководители медицинских организаций отметили:

Таблица 1.
Направления деятельности ТФОМС, требующие дополнительного внимания

Направления деятельности ТФОМС	Количество респондентов (чел.)	Проценты
Планирование заданий медицинских организаций	72	43%
Расчет стоимости медицинской помощи	70	41%
Финансирование медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах по КСГ	45	27%
Информационно-разъяснительная работа по ОМС среди населения	29	17%
Информационное сопровождение застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи в сфере ОМС	23	14%
Обеспечение полисами незастрахованных граждан	22	13%
Ежемесячное распределение объемов	21	12,4%
Экспертиза качества медицинской помощи	21	12,4%
Работа в условиях полного фондодержания	19	11,2%
Информационно-разъяснительная работа по ОМС среди медицинских работников	10	6%
Контроль целевого использования средств ОМС	8	4,7%
Мониторинг доступности	6	3,6%

- Телефон – 161	95% (80%)
- Личная встреча – 112	66% (73%)
- Электронная почта – 76	45% (52%)
- Официальный web-сайт ТФОМС – 57	34% (36%)
- Обучающие семинары – 30	18% (34%)
- Обсуждение с участием широкого круга специалистов – 37	22% (25%)
- Официальный запрос – 33	19,5% (16%)
- Встреча с персоналом МО – 15	8,9% (8%)
- Другое – 2	1,2% (0,8%)

Прим.: для сравнения в скобках приведены результаты 2013 года.

Ответы руководителей МО на вопрос: «Какие направления деятельности ТФОМС требуют дополнительного внимания и более глубокой проработки?» – приведены в таблице 1.

В ответах руководителей МО наиболее часто упоминаются темы, требующие дополнительного внимания со стороны специалистов ТФОМС:

- планирование объемных и финансовых показателей медицинских организаций;
- расчет стоимости медицинской помощи;
- финансирование медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах по КСГ.

Этим направлениям ТФОМС Кемеровской области в текущем году будет уделять особое внимание.

Одной из функций ТФОМС Кемеровской области является информирование застрахованных об их правах на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в системе обязательного медицинского страхования.

Анализ анкетирования 2014 года по сравнению с 2013 годом показал, что вопросы информационно-разъяснительной работы по ОМС среди населения и

медицинских работников как требующие, по мнению респондентов, дополнительного внимания, переместились со 2-го на 4-е место и с 1-го на 10-е место соответственно, а вопросы обеспечения полисами ОМС незастрахованных граждан – с 3-го на 6-е место.

На вопрос: «Как Вы оцениваете в целом информированность жителей города/района по вопросам ОМС?» – респонденты ответили следующим образом: 41,4% руководителей медицинских организаций оценивают информированность жителей своих территорий по вопросам ОМС как хорошую, 48,5% – как удовлетворительную, 5,3% – как неудовлетворительную и 4,8% – затруднились ответить на этот вопрос. Таким образом, сравнивая ответы респондентов за 2013 год, мы видим позитивную динамику: процент оценивших информированность жителей своих территорий по вопросам ОМС на «хорошо» и «удовлетворительно» вырос по сравнению с предыдущим анкетированием на 2,4% и 0,5% соответственно, а число тех, кто поставил оценку «неудовлетворительно» либо затруднился ответить, снизилось по сравнению с 2013 годом на 1,7% и 1,2% соответственно (рис. 2).

На вопрос: «Какие, по Вашему мнению, проблемы из нижеперечисленных являются для МО наиболее актуальными сегодня?» – 134 руководителя медицинских организаций (из 167) в качестве наиболее актуальной проблемы выделили отсутствие необходимого количества медицинского персонала.

40 руководителей МО (или 24%) указали на отсутствие соответствующего оборудования (для сравнения: в 2013 году эту проблему обозначили 34 МО). При этом несколько респондентов (18 руководителей МО или 10,8%) отмечали в комментариях недостаточное финансирование, в том числе для проведения ка-

Рисунок 2.
Оценка информированности населения по вопросам ОМС, %



питательного ремонта, приобретения основных средств, дорогостоящего оборудования.

16 руководителей МО (или 9,5%) в числе актуальных проблем указали на отсутствие в необходимом количестве лекарственных препаратов и расходных материалов (для сравнения: в 2013 году такую проблему обозначил только 1 руководитель МО). При этом 8 руководителей МО (или 4,8%) положительно оценили эффективность и оптимальность механизма централизованного обеспечения МО медикаментами и продуктами питания, а 1 руководитель МО указал на длительность процедуры закупки медикаментов в настоящее время.

На вопрос: «Как Вы оцениваете текущее положение дел в сфере здравоохранения Кузбасса» – руководители медицинских организаций ответили следующим образом: текущее положение дел в сфере здравоохранения

Рисунок 3.
Оценка текущего положения дел в здравоохранении Кузбасса, %



Кузбасса 100 руководителей медицинских организаций или более половины всех респондентов (59,3%) оценили, как «стабильное и вселяющее оптимизм» (для сравнения: в 2013 году такую оценку дали 54% ответивших на вопросы анкеты).

46 руководителей МО (27,2%) оценили здравоохранение области как «неопределенное» (в 2013 г. – 29%), 10 руководителей (5,9%) – как «критическое» (в 2013 г. – 8%), 13 человек (7,6%) – затруднились с оценкой (в 2013 г. – 9%) (рис. 3).

Таким образом, респонденты отмечают положительную динамику в сфере здравоохранения Кузбасса за 2013-2014 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СМО

В 2014 году в системе ОМС Кемеровской области работали 3 страховые медицинские организации. 67% руководителей СМО высоко оценили компетентность (профессионализм) специалистов ТФОМС, 33% – удовлетворительно.

В качестве наиболее эффективных форм взаимодействия со специалистами ТФОМС руководители СМО отметили:

- Личная встреча – 2, или 66,7%,
- Телефон – 1, или 33,3%,
- Официальный запрос – 1, или 33,3%,
- Официальный web-сайт ТФОМС – 1, или 33,3%,
- Обсуждение с участием широкого круга специалистов – 2, или 66,7%,
- Электронная почта – 1, или 33,3%.

Как руководители СМО ответили на вопрос: «Как вы оцениваете своевременность решения проблем, которые ставите перед ТФОМС?» – показано на рис. 4.

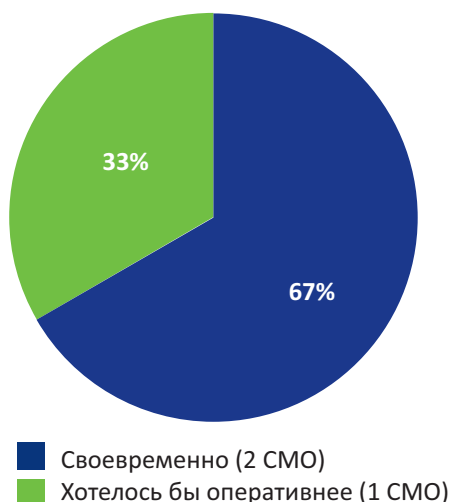
Если в 2013 году корпоративный web-сайт ТФОМС как «часто посещаемый и часто обновляемый» оценивали 67% респондентов, как «высокоинформативный» – 20%, как «редко посещаемый и редко обновляемый» – 13%, то в 2014 году на вопрос: «Достаточно ли вам информации, размещенной на сайте ТФОМС, в том числе, в закрытой и профессиональной его частях» – все руководители СМО (100%) ответили, что вполне достаточно. Следует отметить, что специалисты ТФОМС постоянно проводят работу по модернизации сайта, обновляют его дизайн, вносят изменения в алгоритм работы. Сайт становится более современным и удобным для пользователей.

Ответы руководителей СМО на вопрос: «Какие направления деятельности ТФОМС требуют дополнительного внимания и более глубокой проработки?» – приведены в таблице 3.

По мнению руководителей СМО, дополнительного внимания со стороны специалистов ТФОМС требуют:

- ежемесячное распределение объемов;
- расчет стоимости медицинской помощи.

Рисунок 4.
Оценка своевременности решения
проблем, которые СМО ставят
перед ТФОМС



Вопросы информационно-разъяснительной работы по ОМС среди медицинских работников переместились на 5 место (по сравнению с 2013 г.), к информационно-разъяснительной работе по ОМС среди населения вопросов у респондентов не возникло (для

сравнения: в 2013 году вопросы информационно-разъяснительной работы по ОМС среди медицинских работников находились на 1 месте, среди населения – на 2 месте).

На вопрос: «Как Вы оцениваете в целом информированность жителей Кузбасса по вопросам ОМС?» – все руководители страховых медицинских организаций (100%) солидарно ответили «удовлетворительно» (рис. 5).

Текущее положение дел в сфере здравоохранения Кузбасса 67% респондентов оценили, как вселяющее оптимизм, 33% – как неопределенное.

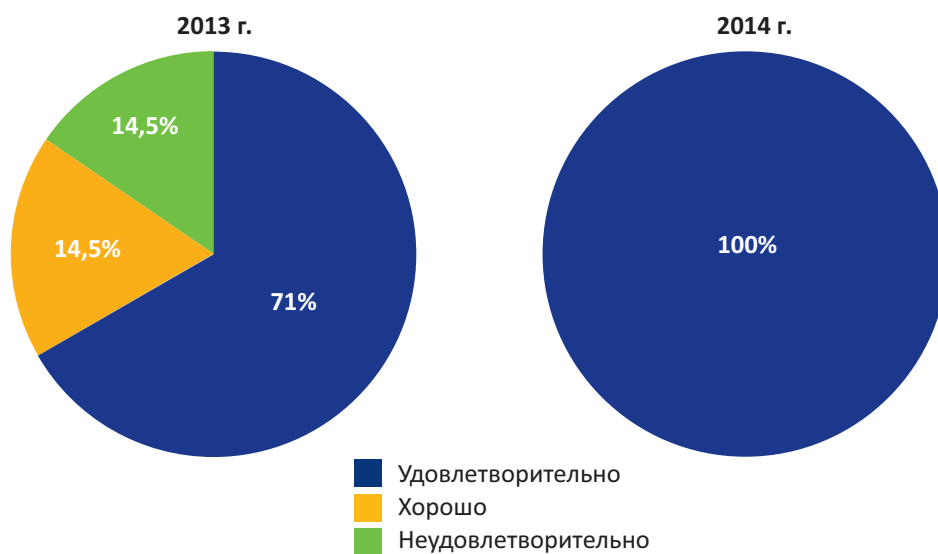
По результатам анализа анкетирования руководителей медицинских организаций и СМО, в Территориальном фонде ОМС разработан план корректирующих (предупреждающих) действий. В частности, для наиболее эффективного взаимодействия и оказания практической помощи там, где это необходимо, специалисты ТФОМС запланировали провести в 2015 году ряд обучающих семинаров для сотрудников медицинских организаций по тем вопросам, которые, по мнению руководителей МО и СМО, требуют дополнительного внимания.

Проводится планомерная работа по модернизации корпоративного сайта ТФОМС (www.kemoms.ru), актуализации его разделов. В текущем году специалисты ТФОМС и его филиалов на территориях Кемеровской области особое внимание будут уделять информированию населения и медицинских работников по вопросам обязательного медицинского страхования.

Таблица 3.
Направления деятельности ТФОМС,
которые требуют внимания (мнение руководителей СМО)

Ежемесячное распределение объемов	2
Расчет стоимости медицинской помощи	2
Планирование заданий медицинских организаций	1
Информационное сопровождение застрахованных лиц при оказания им медицинской помощи в сфере ОМС	1
Информационно-разъяснительная работа по ОМС среди медицинских работников	1
Защита прав граждан	1
Финансирование медицинской помощи в круглосуточном стационаре и дневном стационаре по КСГ	0
Экспертиза качества медицинской помощи	0
Обеспечение полисами незастрахованных граждан	0
Информационно-разъяснительная работа по ОМС среди населения	0
Контроль целевого использования средств ОМС	0
Вопросы организации ОМС	0

Рисунок 5.
Оценка информированности жителей Кузбасса по вопросам ОМС
(анкетирование СМО в 2014 г.)



АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ПРОИСХОДЯЩИМИ В СФЕРЕ ОМС

В ноябре 2013 года ТФОМС Кемеровской области внедрил систему менеджмента качества (СМК) и получил сертификат соответствия требованиям стандарта ГОСТ ISO 9001-2011. Система менеджмента качества позволяет улучшать деятельность организации, совершенствовать методы её управления, осуществлять постоянный контроль качества предоставляемых услуг с учётом требований потребителей.

Во 2-ом квартале 2014 года специалисты ТФОМС Кемеровской области в рамках маркетинговых исследований провели социологический опрос врачей амбулаторно-поликлинического звена, работающих в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную медицинскую помощь по территориальной программе ОМС.

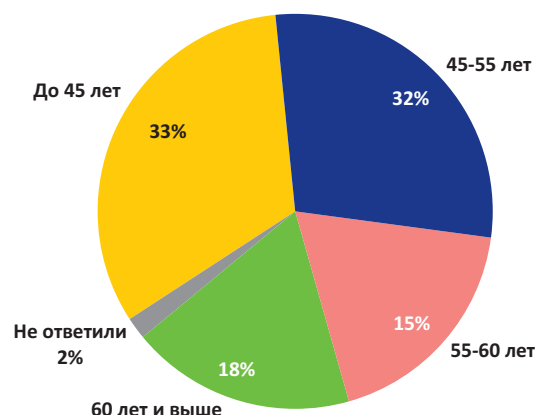
Опрос проводился с целью изучения удовлетворенности персонала медицинских организаций изменениями, произошедшими в сфере ОМС в 2011-2013 годах при реализации программы модернизации регионального здравоохранения, а также для оценки уровня информированности врачей об изменениях, которые происходят в сфере обязательного медицинского страхования.

На анкету, которая содержала 29 вопросов, ответили 482 врача: 172 врача-терапевта (36%) и 310 вра-

чей-специалистов (64%), работающих в поликлиническом звене системы ОМС.

Из общего числа врачей, ответивших на вопросы анкеты, 83% составили женщины, 17% – мужчины. Средний возраст респондентов – 51 год (рис. 1), медицинский стаж у 72,4% опрошенных составил более 15 лет (рис. 2).

Рисунок 1.
Возраст врачей



В СРЕДНЕМ - 51 ГОД

Рисунок 2.
Медицинский стаж врачей

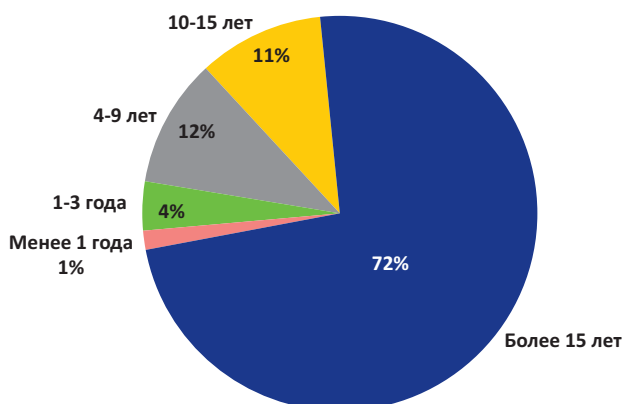
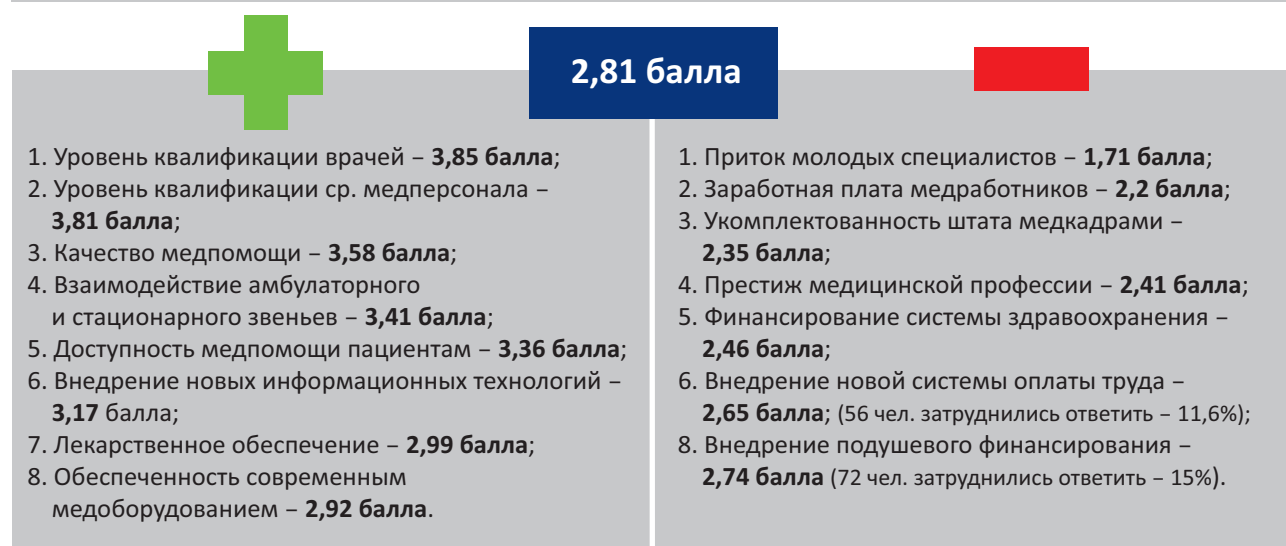


Рисунок 3.
Удовлетворенность состоянием системы здравоохранения в РФ, %



Рисунок 4.
Удовлетворенность отдельными составляющими
системы здравоохранения в РФ



На вопрос об удовлетворенности состоянием системы здравоохранения в РФ респонденты ответили по пятибалльной шкале следующим образом (рис. 3):

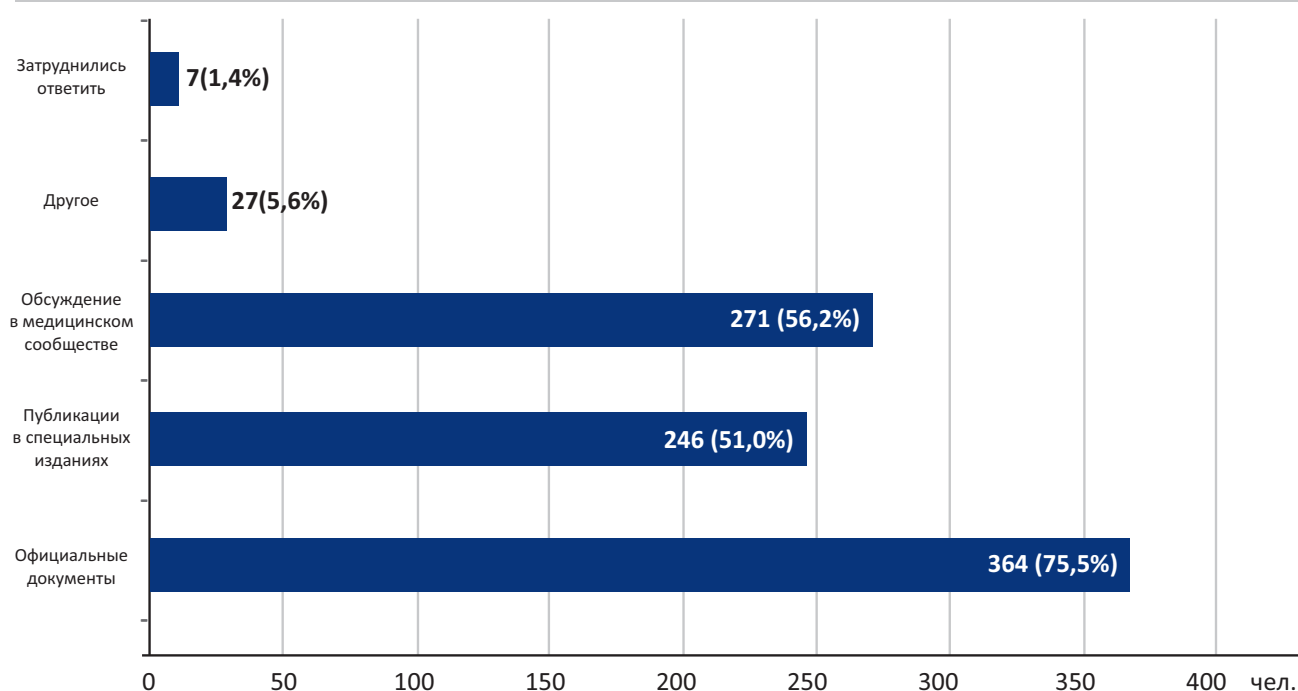
- не удовлетворены (1 балл) – 9% (43 чел.),
- оценили удовлетворенность на 2 балла – 22% (103 чел.),
- на 3 балла – 49% (232 чел.),
- на 4 балла – 14% (66 чел.)
- полностью удовлетворены (5 баллов) – 4% (18 чел.),
- не ответили на вопрос 2% респондентов (20 чел.).

Результаты ответов респондентов в части удовлетворенности отдельными составляющими системы здравоохранения РФ показаны на рисунке 4.

95% опрошенных интересуются изменениями, происходящими в системе здравоохранения, 4% ответили «нет», и 1% – затруднились с ответом.

В качестве источника получения информации об изменениях, происходящих в системе здравоохранения, 75,5% врачей предпочитают использовать официальные документы (рис. 5).

Рисунок 5.
Источники информации об изменениях в здравоохранении, %



При опросе оценивался уровень знаний врачами основных законодательных документов:

- ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ – знают и читали этот документ 50% респондентов (рис. 6).
- ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страхо-

вании в РФ» от 29.11.2010 №326-ФЗ – знают и читали этот документ 61% врачей (рис. 7).

- Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи – знают и читали этот документ 61% врачей (рис. 8).
- Территориальная программа ОМС – 69% врачей знают и читали документ (рис. 9).

Рисунок 6.
Уровень знаний ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ



Рисунок 7.
Уровень знаний ФЗ РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 №326-ФЗ



Рисунок 8.
Уровень знаний Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

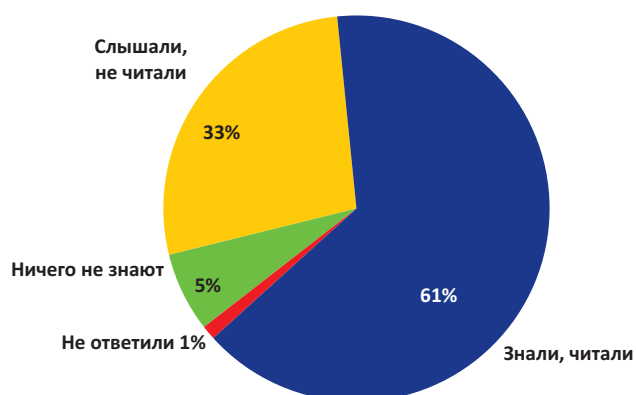


Рисунок 9.
Уровень знаний Территориальной программы ОМС

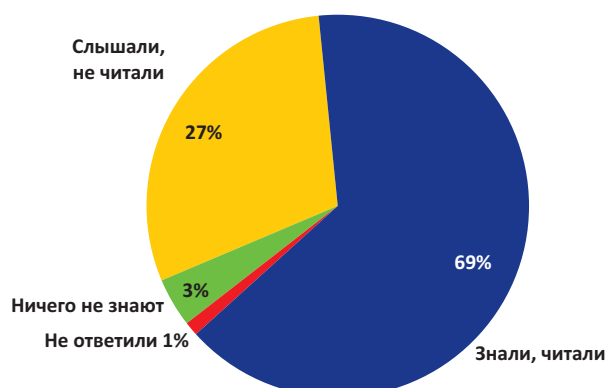
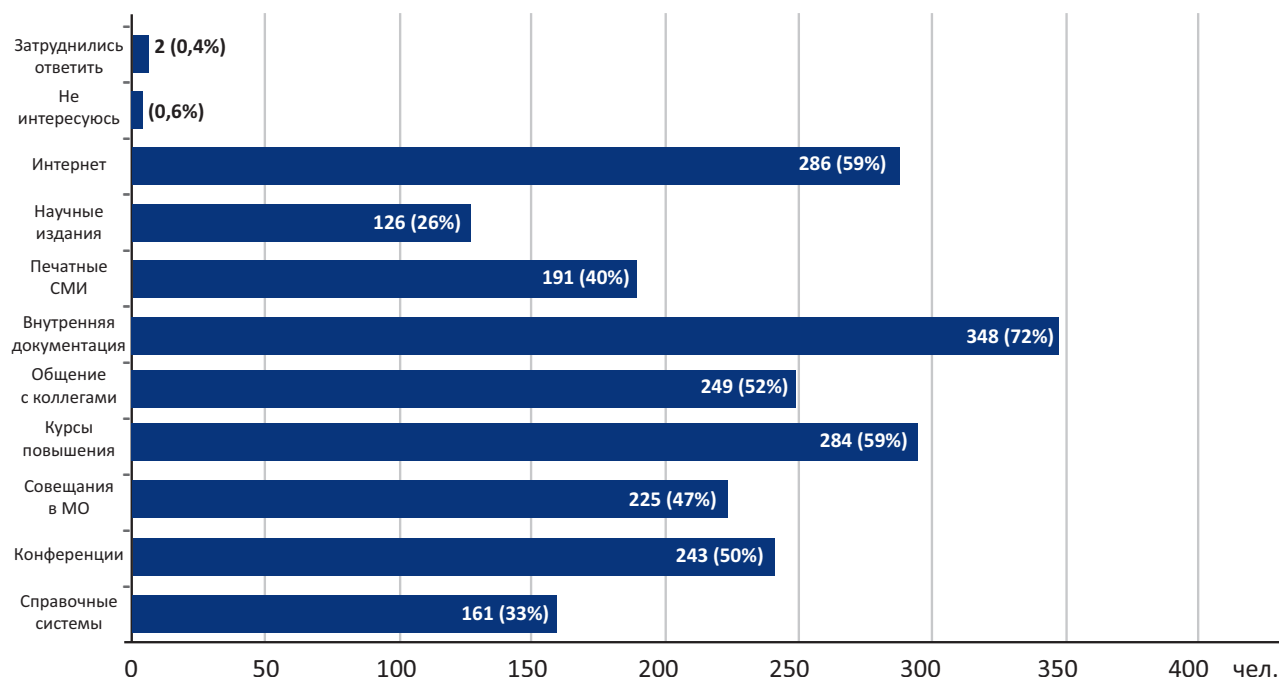


Рисунок 10.
Источники информации о нормативно-правовых актах



Отвечая на вопрос об источниках получения информации о нормативно-правовых актах, на первое место респонденты поставили внутреннюю документацию – 72,2%, на второе – интернет (59,3%), на третье – курсы повышения квалификации (58,9%) (рис. 10).

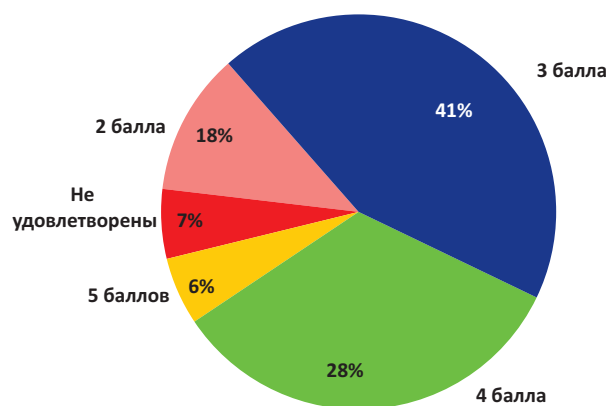
На рисунке 11 дана оценка удовлетворенности врачей уровнем своих знаний нормативно-правовых актов, действующих в системе здравоохранения. Среднее значение удовлетворенности составило 3,1 балла. Мнения врачей о материально-технических ресурсах, имеющихся в медицинской организации, показаны на рисунке 12.

При опросе врачей оценивалась их удовлетворенность различными аспектами работы медицинских организаций, такими как:

- оснащенность современным медицинским оборудованием;
- обеспеченность необходимыми медикаментами, инструментарием и инвентарем;
- санитарное состояние;
- возможность ведения медицинских карт пациентов в электронном виде;
- наличие телемедицинских систем;
- оснащенность рабочего места компьютером, доступ в интернет;
- оснащенность медицинской организации терминалами для самозаписи к врачу;
- укомплектованность штата врачами-терапевтами, врачами-специалистами, средним медицинским персоналом;
- уровень заработной платы.

Результаты отражены на рисунке 13.

Рисунок 11.
**Удовлетворенность врачей
своими знаниями
нормативно-правовых актов**



В СРЕДНЕМ – 3,1 БАЛЛА

Рисунок 12.
Обеспеченность МО материально-техническими ресурсами, %

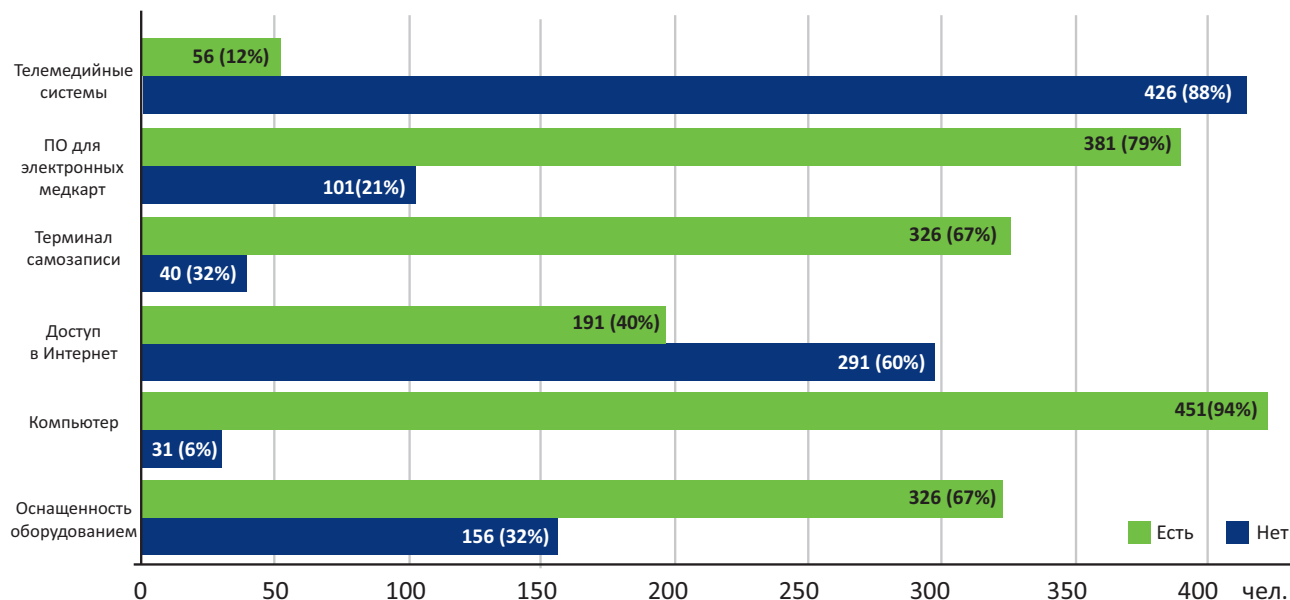


Рисунок 13.
Удовлетворенность различными аспектами работы своей МО



1. Обеспеченность врачами-терапевтами – **2,6 балла**;
2. Обеспеченность врачами-специалистами – **2,6 балла**;
3. Оснащенность рабочего места доступом в интернет – **2,5 балла**;
4. Уровень заработной платы медицинских работников – **2,3 балла**;
5. Наличие телемедицинских систем в МО – **1,7 балла**.



1. Оснащенность МО терминалом для самозаписи к врачу – **4,2 балла**;
2. Оснащенность рабочего места компьютером – **3,8 балла**;
3. Санитарное состояние помещения – **3,5 балла**;
4. Обеспечение необходимыми инструментами и инвентарем – **3,5 балла**;
5. Возможность ведения медицинских карт пациентов в электронном виде – **3,5 балла**;
6. Оснащенность современным медицинским оборудованием и приборами – **3,3 балла**;
7. Обеспечение необходимыми медикаментами – **3,3 балла**;
8. Обеспеченность средним медперсоналом – **3,0 балла**.

Рисунок 14.
Удовлетворенность
своей работой в МО



Удовлетворенность непосредственно своей работой в медицинской организации врачи оценили на 3,6 балла по пятибалльной шкале (рис. 14):

- полностью удовлетворены на 5 баллов – 79 чел. (16%);
- удовлетворены на 4 балла – 198 чел. (41%);
- удовлетворены на 3 балла – 160 чел. (33%);
- удовлетворены на 2 балла – 32 чел. (7%);
- не удовлетворены – 13 чел. (3%).

Также респонденты ответили на вопрос об удовлетворенности отдельными составляющими своей работы в данной медицинской организации. Так, удовлетворенность возможностью профессионального роста врачи оценили в 3,2 балла; стабильностью и надежностью работы – в 4 балла; соответствием работы профессиональным навыкам – в 4,1 балла; престижностью места работы – 3,4 балла; заработной платой – 2,6 балла; отношениями в коллективе – 4,2 балла; графиком работы – 4,2 балла; объемом выполняемой работы – 3,4 балла; отношениями с руководителем – 4,4 балла; оснащенностью рабочего места – 3,6 балла; возможностью быть по достоинству оцененным своим руководителем – 3,8 балла; степенью информированности о результатах своей работы – 4 балла; возможностью участвовать в принятии решений – 3,7 балла.

На рисунке 15 показана информация о критериях, которые, как считают врачи, должны в первую очередь учитываться при начислении стимулирующих выплат.

Рисунок 15.
Критерии для начисления
стимулирующих выплат

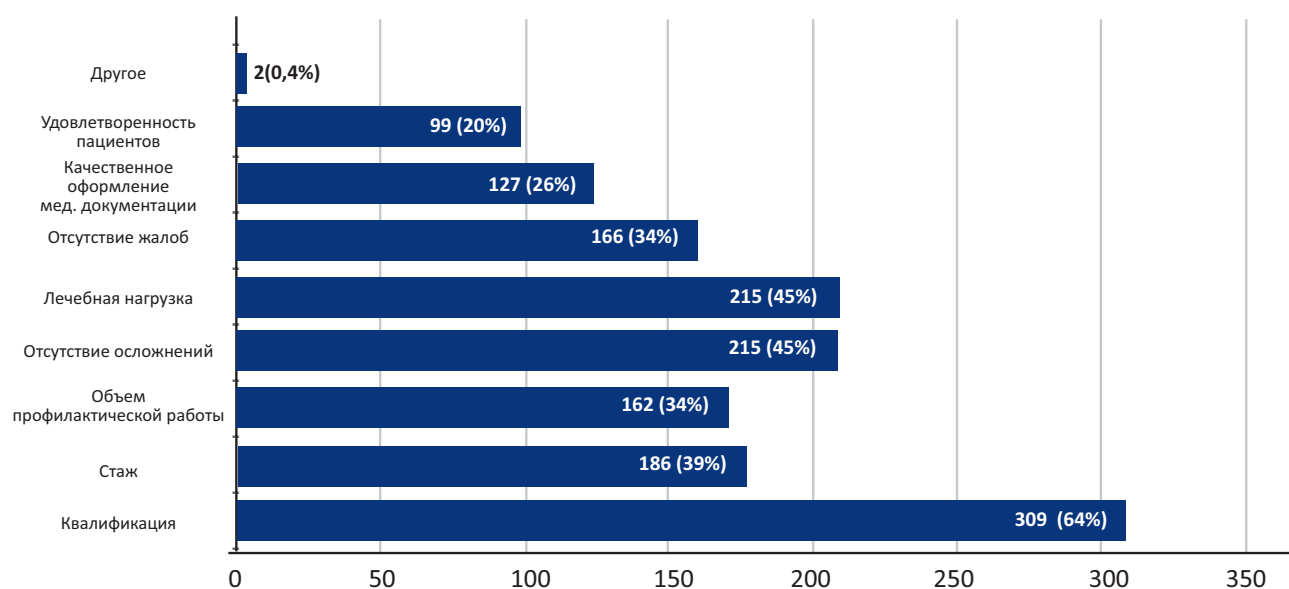
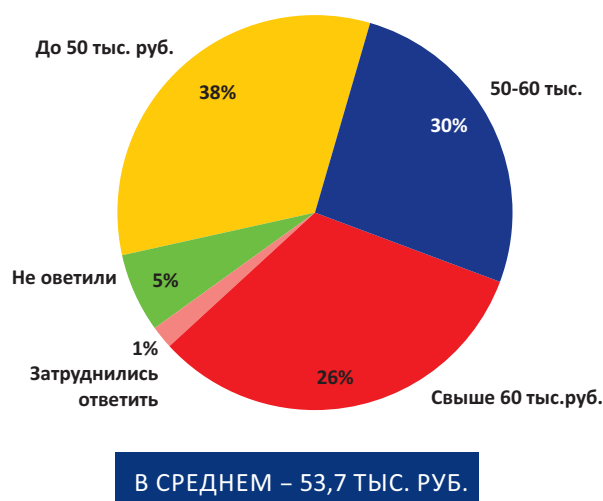


Рисунок 16.
Уровень справедливой заработной платы врачей (мнение врачей)



Оценка уровня «справедливой», по мнению респондентов, заработной платы (с учетом опыта работы, нагрузки, ответственности) представлена на рис. 16. Врачи считают, что заработная плата врача должна быть не ниже 53,7 тыс. рублей в месяц, т.е. в 2,3 раза выше фактической.

Свое материальное положение врачи оценили следующим образом (рис. 17).

На вопрос, кто более защищен в своих правах – врач или пациент, – 69,3% респондентов считают пациента более защищенным (рис. 18).

На вопрос о соблюдении лечащим врачом нижеперечисленных принципов при оказании медицинской помощи респонденты ответили, что необходимо:

- информировать пациентов об их правах в том, что касается получения медицинской помощи – 74,7%;
- информировать пациентов о состоянии их здоровья, результатах обследования и диагнозе – 86,3%;
- информировать пациентов о методах лечения, лекарственных препаратах и их побочных эффектах – 88,4%;

Рисунок 17.
Материальное положение врачей

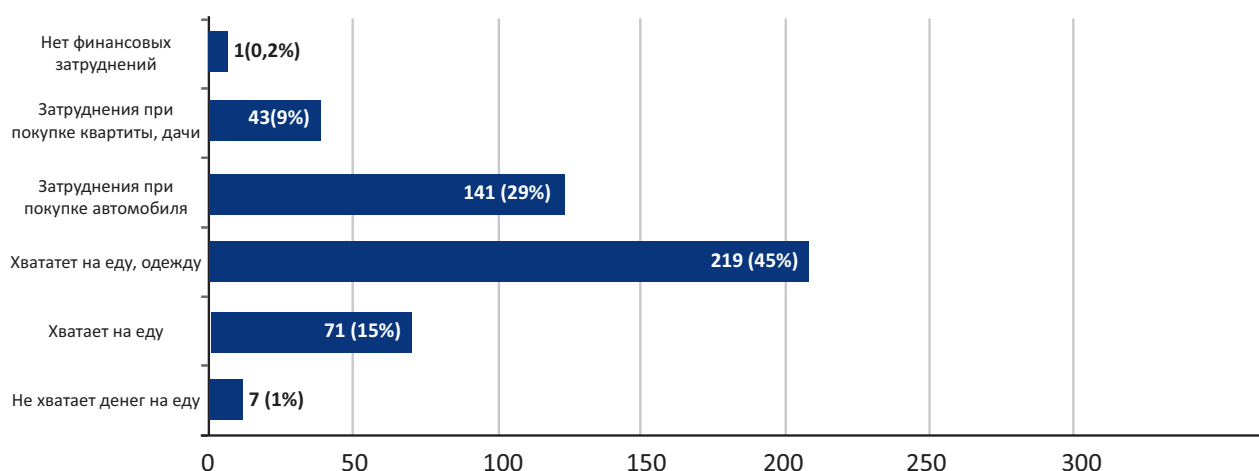
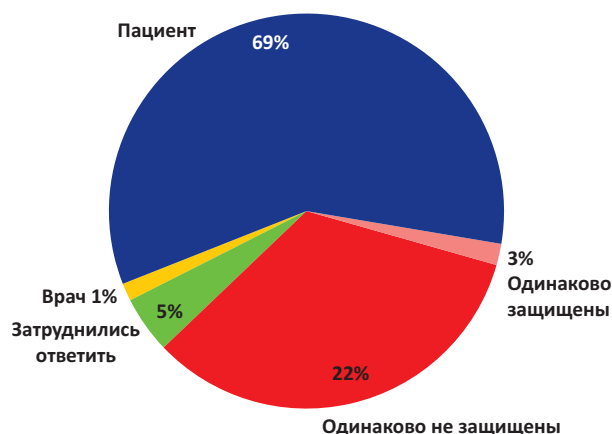


Рисунок 18.
Степень защищенности в своих правах



- получать добровольное информированное согласие пациентов на медицинское вмешательство – 85,3%;
- проводить по просьбе пациентов консилиум, направлять их на консультации к другим специалистам – 55,6%;

- информировать пациентов о возможности отказа от медицинского вмешательства и возможных последствиях такого отказа – 87,8%;

- сохранять в тайне информацию о факте обращения пациентов за медицинской помощью, а также о состоянии их здоровья и диагнозе – 87,1%.

Предоставляют пациентам возможность воспользоваться такими правами, как:

- правом на ознакомление с медицинской картой, результатами обследования, получение копии медицинских документов – 72,2% респондентов;



- правом на выбор медицинской организации – 69,3%;
- правом выбора лечащего врача – 58,9%;
- правом на бесплатное получение медицинской помощи в МО на всей территории РФ при наличии полиса ОМС – 81,9%;
- правом на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала – 81,5%;
- правом на возмещение медицинской организацией ущерба в случае причинения вреда здоровью пациента при оказании медицинской помощи – 52,7%.

В целом итоги опроса врачей по пятибалльной шкале выглядят следующим образом:

1. Удовлетворенность работой в своей МО – 3,6 балла.
2. Удовлетворенность врачей амбулаторного звена состоянием системы здравоохранения в Российской Федерации – 2,8 балла.
3. Удовлетворенность уровнем финансирования здравоохранения – 2,5 балла.
4. Удовлетворенность уровнем укомплектованности кадрами – 2,3 балла.
5. Удовлетворенность уровнем оплаты труда – 2,3 балла.
6. Удовлетворенность уровнем знаний нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения – 3,1 балла.
7. Уровень информированности врачей об основных законодательных актах в сфере здравоохранения и ОМС – от 50 до 69%.
8. Не знают, не читали ФЗ РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» – 49%.
9. Не знают, не читали ФЗ РФ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» – 40%.
10. Не знают, не читали постановление Правительства от 18.10.2013 №932 о Программе государственных гарантий на 2014-2016 гг. – 40%.

11. Не знают, не читали ТПОМС – 30%.

12. Уровень знаний о правах пациентов – от 61 до 89%.

13. Всегда соблюдают права пациентов – от 53 до 82%.

14. Никогда не соблюдают права пациентов – от 0,4 до 2%.

15. Считают, что пациент больше защищен в своих правах – 70%.

16. Не удовлетворены своим материальным положением – 60%.

По отдельным моментам, заслуживающим особого внимания, специалистами ТФОМС предприняты конкретные меры, направленные на улучшение знаний медицинских работников по вопросам обязательного медицинского страхования.

В целях повышения информированности медицинских работников о системе ОМС специалисты ТФОМС и его филиалов проводят рабочие встречи, обучающие семинары с медицинскими работниками в медицинских организациях на территориях области.

Ведется планомерная работа по модернизации сайта ТФОМС (www.ketoms.ru), актуализируются его разделы, внедряются новые сервисы, максимально удобные для пользователей.

Так, в январе 2015 года на web-сайте ТФОМС была создана отдельная рубрика, где размещены материалы о правах и обязанностях пациентов, медицинских организаций и медицинских работников при оказании медицинской помощи по ТПОМС. В дальнейшем рубрика будет пополняться документами по мере необходимости.

На нашем сайте сохраняет свою популярность рубрика «Вопрос-ответ», которая работает практически в режиме on-line не только для пациентов, но и для специалистов медицинских организаций.

Также в наши планы входит разработка памяток, брошюр о правах и обязанностях пациентов при получении медицинской помощи, правах и обязанностях медицинских организаций, медицинских работников при оказании медицинской помощи по ТПОМС. В 2015 году в медицинских организациях будут модернизированы и обновлены информационные стенды ТФОМС.



Хайдарова А.Г.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Анжеро-Судженский филиал

ИНФОРМИРОВАН – ЗНАЧИТ ЗАЩИЩЕН

Обеспечение защиты прав застрахованных является одним из важнейших аспектов деятельности системы ОМС. Но граждане не всегда пользуются своими правами в системе обязательного медицинского страхования. Причина этого – недостаточная информированность. Поэтому Анжеро-Судженский филиал ТФОМС Кемеровской области проводит большую работу по информированию не только граждан об их правах, но и медицинских работников.

Анжеро-Судженский филиал ТФОМС КО курирует четыре муниципальных образования: Анжеро-Судженский городской округ, Тайгинский городской округ, Яйский и Ижморский районы. В 2014 году на этих территориях в местных СМИ опубликовали 27 статей на темы: «Все, что нужно знать о полисе ОМС», «О диспансеризации и медицинских осмотрах», «Скорая медицинская помощь – год работы в системе ОМС», «Медицинская помощь за счет средств ОМС», «Медицинская помощь беженцам из Украины».

В каждом подразделении МО имеются стенды ТФОМС, на которых размещена информация о получении гарантированной бесплатной медицинской по-



ХАЙДАРОВА А.Г.,
заместитель директора
Анжеро-Судженского филиала

мощи и помощи на платной основе, а также о правах застрахованных граждан.

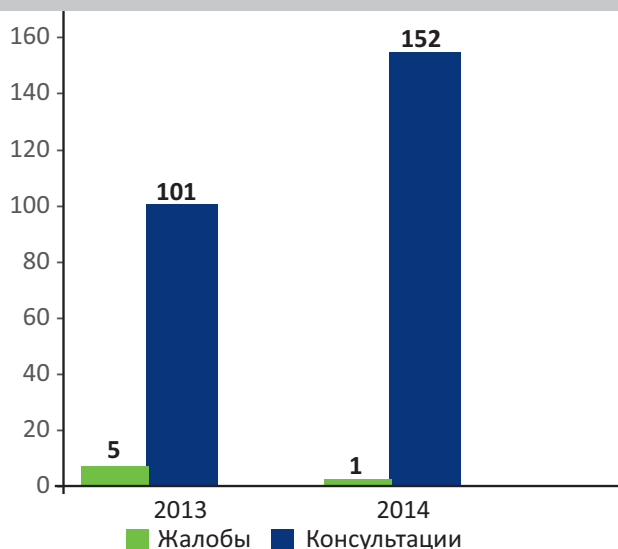
В 2014 году специалистами филиала изготовлены и распространены 1000 тематических листовок: «Возьми с собой в отпуск полис ОМС» и «СМО, работающие на территории Кемеровской области». Выпущено 50 плакатов «О правилах получения бесплатной медицинской помощи». Обновлено 69 стендов во всех медицинских организациях. Размещена актуальная информация на 15-ти интернет-сайтах (медицинских организаций и администраций муниципалитетов).

Кроме того, на местном телевидении г. Анжеро-Судженска транслировались видеоролики: «Ребенок родился – получите полис ОМС», «Приглашаем на диспансеризацию». На радио вышла передача о получении бесплатной медицинской помощи с участием специалистов филиала. Один раз в неделю специалисты отвечают на вопросы граждан по телефону «горячей линии».

Ещё одно важное направление в информировании населения – встречи сотрудников филиала – представителей ТФОМС с пациентами и медицинскими работниками поликлиник и отделений стационаров. Такие встречи проводятся ежемесячно, в соответствии с графиком. За прошедший год было проведено 13 встреч по вопросам доступности медицинской помощи, о порядке получения полиса ОМС. Преимущество таких мероприятий – пациенты оперативно получают ответы на свои вопросы.

Уже не первый год на базе медицинского колледжа г. Анжеро-Судженска врач по защите прав застрахованных организует встречи со студентами старших курсов и учащимися на курсах повышения квалификации. На курсах обучаются средние медицинские работники из медицинских организаций курируемых территорий. Мероприятия проходят в виде «круглых столов», в ходе которых освещаются основные вопросы ОМС и права застрахованных граждан.

Рисунок 1.
Динамика жалоб и обращений



Специалисты филиала регулярно встречались с родителями детей-инвалидов и персоналом реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями. К дню защиты детей в Центре была проведена акция «Подари аллею детям», после которой детям были вручены подарки от Анжеро-Судженского филиала.

Таблица 1.
Обращение граждан
в Анжеро-Судженский филиал ТФОМС

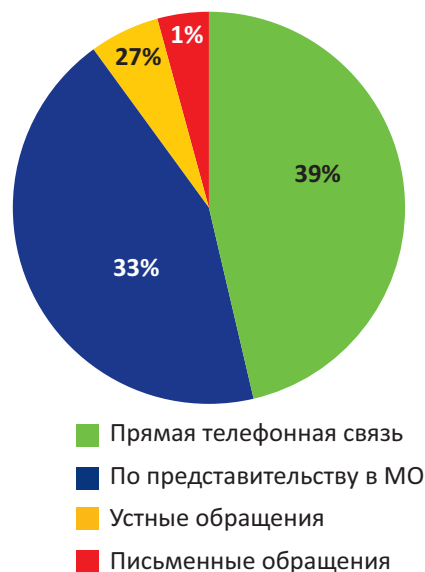
Виды обращений	2013 г.	2014 г.
Обращений за консультацией всего:	101	152
в т.ч. по «горячей линии»	27	50
По представительству в МО	41	41
Устные обращения за консультацией	33	59
Письменные обращения	0	2

Результат нашей работы – улучшение доступности и качества медицинской помощи застрахованным и снижение количества жалоб от граждан по вопросам ОМС.

В сравнении с 2013 годом количество обоснованных жалоб от застрахованных в 2014 году значительно снизилось. Если в 2013 году поступило пять обоснованных жалоб, то в 2014 г. – всего одна (рис.1).

В результате активной разъяснительной работы, которую проводил филиал, граждане узнали, куда можно обращаться за помощью и консультацией, а количество обращений к специалистам филиала увеличилось в 1,5 раза. В течение прошлого года поступило всего 152 обращения: 150 устных и 2 письменных. Из них 100% – за консультацией (табл.1).

Диаграмма 1.
Структура консультаций за 2014 год



В 2015 году Анжеро-Судженский филиал планирует совершенствовать работу по информированию населения. Заключен государственный контракт с телерадиокомпанией г. Анжеро-Судженска, и у филиала появилась возможность освещать вопросы ОМС не только на радио, но и по телевидению. Планируем взаимодействие с городским центром занятости населения, с учебными заведениями городов и районов. Надеемся, что при проведении всех намеченных мероприятий филиал достигнет наибольших результатов по информированию населения по реализации ТПГТ на территориях, курируемых филиалом.



ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФИЛИАЛА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ



СУЛТАНОВ В.М.,
директор
Ленинск-Кузнецкого филиала

Ленинск-Кузнецкий филиал ТФОМС осуществляет функции в сфере обязательного медицинского страхования в следующих муниципальных образованиях: г. Ленинск-Кузнецкий, г. Полысаево, Крапивинский муниципальный район, Ленинск-Кузнецкий муниципальный район.

Результаты анкетирования руководителей девяти медицинских организаций, работающих на подведомственных филиалу территориях и участвующих в реализации территориальной программы ОМС, показали, что специалисты филиала своевременно отвечают на вопросы медицинских организаций, в рамках своей компетенции решают возникающие проблемы. Однако, отмечены некоторые направления деятельности ТФОМС, которые требуют дополнительного разъяснения.

ПЛАНИРОВАНИЕ ОБЪЕМНЫХ И ФИНАНСОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

На первом месте – 56% опрошенных – считают, что теме планирования объемных и финансовых показателей медицинской помощи нужно уделять особое внимание.

При формировании объемных и финансовых показателей на 2014 и 2015 годы специалисты филиала оказывали методологическую и практическую помощь медицинским организациям:

- при возникновении затруднений у МО, осуществляли ввод данных в информационную систему «Формирование задания медицинской организации на оказание медицинской помощи» через web-сайт ТФОМС;

- рассматривали индивидуальные длительности лечения в круглосуточном и дневном стационаре;

- анализировали планы стационарной помощи в разрезе КСГ с использованием достигнутых значений за предыдущий период.

В период формирования ежемесячных планов медицинских организаций, специалисты филиала анализируют оперативную информацию по принятым реестрам по всем видам медицинской помощи с целью выявления значительных отклонений от среднемесячных значений и своевременной корректировки плана.

В связи с недостаточностью средств МБУЗ «ЦРБ Ленинск-Кузнецкого муниципального района», специалисты филиала принимали активное участие в изыскании возможности увеличения дохода медицинской организации. В результате проведенной работы, в соответствии с предложением территориальной рабочей группы, комиссией по разработке территориальной программы ОМС с 01.07.2014 для МБУЗ «ЦРБ Ленинск-Кузнецкого муниципального района» увеличен коэффициент на содержание ФАПов с 1,0905 до 1,3871, что позволило увеличить годовой доход медицинской организации на 6,1 млн рублей.

Специалисты филиала сочли обоснованным обращение МБУЗ «Крапивинская ЦРБ» в КРТПОМС об увеличении объема отдельных медицинских технологий на 2014 год. Решение об увеличении принято 28.05.2014 г.

По обращению МБУЗ «Станция скорой медицинской помощи» г. Ленинск-Кузнецкого специалисты филиала принимали участие в подготовке ходатайства в ДОЗН КО об увеличении дохода МО в связи с дефицитом средств, обусловленным передачей автохозяйства на баланс медицинской организации. Решением КРТП от 25.12.2014 доход увеличен на 500 тыс. рублей.

По обращению МБУЗ «Городская больница №1», специалистами филиала произведен расчет индивидуальных нормативов количества вызовов скорой медицинской помощи на 1000 прикрепленного населения, применяемых при расчете стимулирующей части подушевого норматива, которые утверждены решением КРТП от 12.09.2014, что позволило увеличить факти-

ческий доход медицинской организации только за последний квартал 2014 года на 1,5 млн руб.

ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО КСТ

На втором месте – 44% опрошенных – высказывают мнение о необходимости рассмотрения вопросов, связанных с финансированием медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационаре по КСТ.

Специалистами филиала в феврале-марте 2014 года организованы выездные семинары с целью обучения работников медицинских организаций действующим принципам и способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС. На конкретных примерах разобраны случаи финансовых потерь медицинских организаций и предложены варианты оптимизации расчетов в соответствии с действующим Положением об оплате медицинских услуг и Тарифным соглашением.

Ежемесячно экономисты медицинских организаций обращаются к специалистам филиала за разъяснениями по возникающим вопросам централизованного расчета стоимости медицинской помощи.

Неоднократно в филиал поступали обращения из МО по вопросам, связанным с кодированием медицинских услуг.

Учитывая положительную оценку медицинских организаций, филиал Фонда в текущем году продолжит указанную работу данного направления деятельности.

В марте 2015 года проведен обучающий семинар со специалистами амбулаторно-поликлинического звена медицинских организаций подведомственных территорий. На семинаре, с использованием презентаций, рассмотрены способы оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вопросы ежемесячного планирования объемов, примеры финансовых потерь медицинских организаций в 2014 году и текущем периоде 2015 года, разобраны возможные варианты их предотвращения. По итогам работы

за 1 квартал 2015 года планируется провести подобные семинары для специалистов стационарной службы медицинских организаций, станции скорой медицинской помощи.

По итогам полугодия, 9 месяцев, года, специалисты филиала ТФОМС проведут детальный анализ выполнения объемных и финансовых показателей медицинских организаций подведомственных территорий. В случае невыполнения объемов и стоимости медицинской помощи возможно перераспределение объемов между медицинскими организациями или уточнение планируемых показателей. Наша совместная задача – максимальное освоение медицинскими организациями запланированных средств.

ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Вопросы, связанные с экспертной деятельностью в медицинских организациях, отметили 33% опрошенных. Работники филиала рассмотрели предложения медицинских организаций о перечне дефектов при оказании медицинской помощи и финансовых санкциях.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛИСАМИ НЕЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН

Тему обеспечения полисами незастрахованных граждан (11%) отразила только МБУЗ «ЦРБ» Ленинск-Кузнецкого района. По договоренности с администрацией больницы в феврале 2015 года проведена встреча сотрудников филиала с коллективом медицинских работников для разъяснений данного вопроса.

Таким образом, основная цель анкетирования – выявление «слабых сторон» при взаимодействии участников, работающих в системе ОМС. С помощью анкетирования мы можем «держать руку на пульсе», конструктивно строить свою работу, оказывая методологическую, консультативную, практическую помощь медицинским организациям.



Звягина А.С.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, УСТАНОВЛЕННЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ЗВЯГИНА А.С.,
консультант отдела
правового обеспечения
и организации закупок

Согласно Конституции Российской Федерации человек, чьи права и свободы представляют собой высшую ценность, имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. В настоящей статье речь пойдет о нормативных аспектах реализации права на получение качественной медицинской помощи.

Положения Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» разъясняют, что медицинская помощь – это комплекс мероприятий, которые направлены на поддержание и (или) восстановление здоровья и включают в себя предоставление медицинских услуг; качество медицинской помощи – это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Медицинская деятельность включает в себя не только оказание медицинской помощи, но и проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также профессиональную деятельность, связанную с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности может быть внутренним, ведомственным и государственным. Предлагаю рассмотреть специфику каждой формы контроля в сфере осуществления медицинской деятельности.

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ

Федеральным законом от 04.05.2011 №99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» ме-

дицинская деятельность включена в перечень видов деятельности, требующих лицензирования (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»).

Специфика лицензирования медицинской деятельности раскрыта законодателем в «Положении о лицензировании медицинской деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), утвержденном Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 №291 (далее по тексту – Положение о лицензировании медицинской деятельности).

Данное Положение о лицензировании медицинской деятельности содержит новеллу: в качестве одного из лицензионных требований, которые законодатель предъявляет и к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности, и к лицензиату (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности), указано наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Положения Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» наделяют руководителей медицинских организаций полномочиями по установлению порядка проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем:

- соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;
- создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Наряду с руководителем, вопросами организации и проведения внутреннего контроля качества и

безопасности медицинской деятельности занимается врачебная комиссия медицинской организации (Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 №502н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»). В полномочия врачебной комиссии входят:

- оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов;
- оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации.

Таким образом, врачебная комиссия имеет возможность контролировать соблюдение требований законодательства в сфере оказания медицинской помощи (например, в сфере реализации стандартов медицинской помощи), а также оценивать деятельность врачей.

В процессе внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности экспертиза качества медицинской помощи может проводиться вне рамок обязательного медицинского страхования. Положение о лицензировании медицинской деятельности относит данную экспертизу к лицензируемым видам деятельности.

Стоит добавить, что несоблюдение лицензионного требования, касающегося наличия внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, может повлечь административную ответственность, предусмотренную ч. 3, 4 статьи 14.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (осуществление предпринимательской деятельности с нарушением/грубым нарушением условий, предусмотренных специальным разрешением (лицензией)), ч. 2, 3 статьи 19.20 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (осуществление деятельности, не связанной с извлечением прибыли, с нарушением/грубым нарушением требований или условий специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательно (обязательна)).

ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в подведомственных им органах и организациях.

Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утвержден Приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1340н. В ходе ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности проводятся плановые и внеплановые документарные и (или) выездные проверки. По объему проверки под-

разделяются на целевые и комплексные, по результатам проверок составляются акты, может быть выдано предписание об устранении выявленных нарушений в установленный срок. В соответствии с Законом Кемеровской области от 17.02.2004 №7-ОЗ «О здравоохранении» в Кузбассе качество и безопасности медицинской деятельности контролирует Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности на территории Кемеровской области реализуется путем:

- проведения проверок применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Должностные лица органов исполнительной власти при проведении ведомственного контроля имеют право организовывать проведение экспертиз качества медицинской помощи.

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ

Функция государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности возложена на Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, Федеральную службу по труду и занятости в соответствии с их полномочиями.

Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности утверждено Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 №1152.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем лицензирования медицинской деятельности и проведения проверок:

- 1) соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 2) применения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 3) соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, диспансе-

ризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

4) соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

5) соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к ним в ходе профессиональной деятельности в соответствии с законодательством;

6) организации и исполнения ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности медицинскими организациями.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется посредством плановых и внеплановых документарных и (или) выездных проверок в порядке, предусмотренном Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», по результатам проверок составляются акты. При проведении проверки в рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности может быть проведена экспертиза качества медицинской помощи, оказанной пациенту.

Наряду с рассмотренными выше формами контроля качества и безопасности медицинской деятельности, права и интересы граждан защищает институт экспертизы качества медицинской помощи, которая оказывается в рамках программ обязательного медицинского страхования (далее по тексту – экспертиза качества медицинской помощи).

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Экспертиза качества медицинской помощи – это один из способов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Экспертиза качества проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе, оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд, Территориальный фонд, страховая медицинская организация поручают проведение данной экспертизы эксперту качества медицинской по-

мощи из числа экспертов, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи.

Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи содержит сведения об экспертах качества медицинской помощи, в том числе: фамилию, имя, отчество, специальность, стаж работы по специальности и иные сведения, предусмотренные порядком ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи. Порядок ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном интернет-сайте ТФОМС утвержден приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 13.12.2011 №230.

Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.

Результаты экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным «Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», который утвержден Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230.

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, который установлен правилами обязательного медицинского страхования.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что законодательство предусматривает развитие в Российской Федерации многоуровневой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности, и значительную роль играют в ней территориальные фонды обязательного медицинского страхования.



Субботина Г.Н., Куренкова Н.Н., Идоленко Н.И.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Беловский филиал, МБУ «Городская больница №1» г. Белово

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. БЕЛОВО И БЕЛОВСКОГО РАЙОНА



СУББОТИНА Г.Н.,
директор Беловского филиала

В 2014 году организация оказания неотложной медицинской помощи населению г. Белово и Беловского района продолжена в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 г. №543н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 10.08.2012 г. №1122. Главная задача – повышение эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, которые не требуют срочного медицинского вмешательства.

В г. Белово оказание неотложной медицинской помощи взрослому населению организовано в поликлиниках трёх больниц города, детям – в кабинетах неотложной медицинской помощи, созданных в МБУЗ «Детская городская больница №1».

Кабинеты неотложной медицинской помощи оказывают помощь гражданам в часы работы поликлиник. Единицей объёма является посещение поликлиники и посещение врача на дому. Для функционирования кабинетов неотложной медицинской помощи получены лицензии на данный вид деятельности, подготовлены для работы фельдшеры и медицинские сёстры, кабинеты обеспечены лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, медицинским инструментарием и сумками для оказания неотложной медицинской помощи на дому.

Например, в течение 2014 года в МБУ «Городская больница №1» г. Белово непосредственно в кабинете оказания неотложной медицинской помощи приняли 1387 пациентов, из них 3 человека были госпитализированы в стационар, остальным (99,5%) оказана неотложная медицинская помощь.

Для оказания неотложной медицинской помощи на дому сформирована **выездная бригада**, в состав которой входят фельдшер и участковая медсестра. Основные функции выездной бригады:

- оказание неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний;
- организация госпитализации больных в стационар в экстренных случаях;
- обеспечение преемственности в работе с участковыми врачами-терапевтами для дальнейшего лечения и наблюдения за больным;
- своевременное оповещение о случаях впервые выявленных инфекционных заболеваний в установленном порядке.

Учётно-отчётная документация кабинета оказания неотложной медицинской помощи:

- журнал записи вызовов на дом (форма № 031/у);
- медицинская амбулаторная карта пациента (форма № 025/у-04);
- талон амбулаторного пациента (форма № 025-12/у);
- направление на госпитализацию (форма № 057/у-04);
- журнал учёта процедур (форма № 029/у).

Кабинеты оказания неотложной медицинской помощи поликлиник тесно взаимодействуют со станцией скорой медицинской помощи (ССМП) в части передачи вызовов из «Скорой» в поликлиники в следующих случаях:

- головная боль;
- повышенное артериальное давление;
- боль в пояснице, шее;
- боль в глазу, ухе;
- сыпь без температуры, поноса, рвоты, судорог и нарушения сознания.

В поликлиниках есть ответственные лица, которые принимают вызовы от ССМП и сообщают пациенту о том, что его вызов будет обслуживаться поли-

Таблица 1.
Динамика числа обслуженных вызовов поликлиникой
МБУ «Городская больница №1» г. Белово,
переданных ССМП за 2013-2014 гг.

Вид медицинской помощи и наблюдение пациентов по результатам обслуженных вызовов, переданных ССМП	2013 г.		2014 г.	
	Число вызовов	% от общего числа вызовов	Число вызовов	% от общего числа вызовов
Всего вызовов, переданных ССМП, в том числе:	3250	100	4617	100
Назначено амбулаторное лечение	136	12	182	8,6
Госпитализировано в стационар	2	0,17	8	0,4
Оставлены дома под наблюдением участкового врача	3112	87,83	4427	91

клиникой. Обеспечение вызова выездной бригадой по оказанию неотложной помощи проводится в следующем порядке:

- вызовы врача на дом оформляются в утверждённых журналах;
- обслуживание вызова на дому осуществляется в течение двух часов с момента его получения от ССМП с последующим информированием ССМП о его обслуживании;
- в экстренных случаях во время обслуживания вызова поликлиникой вызывается бригада ССМП и пациент госпитализируется.

Передача вызовов от ССМП осуществляется еже-

дневно в электронном варианте в режиме «on-line» в программе «Арена». Наиболее активно приём вызовов от ССМП и их обслуживание осуществляет поликлиника МБУ «Городская больница №1», которая находится в центральной части г. Белово (таблица 1).

Городская станция скорой медицинской помощи обслуживает население г. Белово и Беловского района. С ней взаимодействуют МБУЗ «Беловская центральная районная больница» и входящие в неё поликлиника, пять амбулаторий, две ОВП и 30 ФАПов, которые также принимают вызовы на обслуживание. В районной больнице открыто 8 кабинетов оказания неотложной медицинской помощи.

Таблица 2.
Динамика числа обслуженных вызовов амбулаториями
и ОВП Беловского района, переданных ССМП за 2013-2014 гг.

Наименование населённых пунктов Беловского района, где амбулатории и ОВП обслуживают вызовы, переданные ССМП	2013 г.		2014 г.	
	Число вызовов	% от общего числа вызовов	Число вызовов	% от общего числа вызовов
Всего вызовов, переданных ССМП, в том числе:	156	100	168	100
с. Евтино	12	7,7	15	8,9
с. Пермьяки	36	23,1	38	22,6
с. Старопестерёво	21	13,5	22	13,1
п. Новый Каракан	8	5,1	12	7,2
с. Мохово	21	13,5	18	10,7
п. Старобачаты	49	31,4	53	31,5
с. Новобачаты	9	5,7	10	6,0

Таблица 3.
Динамика снижения числа вызовов ССМП
г. Белово за 2013-2014 гг.

2013 г.			2014 г.		
План	Факт	% выполнения	План	Факт	% выполнения
48700	46949	96,4	48700	44374	91,1

В 2014 году ССМП г. Белово в целом обслужила 44 374 вызова, в том числе 5 819 вызовов (13,1 %) по Беловскому району.

В 2014 году фельдшеры ФАПов обслужили на 7,9% больше переданных ССМП вызовов, чем в 2013 году. Число вызовов, обслуженных амбулаториями и ОВП Беловского района, увеличилось на 7,7% по сравнению с 2013 г. (таблица 2).

В результате работы по передаче вызовов станций скорой медицинской помощи на их обслуживание в кабинеты оказания неотложной медицинской помощи поликлинических отделений медицинских организаций фактическое исполнение плана вызовов ССМП в 2013 г. уменьшилось на 3,6%, а в 2014 г. – на 8,9% (табл. 3).

В 2014 году, по сравнению с 2013 годом, уменьшилось число вызовов СМП (больной остается на месте) в часы работы поликлиник на 7%. Количество выездов «Скорой» к пациентам с хроническими заболеваниями в г. Белово снизилось более чем на 20%, в Беловском районе – более чем на 35%.

Кроме того, с каждым годом увеличивается число приёма пациентов непосредственно в кабинетах оказания неотложной медицинской помощи, как в поликлиниках, так и на базе ССМП.

В 2015 году деятельность медицинских организаций в данном направлении будет развиваться и совершенствоваться.



Ситникова Е.Э., Быков К.В., Махов В.А.,
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Новокузнецкий филиал

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В КАРДИОЛОГИИ КУЗБАССА



СИТНИКОВА Е.Э.,
директор
Новокузнецкого филиала

Сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются наиболее распространенными и лидируют в структуре смертности и инвалидизации населения как в России, так и в Кемеровской области (более 46%). Первое место занимает артериальная гипертензия, второе – инсульты, третье – ишемическая болезнь сердца, инфаркты. Причем, почти в 20% случаев из жизни уходят люди трудоспособного возраста.

С 2010 года в рамках Федеральной программы оказания помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями Кемеровская область реализует мероприятия, направленные на совершенствование медицинской помощи таким пациентам. Цель программы – снизить смертность от инсультов и инфарктов миокарда.

В результате выполнения мероприятий Федеральной программы в области организованы Региональный сосудистый центр на базе Кемеровского кардиологического диспансера и три первичных сосудистых отделения: в Городской больнице №11 г. Кемерово, в Городской больнице №1 г. Новокузнецка и в Городской больнице №1 г. Прокопьевска.

Учитывая высокие показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний,

в 2011 году принято решение о создании еще одного Регионального сосудистого центра на базе Городской клинической больницы №1 города Новокузнецка – для жителей городов юга Кемеровской области.

На подготовительном этапе проведено дополнительное оснащение учреждения необходимым медицинским оборудованием: закупили современный магнитно-резонансный томограф стоимостью более 37 млн рублей, ангиограф, оборудовали рентген-операционную для проведения исследования сердца и установки стентов в коронарные артерии. Отремонтировали ряд отделений больницы, пригласили на работу высококвалифицированных специалистов практически со всего Сибирского федерального округа, а также из Перми. Всего на организацию Центра направлено порядка 90 миллионов рублей. Основные финансовые вложения были сделаны из средств программы модернизации здравоохранения Кемеровской области.

Официальное открытие Регионального сосудистого центра в г. Новокузнецке состоялось в феврале 2014 года. В настоящий момент в его структуру входят более 15 подразделений, в том числе: отделение неотложной кардиологии, неврологическое отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения, нейрохирургическое отделение, отделение восстановительного лечения, отделение лучевой диагностики с новейшим магнитно-резонансным томографом. Уникальная особенность Центра – круглосуточно действующая служба для обеспечения телемедицинских консультаций.

Телемедицина – прикладное направление медицинской науки, которое связано с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания высококвалифицированной медицинской помощи, с обменом специализированной информацией между отдаленными друг от друга пунктами (медицинскими учреждениями, пациентами и врачами,



представителями здравоохранения и т.д.), благодаря использованию современных телекоммуникационных технологий.

Применение телемедицины в кардиологии строится на дистанционном анализе некоторых видов исследований (электрокардиограммы, эхокардиограммы и др.) как в реальном времени, так и в «отсроченном» режиме.

Хочется подчеркнуть, что в нашей стране метод передачи электрокардиограммы по каналам связи использовался еще с начала 1960-х годов, когда специалисты космической медицины организовали передачу ЭКГ космонавтов с орбиты. Позднее был налажен выпуск аппаратуры для транстефонной электрокардиографии, которая использовалась в основном в сельских районах и на автомобилях «Скорой помощи».

В целях совершенствования оказания специализированной медицинской помощи населению Кузбасса и снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 2012 году Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области в рамках Программы модернизации здравоохранения на 2011-2013 гг. приобрел оборудование, необходимое для организации Центра дистанционного приема ЭКГ.

Созданный аппаратно-программный комплекс состоит из 214 мобильных электрокардиографов ЭКГКт-03, сервера приема, хранения и передачи электрокардиограмм и консультационного центра.

Электрокардиограф ЭКГКт-03 представляет собой переносной электрокардиограф с одноканальным термopринтером, встроенным модулем GSM/GPRS, цветным сенсорным экраном для визуального контроля и расшифровки ЭКГ. Предусмотрена возможность подключения телефонной гарнитуры для связи с консультационным центром.

Сервер представлен комплексом программного обеспечения для установки на физический сервер в дата-центре. После развёртывания и подключения к сети интернет сервер принимает, сохраняет и распределяет электрокардиограммы между консультационными центрами для их расшифровки.

Консультационный центр – это персональный компьютер, на который установлена программа анализа электрокардиограмм и обеспечен доступ к сети интернет.

Центр дистанционного приема ЭКГ помогает провести неотложную диагностику инфаркта миокарда и критических аритмий, а также выбрать тактику оказания экстренной медицинской помощи. Центр работает со станциями скорой медицинской помощи, Центральными районными больницами, поликлиниками, фельдшерскими акушерскими пунктами.

Процесс обработки электрокардиограммы выглядит следующим образом: фельдшер при помощи электрокардиографа фиксирует электрокардиограмму (процедура записи занимает 2-3 минуты), сразу же визирует её на экране аппарата и может распечатать бумажный вариант на термopринтере. Одно нажатие сенсорной кнопки на экране – и ЭКГ отправляется на сервер в Центр.

На принимающей станции, которая состоит из трех компьютеров, круглосуточно дежурят врачи функциональной диагностики. Получая уведомление о поступившей на расшифровку ЭКГ, они приступают к анализу. После интерпретации результатов консультант отправляет описание на телекардиограф в текстовом виде, его можно просмотреть на дисплее прибора, а при необходимости – распечатать. У консультанта есть возможность позвонить фельдшеру непосредст-

Диаграмма 1.
Количество переданных кардиограмм за 2014 г.

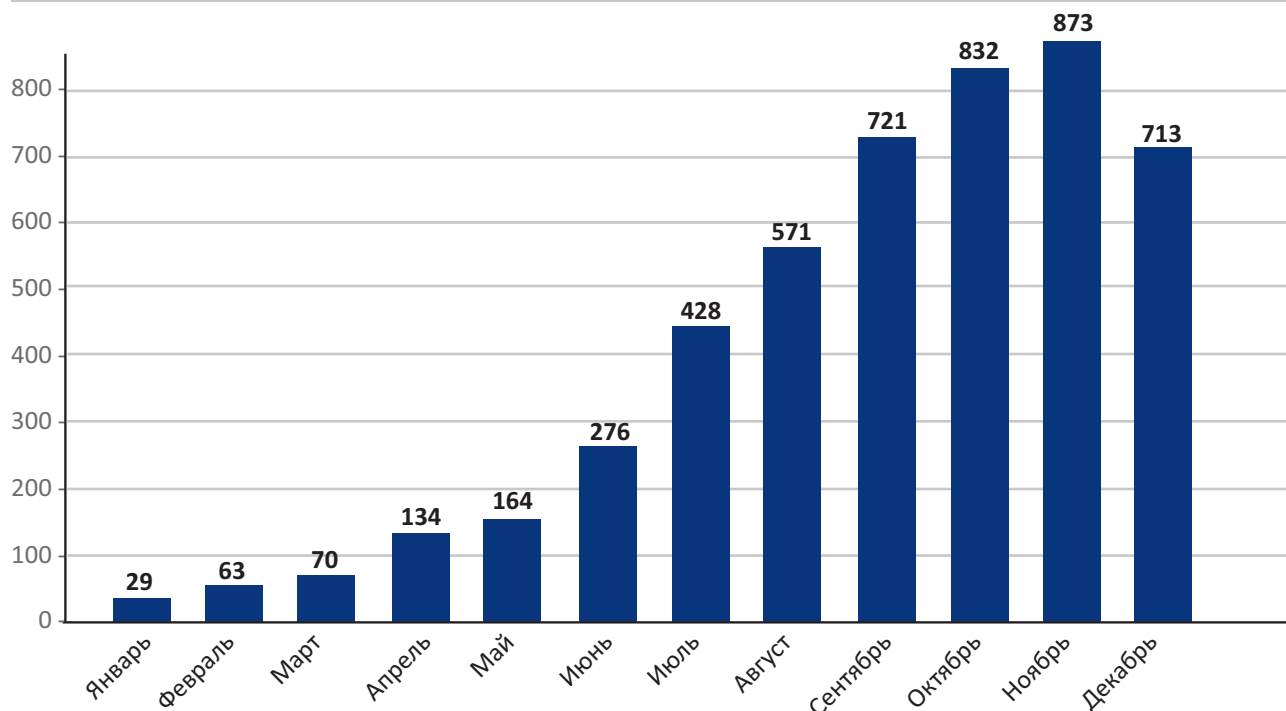


Таблица 1.
Сеть дистанционных ЭКГ в Кемеровской области

Город/Район	Учреждение	Количество дистанц.ЭКГ
г. Анжеро-Судженск	МБУЗ Анжеро-Судженского городского округа «Центральная городская больница»	15
г. Калтан	МБУЗ «Центральная городская больница»	12
г. Междуреченск	МБУЗ «Центральная городская больница»	14
г. Мыски	МБУЗ «Центральная городская больница»	9
г. Новокузнецк	МБЛПУ «Станция скорой медицинской помощи»	20
г. Полысаево	МБУЗ «Центральная городская больница» г. Полысаево	8
Гурьевский район	МБУЗ «Центральная районная больница» Гурьевского муниципального района	9
Ижморский район	МБУЗ «Ижморская центральная районная больница»	9
Крапивинский район	МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница»	7
Мариинский район	МБУЗ «Центральная городская больница» Мариинского муниципального района	10
пгт Краснобродский	МБУЗ «Краснобродская городская больница»	7
Промышленновский район	МБУЗ «Центральная районная больница Промышленновского района»	10
Таштагольский район	МБУЗ «Таштагольская центральная районная больница»	15
Тисульский район	МБУЗ «Центральная районная больница Тисульского района»	11
Топкинский район	МБУЗ «Центральная районная больница Топкинского муниципального района»	10
Тяжинский район	МБУЗ «Тяжинская центральная районная больница»	10
Чебулинский район	МБУЗ «Центральная районная больница Чебулинского муниципального района»	8
Яйский район	МБУЗ «Яйская центральная районная больница»	7
Яшкинский район	МБУЗ Яшкинского муниципального района «Яшкинская центральная районная больница»	8
Прокопьевск	МБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»	14
Кемерово	МБУЗ «Городская клиническая станция скорой медицинской помощи»	1
Итого		214

венно на телекардиограф и устно сообщить заключение о переданной ЭКГ. В местах, где сотовая связь недоступна или плохого качества, предусмотрена отправка ЭКГ посредством аудиопередачи через проводные телефоны. В сложных случаях к консультации привлекается дежурный кардиолог Регионального сосудистого центра.

Положительным аспектом внедрения системы телеЭКГ является возможность управлять тактикой лечения и маршрутизацией пациентов с инфарктами:

- организация неотложных мероприятий на месте (например, своевременное проведение тромболизиса – введение препарата, растворяющего тромбы);

- транспортировка пациента в Региональный центр г. Кемерово, Новокузнецка (для проведения коронаро-вентрикулографии и принятия решения о коронарном стентировании или баллонной ангиопластике) или в ближайшее специализированное кардиологическое отделение, способное оказать необходимую помощь.

Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных относятся к отдельным медицинским технологиям и оплачиваются из средств ОМС дополнительно за каждый случай в пределах годовых объемов, согласованных для медицинской организации, которая оказывает эту услугу. В 2015 году ее стоимость составляет 179 рублей.

Таблица 2.
Количество переданных ЭКГ по территориям за 2014 год

Город/район	Учреждение	Кол-во ЭКГ
г. Анжеро-Судженск	МБУЗ Анжеро-Судженского городского округа «Центральная городская больница»	709
г. Калтан	МБУЗ «Центральная городская больница»	151
г. Междуреченск	МБУЗ «Центральная городская больница»	399
г. Мыски	МБУЗ «Центральная городская больница»	288
г. Новокузнецк	МБЛПУ «Станция скорой медицинской помощи»	459
г. Полысаево	МБУЗ «Центральная городская больница» г. Полысаево	147
Гурьевский район	МБУЗ «Центральная районная больница» Гурьевского муниципального района	82
Ижморский район	МБУЗ «Ижморская центральная районная больница»	69
Крапивинский район	МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница»	63
Мариинский район	МБУЗ «Центральная городская больница» Мариинского муниципального района	0
пгт Краснобродский	МБУЗ «Краснобродская городская больница»	2
Промышленновский район	МБУЗ «Центральная районная больница Промышленновского района»	581
Таштагольский район	МБУЗ «Таштагольская центральная районная больница»	0
Тисульский район	МБУЗ «Центральная районная больница Тисульского района»	104
Топкинский район	МБУЗ «Центральная районная больница Топкинского муниципального района»	253
Тяжинский район	МБУЗ «Тяжинская центральная районная больница»	80
Чебулинский район	МБУЗ «Центральная районная больница Чебулинского муниципального района»	114
Яйский район	МБУЗ «Яйская центральная районная больница»	267
Яшкинский район	МБУЗ Яшкинского муниципального района «Яшкинская центральная районная больница»	237
Прокопьевск	МБУЗ «Городская станция скорой медицинской помощи»	917
Кемерово	МБУЗ «Городская клиническая станция скорой медицинской помощи»	16
Итого		4938

На первом этапе к станции были подключены аппараты записи ЭКГ города Анжеро-Судженска, затем бригады Новокузнецка, Междуреченска. В настоящее время медицинские организации более 20-ти территорий Кемеровской области оснащены дистанционными электрокардиографами, которые работают с одним консультативным центром, расположенным в г. Новокузнецке (таблица 1).

С момента начала работы Центра дистанционного

приема ЭКГ количество переданных кардиограмм растет с каждым месяцем (диаграмма 1).

Применение новейших технологий лечения пациентов в сосудистых центрах и дальнейшее развитие телемедицины в Кемеровской области позволит максимально оптимизировать работу медицинского персонала, увеличить и ускорить доступность мероприятий на ранних этапах диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, что будет способствовать снижению смертности и сохранению здоровья кузбассовцев.



А.В. Афанасьева

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

СОЗДАНИЕ НАДЛЕЖАЩИХ УСЛОВИЙ ХРАНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ КАК ОДИН ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ СИСТЕМЫ ОМС



АФАНАСЬЕВА А.В.,
начальник отдела
правового обеспечения
и организации закупок

Деятельность медицинских организаций непосредственно связана с использованием лекарственных препаратов (ЛП), медицинских изделий (МИ), расходных материалов. Качество и эффективность ЛП, МИ, расходных материалов в современной медицине во многом определяют результативность лечебного процесса и зачастую именно от них зависит жизнь пациента. Создание надлежащих условий хранения вышеуказанной группы товаров – гарантия сохранения ими качественных характеристик и свойств и, как следствие, гарантия результативности самого лечения.

Нормативно-правовое регулирование хранения лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов в основном осуществляется:

- Федеральным законом от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»¹ (далее – Закон об обращении лекарственных средств);
- Приказом Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 №706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств»² (далее – Приказ №706н);
- Приказом Минздрава РФ от 13.11.1996 №377 «Об утверждении Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения»³ (далее – Инструкция №377);

- Инструкцией по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на Государственном бюджете СССР, утвержденная Приказом Минздрава СССР от 02.06.1987 №747⁴ (далее – Инструкция №747) – в части отраслевого специфичного учета.

Вышеуказанная нормативная база применяется специалистами ТФОМС Кемеровской области при проведении проверок для оценки системы хранения и эффективности использования лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов в медицинских организациях, функционирующих в системе ОМС Кемеровской области.

Организация надлежащего хранения лекарственных препаратов обусловлена необходимостью сохранения их эффективности, т.е., согласно положениям ст. 4 Закона об обращении лекарственных средств, степени положительного влияния лекарственного препарата на течение, продолжительность заболевания или его предотвращение.

Статьей 58 Закона об обращении лекарственных средств определено, что хранение лекарственных препаратов медицинскими организациями осуществляется в соответствии с Правилами хранения лекарственных средств, которые утверждены Приказом №706н (далее – Правила хранения лекарственных средств, Правила №706н). Данные правила устанавливают тре-

¹ Федеральный закон от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015) // «Собрание законодательства РФ», 19.04.2010, № 16, ст. 1815.

² Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.08.2010 №706н (ред. от 28.12.2010) «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств» // «Российская газета», №231, 13.10.2010.

³ Приказ Минздрава РФ от 13.11.1996 №377 (ред. от 23.08.2010) «Об утверждении Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения» // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», №11, 1996.

⁴ Приказ Минздрава СССР от 02.06.1987 №747 «Об утверждении «Инструкции по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на Государственном бюджете СССР» // Документ опубликован не был.

бования к помещениям для хранения лекарственных средств, предназначенных для медицинского применения, а также регламентируют условия их хранения. Действие вышеуказанных Правил распространяется на медицинские и иные организации, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность или лицензию на медицинскую деятельность, т.е. осуществляющие деятельность при обращении лекарственных средств.

В качестве основных в Правилах хранения лекарственных средств можно выделить следующие требования:

1) Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оснащены кондиционерами и другим оборудованием, позволяющим обеспечить хранение лекарственных средств в соответствии с требованиями производителей, которые указаны на первичной и вторичной (потребительской) упаковках. Либо рекомендуется оборудовать помещения форточками, фрамугами, вторыми решетчатыми дверьми (п. 4 Правил №706н).

2) Помещения для хранения лекарственных средств должны быть обеспечены стеллажами, шкафами, поддонами, подтоварниками (п. 5 Правил №706н). Стеллажи, шкафы, полки, предназначенные для хранения лекарственных средств, должны быть идентифицированы (п. 10 Правил №706н);

3) Помещения для хранения лекарственных средств должны быть оснащены приборами для регистрации параметров воздуха (термометрами, гигрометрами (электронными гигрометрами) или психрометрами). Измерительные части этих приборов должны размещаться на расстоянии не менее 3 м от дверей, окон и отопительных приборов. Приборы и (или) части приборов, с которых производится визуальное считывание показаний, должны располагаться в доступном для персонала месте на высоте 1,5-1,7 м от пола. Показания этих приборов должны ежедневно регистрироваться ответственным лицом в специальном журнале (карте) регистрации на бумажном носителе или в электронном виде с архивацией (для электронных гигрометров). Журнал (карта) регистрации хранится в течение одного года, не считая текущего. Контролирующие приборы должны быть сертифицированы, калиброваны и подвергаться поверке в установленном порядке (п. 7 Правил №706н).

4) Хранение лекарственных препаратов для медицинского применения должно осуществляться (п.п. 40 и 42 Правил №706н):

- в соответствии с требованиями к их хранению, указанными на вторичной (потребительской) упаковке лекарственных препаратов,

- согласно требованиям государственной фармакопеи и нормативной документации, а также с учетом свойств веществ, входящих в их состав.

При этом необходимо учитывать, что если на упаковке лекарственного препарата имеется отметка о том, что он должен храниться при комнатной температуре, но не указан температурный режим, то в соответствии с разъяснениями Минздравсоцразвития России (Информационное письмо от 08.02.2011 №25-1/10/2-1208⁵) следует использовать положения Государственной фармакопеи РФ, введенной в действие Приказом Минздравсоцразвития России от 31.01.2007 №73⁶ (XII издание). В соответствии с ч. I указанной Фармакопеи комнатной является температура хранения от +15 до +25 °С.

5) Хранящиеся лекарственные средства должны быть идентифицированы с помощью стеллажной карты, содержащей информацию о хранящемся лекарственном средстве (наименование, форма выпуска и дозировка, номер серии, срок годности, производитель лекарственного средства). При использовании компьютерных технологий допускается идентификация при помощи кодов и электронных устройств (п. 10 Правил №706н).

Лекарственные средства с истекшим сроком годности должны храниться отдельно от других групп лекарственных средств в специально выделенной и обозначенной (карантинной) зоне (п. 12 Правил №706н). В дальнейшем лекарственные средства с истекшим сроком годности подлежат изъятию и уничтожению по Правилам уничтожения недоброкачественных, фальсифицированных и контрафактных лекарственных средств, которые утверждены Постановлением Правительства РФ от 03.09.2010 №674⁷.

Ядовитые и наркотические лекарственные средства уничтожаются в порядке, установленном следующими Приказами Минздрава России:

- от 12.11.1997 №330 «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ»⁸;

- от 28.03.2003 №127 «Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным»⁹.

⁵ Информационное письмо Минздравсоцразвития РФ от 08.02.2011 №25-1/10/2-1208 «О хранении лекарственных средств» // Документ опубликован не был.

⁶ Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2007 №73 «О Государственной Фармакопее Российской Федерации» // Документ опубликован не был.

⁷ Постановление Правительства РФ от 03.09.2010 №674 (ред. от 04.09.2012) «Об утверждении Правил уничтожения недоброкачественных лекарственных средств, фальсифицированных лекарственных средств и контрафактных лекарственных средств» // «Собрание законодательства РФ», 13.09.2010, №37, ст. 4689.

⁸ Приказ Минздрава РФ от 12.11.1997 №330 (ред. от 17.11.2010) «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ» // «Здравоохранение», №3, 1998.

⁹ Приказ Минздрава РФ от 28.03.2003 №127 «Об утверждении Инструкции по уничтожению наркотических средств и психотропных веществ, входящих в списки II и III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, дальнейшее использование которых в медицинской практике признано нецелесообразным» // «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти», №33, 18.08.2003



Несмотря на то, что нормативная правовая база по организации хранения лекарственных препаратов совсем не нова, при проверках специалисты ТФОМС Кемеровской области выявляют факты несоблюдения медицинскими организациями требований по хранению лекарственных препаратов. К наиболее часто встречающимся нарушениям можно отнести:

- несоблюдение условий хранения термолabile-ных и светочувствительных лекарственных препаратов;
- отсутствие достаточного количества стеллажей, шкафов, поддонов, подтоварников;
- отсутствие в помещениях для хранения лекарственных средств приборов для регистрации параметров воздуха, а при наличии таковых – отсутствие фиксации параметров термометров, гигрометров, психрометров в специальном журнале (карте) регистрации;
- хранение лекарственных средств с истекшим сроком годности совместно с другими группами лекарственных средств.

Стоит подчеркнуть, что нарушение порядка хранения лекарственных препаратов образует состав административного правонарушения, предусмотренного Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях¹⁰, так как является нарушением лицензиатом (в данном случае – медицинской организацией) лицензионных требований, предусмотренных Положением о лицензировании фармацевтической деятельности, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 22.12.2011 №1081 «О лицензировании фармацевтической деятельности»¹¹.

Кроме того, если здоровью гражданина причинен вред в случае применения лекарственного препарата, пришедшего в негодность в результате нарушения медицинской организацией правил хранения лекарст-

венных средств, то на такую организацию, согласно п. 2 ст. 69 Закона об обращении лекарственных средств, возлагается ответственность за причиненный гражданину вред. Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, регламентировано положениями §2 гл. 59 части второй ГК РФ¹². Необходимо также отметить, что согласно Постановлению Пленума ВС РФ от 26 января 2010 №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина»¹³ при условии наличия вины причинителя вреда, факт причинения потерпевшему морального вреда предполагается. В данном случае установлению подлежит лишь размер компенсации морального вреда.

То есть гражданин, в случае причинения ему вреда из-за применения лекарственного препарата, пришедшего в негодность в результате нарушения правил хранения лекарственных средств медицинской организацией, имеет право на возмещение такого вреда, а также компенсацию морального вреда.

Возмещение ущерба не освобождает медицинских и фармацевтических работников от привлечения их к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации.

Общие принципы организации хранения медицинских изделий определены Инструкцией по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения, утвержденной Приказом Минздрава РФ от 13.11.1996 №377 (в редакции от 23.08.2010). Так, согласно разделу 3 Инструкции №377, изделия медицинского назначения следует хранить отдельно по группам:

- резиновые изделия;
- изделия из пластмасс;
- перевязочные средства (бинты, марлевые салфетки, вата) и вспомогательные материалы (фильтровальная бумага, бумажные капсулы и др.);
- изделия медицинской техники (хирургические инструменты и другие металлические изделия).

Для наилучшего сохранения резиновых изделий в помещениях хранения необходимо создать защиту от света и тепла (в том числе от отопительных приборов), текучего воздуха (сквозняков, механической вентиляции), механических повреждений (сдавливания, сгибания, скручивания, вытягивания и т.п.) – п. 8 Инструкции №377.

¹⁰ «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 №195-ФЗ (ред. от 31.12.2014) // «Собрание законодательства РФ», 07.01.2002, №1 (ч. 1), ст. 1.

¹¹ Постановление Правительства РФ от 22.12.2011 №1081 (ред. от 15.04.2013) «О лицензировании фармацевтической деятельности» // «Собрание законодательства РФ», 02.01.2012, №1, ст. 126.

¹² «Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)» от 26.01.1996 №14-ФЗ (ред. от 31.12.2014) // «Собрание законодательства РФ», 29.01.1996, №5, ст. 410.

¹³ Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 26.01.2010 №1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» // «Бюллетень Верховного Суда РФ», №3, март, 2010.

Хранение изделий из пластмасс должно осуществляться в вентилируемом темном помещении на расстоянии не менее 1 м от отопительных систем (п. 9 Инструкции №377).

Перевязочные средства необходимо хранить в сухом проветриваемом помещении в шкафах, ящиках, на стеллажах и поддонах. Хранение стерильного перевязочного материала должно сопровождаться дополнительным контролем первичной упаковки материала (п. 10 Инструкции №377).

Организация хранения изделий медицинской техники предполагает создание таких условий, которые позволят избежать появления коррозии на хирургических инструментах, зазубрин и затупления. Хирургические инструменты должны храниться по наименованиям в ящиках, шкафах, коробках с крышками, с обозначением наименования инструментов, хранящихся в них, с обязательным контролем качества не реже одного раза в месяц (п. 11 Инструкции №377).

Для усиления контроля за сохранностью и рациональным расходованием лекарственных препаратов, перевязочных средств и медицинских изделий в медицинских организациях используется Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения, состоящих на Государственном бюджете СССР, утвержденная Приказом Минздрава СССР от 02.06.1987 №747. Вышеуказанный нормативный документ устанавливает персональную ответственность руководителя медицинской организации за рациональное применение и учет лекарственных средств, создание соответствующих условий их хранения (п. 10 Инструкции №747).

Основополагающим принципом контроля над запасами является следующее положение Инструкции №747 – «Отпуск лекарственных средств в отделения (кабинеты) медицинской организации производится только для текущей потребности» (п. 39 Инструкции). Запрещается получение и хранение лекарственных



препаратов в отделениях (кабинетах) сверх текущей потребности, а также запрещено производить последующую фасовку, перемещение из одной посуды в другую, замену этикеток и др. (п. 38 Инструкции).

При этом под размером текущей потребности отделений (кабинетов) понимается (п. 19 Инструкции): для ядовитых лекарственных средств – 5-дневный запас, для наркотических лекарственных средств – 3-дневный запас, для всех остальных – 10-дневный.

Кроме того, при организации запасов лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов медицинским организациям необходимо тщательно анализировать их количество. Величина запасов данных товаров не должна превышать среднемесячную потребность медицинской организации в них. Создание сверхнормативных запасов, в том числе за счет средств ОМС, является неэффективным использованием средств и квалифицируется как нарушение ст. 34 Бюджетного кодекса РФ¹⁴.

Подводя итог, стоит отметить, что создание надлежащих условий хранения лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов – это:

1) гарантия соблюдения лицензионных требований и сохранения качества и эффективности таких товаров;

2) минимизация персональной ответственности лиц, ответственных за организацию хранения и эффективного (рационального) использования данных товаров при осуществлении медицинской деятельности;

3) один из резервов получения максимального экономического эффекта от использования средств, в том числе средств системы ОМС.



¹⁴ «Бюджетный кодекс Российской Федерации» от 31.07.1998 №145-ФЗ (ред. от 26.12.2014) // «Собрание законодательства РФ», 03.08.1998, №31, ст. 3823.

Гордеев М.С., Ермолаева О.М., Ермолаев В.В., Бугаева Т.В., Островская В.В.
МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница»

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ГУФСИН КАК УВЕЛИЧЕНИЕ ОХВАТА НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНОЙ

Профилактическая медицина – это направление, ставящее своей задачей разработку и осуществление широких санитарно-оздоровительных и лечебно-профилактических мер по предупреждению заболеваемости и инвалидности, увеличению продолжительности жизни населения. Основные источники получения информации о заболеваемости населения – это обращения населения за медицинской помощью в организации здравоохранения, медицинские осмотры, данные патологоанатомических и судебно-медицинских исследований.

Данные о заболеваемости населения по обращаемости за медицинской помощью недостаточны для объективной оценки здоровья населения. Это связано с такими причинами, как:

- субъективное отношение больного к своему заболеванию (25-30% населения, имея те или иные отклонения в состоянии здоровья, в течение года не обращаются за медицинской помощью);
- разный уровень организации медицинской помощи на административных территориях (обеспеченность врачами, специализация медицинской помощи, квалификация врачей, величина радиуса врачебного обслуживания и доступность помощи, различный уровень профилактической работы);
- разный уровень качества статистического учета врачебных диагнозов (один и тот же диагноз, например, язвенная болезнь, может быть поставлен разными врачами – терапевтом и хирургом, и учтен несколько раз различными учреждениями: поликлиникой, диспансером, медико-санитарной частью промышленного предприятия и др.).

Кроме того, на обращаемость влияют культура населения, состояние участковой медицинской службы, квалификация врачей, «мода» на диагнозы и многие другие факторы.

Поэтому для более полной характеристики общественного здоровья показатели заболеваемости по данным обращаемости необходимо уточнять и дополнять. Для этого используют данные о заболеваемости населения, полученные при медицинских осмотрах. При этом ЛПУ, занимающееся учетом и анализом заболеваемости,

сталкивается с определенной проблемой: если работающее население проходит различные виды медицинских осмотров (предварительные, периодические, целевые и т.д.), то неорганизованное неработающее население охватить каким-либо осмотром крайне трудно, и у них заболеваемость распознается либо в запущенной форме при позднем обращении, либо при аутопсии.

В рамках охвата неработающего населения медицинскими осмотрами МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница» начала межведомственное взаимодействие с филиалом ФКУ УИИ ГУФСИН по Кемеровской области. Ежегодно через Крапивинский филиал ГУФСИН проходит около 800 человек условно осужденных и досрочно освобожденных. Большая часть из них относится к неорганизованному и неработающему населению. Граждане из этой группы обязаны 2 раза в месяц являться на отметку в районный центр со всех территорий района. В течение месяца по договоренности с начальником филиала медицинский осмотр прошли 224 человека: им сделали флюорографию, обследование на ВИЧ, вакцинопрофилактику против гриппа, гепатита В, 70-ти пациентам поставили прививку АДСМ. В результате обследования выявили 2 случая туберкулеза на ранней стадии, 11 случаев ВИЧ-инфекции. Повозрастной диспансеризацией охватили 39 человек. В ходе осмотра были выявлены 39 незастрахованных граждан, которые сразу обратились в филиал «Сибирь» ООО «АльфаСтрахование-ОМС» для получения медицинского полиса.

Считаем, что данное межведомственное взаимодействие позволит усилить охват неорганизованного населения профилактическими флюорографическими осмотрами с целью выявления туберкулеза на ранних стадиях и другой патологии легких, улучшить профилактику распространения ВИЧ-инфекции, повысить охват профилактическими прививками. Кроме того, увеличение количества застрахованного населения и прикрепление его к ЦРБ приведет к повышению доходов поликлинической службы.

Таким образом, опыт работы «Крапивинской ЦРБ» со службой ГУФСИН показал ее экономическую эффективность, низкую затратность в использовании, эффективность в медицинском аспекте.

Гордеев М.С., Тайченачев А.Б., Ермолаев В.В.,
Бугаева Т.В., Ермолаева О.М., Островская В.В.
МБУЗ «Крапивинская центральная районная больница»

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОТДАЛЕННЫХ СЕЛЬСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ

В настоящее время здравоохранение невозможно представить без использования современного оборудования для диагностики и лечения заболеваний. К сожалению, далеко не все пациенты проживают в шаговой доступности от высокотехнологичных медицинских центров. Согласно статье 5 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от места жительства, а согласно статье 6 соблюдение интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется с учетом рационального использования его времени. В данной работе мы хотим поделиться опытом внедрения пилотного проекта с использованием телемедицинской системы производства «МедПромИнжиниринг» для повышения доступности и качества медицинской помощи населению отдаленных территорий Крапивинского района.

Крапивинский район расположен в центральной части Кемеровской области. Население Крапивинского района составляет 23942 человека, из них трудоспособного населения – 12681 человек, детей от 0 до 17 лет – 5 568 человек, в том числе подростков – 689 человек, пенсионеров – 5 693 человека.

Система здравоохранения Крапивинского района представлена МБУЗ «Крапивинская ЦРБ». В структуру ЦРБ входит стационар, 2 поликлиники мощностью 600 посещений в смену, 4 общих врачебных практики (ОВП), 1 врачебная амбулатория (ВА), 18 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), 5 домовых хозяйств. Отдельные населенные пункты находятся на значительном удалении от ЦРБ (свыше 70 км). Поэтому для повышения доступности первичной медико-санитарной помощи населению было принято решение о внедрении дистанционных методов медицины.

Телемедицинская система представляет собой комплекс медицинского оборудования для удаленной регистрации, передачи, диспетчеризации, обработки и архивирования информации о состоянии пациента в отдаленных медицинских учреждениях, фельдшерско-акушерских пунктах.

Основные направления применения: оказание экстренной помощи, организация и проведение про-



филактических медицинских осмотров и массового медицинского скрининга сельского населения (отдаленной диспансеризации), проведение функциональных исследований, направленных на сокращение времени принятия врачебного решения, проведение комплексной диагностики пациентов.

Телемедицинская система включает в себя (рис. 1):

1. Периферийные телемедицинские станции, построенные на базе ноутбука, в состав которых входят ЭКГ, холтеровские кардиомониторы, спирографы, анализаторы крови, мочи, тонометры для измерения внутриглазного давления, в двух комплектах – электроэнцефалограф и электроореограф.

2. Центр обработки телемедицинской информации – рабочее место врача-эксперта (компьютерная станция) оснащено необходимым оборудованием и программным обеспечением для приема и обработки телемедицинской информации от периферийных станций. Каждое принятое исследование оценивается и обрабатывается с помощью автоматизированных систем построения заключений и отчетов по исследованию. Врач-эксперт имеет возможность по каналам обратной связи (электронная почта, телефония) связаться с периферийными станциями, получить уточнения и дополнительную информацию. Заключения по исследованиям отправляются в соответствующие медицинские формирования, где они сохраняются в базе данных и могут быть распечатаны для медицинской документации.

Объем исследований, проведенных в рамках профилактических осмотров населения, диспансеризации взрослого и детского населения, за период с октября 2014 года по февраль 2015 года составил:

Рисунок 1. Схема телемедицинского комплекса

- кардиографий – 356;
- холтеровское кардиомониторирование – 38;
- спирография – 26;
- общий анализ мочи – 355;
- анализ крови (холестерин, гемоглобин, глюкоза) – 216;
- энцефалографий, реографий – 0;

При использовании данной телемедицинской системы мы столкнулись с рядом положительных и отрицательных моментов. К первым относятся:

- приближение современных методов диагностики и лечения к широким слоям населения;
- сокращение сроков ожидания и повышение качества диагностики, что, в свою очередь, приводит к более раннему началу лечения пациента и уменьшению числа случаев осложнений заболеваний;
- значительное уменьшение финансовых и временных затрат пациента;
- полное и качественное проведение по возрастной диспансеризации;
- повышение удовлетворенности населения работой муниципального здравоохранения.

К отрицательным моментам можно отнести инертность и компьютерную малограмотность среднего медицинского персонала из отдаленных территорий.

Однако, после проведения ряда семинаров и практических занятий эту проблему удалось ликвидировать.

Подводя итог, стоит отметить, что телемедицина является эффективным средством улучшения качества и доступности медицинской помощи на отдаленных сельских территориях с низкой доступностью медицинских услуг и нехваткой персонала, поскольку она помогает преодолевать территориальные и временные барьеры между медицинскими работниками и пациентами.





Никониченко Е.М.

Территориальный Фонд ОМС Кемеровской области,
Прокопьевский филиал

ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

На протяжении последних десятилетий в нашей стране складывалось тревожное положение с состоянием здоровья населения, особенно детей и подростков. Поэтому в 2009 году была запущена большая государственная программа по формированию здорового образа жизни «Здоровая Россия».

Основой этого проекта стало создание так называемых «Центров здоровья», главная задача которых – формировать ответственное отношение к своему здоровью, мотивировать к отказу от вредных привычек, в том числе от курения и употребления алкоголя. В настоящий момент в целом по стране создано уже более 500 подобных центров.

В январе 2011 года Центр здоровья для детей был открыт в г. Прокопьевске на базе МБУЗ «Детская городская больница». Этот Центр создан не для лечения больных детей, а для сохранения здоровья ребятишек, обучения здоровому образу жизни, без которого полноценная жизнь просто невозможна. Родители здоровых детей могут привести их в этот Центр, пройти индивидуальную диагностику и получить рекоменда-



НИКОНИЧЕНКО Е.М.,
главный специалист-
медицинский эксперт

ции по организации здорового полноценного режима ребенка.

Для детей от 0 до 6 лет проводят следующие обследования:

- измерение роста и веса;
- определение уровня глюкозы и холестерина крови;
- осмотр полости рта стоматологом-гигиенистом;
- консультация врача-педиатра.

Для детей от 6 до 18 лет предусмотрен более широкий перечень обследований:

- измерение роста, веса, окружности талии и груди;
- измерение силы рук;
- измерение толщины жировой складки;
- измерение артериального давления;
- пульсоксиметрия;
- определение уровня глюкозы и холестерина крови;
- биоимпедансметрия (определение соотношения мышечной массы, жировой ткани и жидкости);
- спирометрия (определение функции внешнего дыхания);
- определение угарного газа в выдыхаемом воздухе;
- осмотр полости рта стоматологом-гигиенистом.

Обследование занимает всего 40 минут. Все результаты в электронном виде автоматически направляются в компьютерную систему аппаратно-программного комплекса, который предназначен для скринингового обследования ребенка от 6 до 18 лет по параметрам физического развития, функции дыхания и сердечной деятельности. Комплекс позволяет регистрировать данные ЭКГ с физической и дыхательной нагрузкой, анализировать полученные результаты, определять функциональные и адаптивные резервы организма с учетом возрастных особенностей, а также факторы риска различных заболеваний.

Врач Центра здоровья не назначает лечение. Он рассказывает, какие проблемы выявлены у ребенка, и как можно предотвратить развитие заболевания. Может порекомендовать повторное обследование, направить на консультацию к узким специалистам, в



кабинет лечебной физкультуры, в школу здоровья для профилактики различных заболеваний.

При посещении Центра на каждого пациента заводятся две карты: одна останется в Центре здоровья, а вторая – Карта здорового образа жизни – выдается на руки обследованному.

По результатам обследований, проводимых в Центре здоровья, каждый ребенок сможет узнать:

- как работает его сердце;
- как выполняют свою работу легкие;
- сколько угарного газа содержится в выдыхаемом воздухе;
- уровень глюкозы и холестерина в крови;
- рост, массу тела, процентное содержание жировой и мышечной массы, жидкости;
- насколько полноценно питание, к которому привык ребенок, насколько оно соответствует затрачиваемой им энергии;
- какие вредные привычки могут вызвать серьезные проблемы со здоровьем.

Обследования в Центре здоровья могут пройти все дети от 0 до 18 лет, проживающие в городах Прокопьевске, Киселевске, Белове, Ленинске-Кузнецком и в прилегающих к ним территориях. Пациенты могут обратиться в Центр самостоятельно или по направлению педиатра из детской поликлиники. При себе достаточно иметь только страховой полис. Каждый ребенок имеет право пройти обследование в Центре здоровья один раз в год и совершенно бесплатно.

В 2014 году на Всероссийском конкурсе товаров и услуг для детей и подростков, организатором которого выступила Общественная палата Российской Федерации, при поддержке Совета Федерации и Государственной думы РФ, Центру здоровья для детей г. Прокопьевска был присвоен Знак качества «Лучшее – детям» и выдано свидетельство, подтверждающее, что их услуга является высококачественной и безопасной для здоровья.



С момента создания Центра здоровья обследования на специальном скрининг-комплексе прошли 9 757 детей и подростков. В результате специалисты лишь 3 270 детей признали абсолютно здоровыми, а у 66,5% выявили функциональные отклонения, в том числе:

- риск патологии костно-мышечной системы – 47,5%;
- снижение порога стрессоустойчивости и адаптивных резервов организма – 34,7%;
- риск заболеваний полости рта – 26,2%;
- недостаточная масса тела – 20,8%;
- избыточная масса тела – 18,4%;
- риск заболеваний сердечно-сосудистой системы – 9,3%;
- риск заболеваний органов дыхательной системы – 8,7%.

Нередко у одного ребенка выявляются сразу несколько факторов риска.

Безусловно, эти цифры заставляют серьезно задуматься, в первую очередь, самих родителей, которые часто уверены, что физическому состоянию их ребенка ничего не угрожает, и забывают, что болезнь легче предупредить, чем лечить.



Тарасов В.А., Южанин Н.Е.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

РОСТ АКТУАЛЬНОСТИ ПОЛИТИКИ РЕЗЕРВНОГО КОПИРОВАНИЯ

В настоящее время, когда объемы обрабатываемых данных ежегодно увеличиваются, а угроз в сфере информационной безопасности становится все больше, одной из важнейших составляющих для обеспечения сохранности данных становится современная система резервного копирования.

Одной из наиболее распространенных угроз для целостности данных информационной системы является преднамеренное искажение или удаление информации так называемыми неавторизованными пользователями, злоумышленниками. Инструментами их воздействия являются различные компьютерные вирусы, программы-шпионы и прочие вредоносные программы. Не следует также недооценивать подобные угрозы со стороны авторизованных пользователей, операторов информационной системы, которые как случайными, так и преднамеренными действиями способны нарушить целостность данных. В таких случаях для защиты информации, наряду с внедрением средств защиты от несанкционированных действий (например, непреднамеренного уничтожения или повреждения данных, изменения алгоритма обработки данных и т.п.), защитой периметра сети, ограничением полномочий операторов информационной системы и тщательным подбором персонала, в организации необходимо развернуть систему резервного копирования важных данных.

Программные и аппаратные сбои в информационной системе также являются серьезными угрозами. При современных объемах данных выход из строя жестких дисков или их массивов может привести к потере большого количества важной информации и неминуемому ущербу для организации. Выбор ненадежного нелегального ПО, ошибки в настройке прикладного, системного программного обеспечения и эксплуатации порой приводят к краху всей информационной системы, потере доступа к данным, их искажению. Чтобы минимизировать потери в случае таких сбоев, необходимо заранее планировать организацию технической части информационной системы с использованием оборудования зарекомендовавших себя производителей, использовать отказоустойчивые системы, производить резервное копирование информации с созданием образов систем, которые впоследствии можно развернуть на резервных платформах.

Также не стоит пренебрегать угрозами природного и техногенного характера, в частности, полного или частичного разрушения технической части инфор-



мационной системы с неизбежной потерей данных, вызванного воздействием таких угроз. И хотя вероятность возникновения таких событий мала, она все же отличается от нулевой. К ним можно отнести затопление серверных помещений, их разрушение вследствие превышения допустимой нагрузки на несущие конструкции, пожары. В таких случаях для безопасности данных следует учитывать природное и техногенное окружение при развертывании информационной системы, организовывать резервные удаленные информационные системы и производить резервное копирование и хранение информации на удаленных площадках.

С развитием технологий «облачных» хранилищ и удаленного доступа к информационным ресурсам сбои в работе активного сетевого оборудования, которое организует доступ, приводят к нарушению доступности информации. А это неприемлемо при использовании современных распределенных информационных систем. Наряду с выбором надежного сетевого оборудования с системами отказоустойчивости, резервное копирование конфигурационных данных позволяет в кратчайшие сроки восстановить работоспособность оборудования.

Как мы видим, политика резервного копирования является обязательным дополнением к комплексу основных мер противодействия угрозе. При этом основные меры противодействия носят предупредительный характер и направлены на предотвращение угрозы или снижение вероятности ее реализации. Резервное копирование позволяет восстановить потерянную или искаженную в результате реализации угрозы информацию в случае, если основные меры противодействия не помогли справиться с поставленной задачей. Кроме того, наличие резервной копии конфигурации или образа системы позволяет оперативно восстановить штатную работу информационной системы, доступность которой была нарушена.

В Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Кемеровской области в 2013 году разработана политика резервного копирования. Она содержит описание общих принципов построения системы резервного копирования, восстановления данных, перечень данных, подлежащих резервному копированию, технологические инструкции по резервному копированию и разнообразные сценарии по восстановлению данных. Согласно данной политике, резервному копированию подлежат следующие объекты:

- операционные системы серверов;
- базы данных;
- каталоги с исходным кодом разрабатываемого программного обеспечения;
- каталоги, содержащие программное обеспечение системы обработки информации ТФОМС, находящиеся в эксплуатации;
- каталоги файлового сервера, содержащие текстовые документы;
- почтовый сервер;
- серверы приложений;
- сервер контролера домена;
- web-сервера;
- дисковые подсистемы программно-аппаратного комплекса виртуализации рабочих мест и серверов.

В зависимости от типов данных и их места расположения для хранения архивных копий объектов данных используются следующие виды носителей информации:

- выделенные области на локальных дисках серверов;
- выделенные области дисковых массивов;
- магнитная лента, картриджи ленточной библиотеки;
- диски CD-RW, DVD.

Существуют следующие виды резервных копий по времени создания: ежедневная, недельная, месячная и

годовая. В зависимости от вида, определены периоды хранения архивных копий:

- ежедневные копии хранятся в течение недели;
- недельные копии хранятся в течение месяца;
- месячные копии хранятся в течение года;
- годовые копии хранятся в течение срока, установленного законодательством и иными нормативными документами.

Для обеспечения гарантированного восстановления по каждому объекту данных должно храниться не менее двух идентичных копий, расположенных на разных носителях информации.

По результатам торгов для поддержки операционных систем, оборудования и прикладного программного обеспечения в ТФОМС установлено программное обеспечение по резервному копированию – SymantecBackupExec. В состав системы входят серверы резервного копирования, дисковые хранилища и ленточные библиотеки, позволяющие записывать и хранить резервные копии важных данных на высоконадежных магнитных лентах с длительным сроком хранения. Для уменьшения объема хранимых резервных данных в несколько раз на хранилищах используется дедупликация. Суть технологии заключается в разделении данных на блоки, их сравнении и сохранении уникальных блоков без дублирования повторяющихся.

Чтобы иметь возможность быстро восстановить данные при сбоях, резервное копирование сначала осуществляется на дисковые хранилища, после чего архивы копируются на магнитные ленты для последующего длительного хранения.

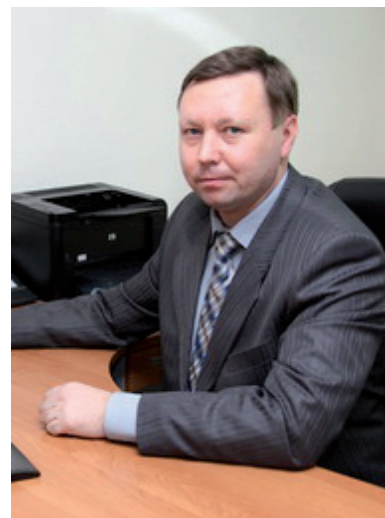
С дальнейшим развитием информационных систем и увеличением объемов данных, политика резервного копирования будет постоянно актуализироваться для соответствия современным требованиям в сфере информационных технологий.



Тихонов Д.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

КОНТРОЛЬ ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СМО ПО ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В СФЕРЕ ОМС



ТИХОНОВ Д.А.,
начальник отдела
информационной безопасности

В 2014 году Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области продолжил работу по контролю за деятельностью СМО по обеспечению конфиденциальности и сохранности персональных данных застрахованных граждан. Это требование приказа Федерального фонда ОМС от 16.04.2012 №73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте 26.04.2012 №23953).

Первые проверки деятельности СМО проведены специалистами Фонда, занятыми в сфере IT-технологий и защиты информации, в начале 2013 года. В последующие годы сотрудники прошли дополнительное обучение по аудиту информационной безопасности.

По мере накопления опыта деятельность специалистов, занятых в проверках, приобрела необходимую системность: намечены подходы к проведению проверок, разработаны перечни проверяемых вопросов на основе базовых нормативных документов.

В качестве основополагающих законодательных и нормативных документов, использованных при проведении проверок, можно выделить следующие:

- Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федеральный закон от 27.07.2006 №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»;
- Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства РФ от

01.11.2012 №1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных»;

- приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», зарегистрирован в Минюсте России 03.03.2011 № 19998;

- приказ ФСТЭК России от 18.02.2013 №21 «Об утверждении Состав и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных», зарегистрирован в Минюсте России 14.05.2013 №28375;

- приказ ФСФР России от 06.03.2013 №13-16/пз-н «Об утверждении Перечня документов, сохранность которых обязаны обеспечить страховщики, и требований к обеспечению сохранности таких документов», зарегистрирован в Минюсте России 19.06.2013 №28839.



Нужно отметить, что с 2012 по 2014 годы произошли кардинальные изменения в законодательной и нормативной базе по защите персональных данных. В частности, изменилась система классификации информационных систем персональных данных, а также требования к защите персональных данных в информационных системах. В связи с этим появилась необходимость пересмотра в каждой СМО концепции защиты персональных данных, утверждения новой документированной системы защиты персональных данных.

Чтобы минимизировать финансовые затраты СМО, связанные с проектированием и реализацией новых систем защиты, следовало максимально использовать те программные и технические средства защиты, которые использовались в старой системе. А на тех участках, где это оказалось невозможно, запланировать и осуществить соответствующие закупки. Этот фактор учитывался специалистами Фонда при проведении проверок СМО.

В 2013-2014 гг. произошли изменения страхового поля на рынке ОМС, ряд СМО подали уведомления о прекращении деятельности, у других изменилось наименование юридического лица. В результате произошел частичный сбой в построении документированных систем защиты персональных данных.

В процессе проверок СМО специалисты Фонда в очередной раз охватили максимальное количество аспектов информационной безопасности. Рекомендации для СМО по результатам проверок формулируются следующим образом:

- провести работы по определению актуальных угроз безопасности персональных данных;
- принять организационные и технические меры в соответствии с выбранным уровнем защищенности;
- провести оценку эффективности принимаемых мер.

Выявленные недостатки сводятся к необходимости переработать собственную документированную систему защиты персональных данных каждой СМО и находятся скорее в документальной, а не технической плоскости.

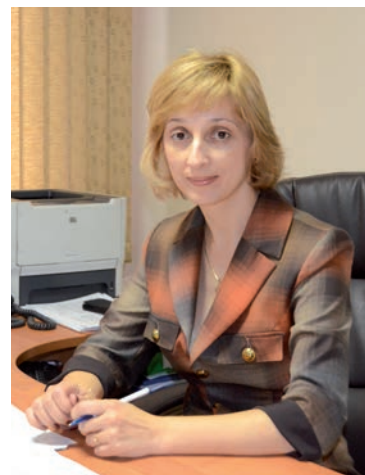
Следует помнить, что обязанности всех участников системы ОМС по сохранению конфиденциальности и сохранности персональных данных определены в требованиях законодательства, а права территориальных фондов на передачу материалов проверок в правоохранительные органы предусмотрены соответствующими разъяснениями Федерального фонда ОМС – организатора системы проверок деятельности СМО.



Климова Л.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПОВЫШЕНИЕ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕРСОНАЛА – ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ РАБОТЫ ОРГАНИЗАЦИИ



КЛИМОВА Л.А.,
начальник отдела кадров

В 2013 году в ТФОМС Кемеровской области успешно внедрена система менеджмента качества, которая позволяет постоянно улучшать деятельность организации и совершенствовать систему управления, осуществлять постоянный контроль качества предоставляемых услуг и учитывать все требования наших потребителей.

Согласно стандарту ГОСТ ISO 9001-2011, персонал – это важнейший ресурс системы менеджмента качества. Требование к его компетентности определено в стандарте следующим образом: «Персонал, выполняющий работу, влияющую на соответствие продукции требованиям, должен быть компетентным на основе полученного образования, подготовки, навыков и опыта». Согласно политике в области качества ТФОМС одной из стратегических направлений является регулярное обучение и повышение компетентности сотрудников, мотивация качественной трудовой деятельности и раскрытие творческих возможностей. В связи с этим в нашей организации большое внимание уделяется совершенствованию системы обучения и повышению квалификации работников.

В ТФОМС обучение персонала осуществляется по двум направлениям.

Во-первых, согласно Плану Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Приказом Федерального фонда ОМС от 11.01.2011 №1 утверждено Положение о порядке организации повышения квалификации специалистов ТФОМС, осуществляемой Федеральным фондом ОМС. Согласно этому Положению повышение квалификации специалистов проводится не реже одного раза в три года и осуществляется в соответствии с Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов ОМС, который ежегодно утверждается председателем Федерального фонда.

Во-вторых, отдел кадров ТФОМС планирует дополнительное к Плану повышения квалификации Федерального фонда обучение работников в течение года. Направления повышения квалификации специалистов определяются руководителями структурных

подразделений с учетом потребности в обучении того или иного сотрудника. Закупка услуг по повышению квалификации осуществляется в рамках процедур, предусмотренных Федеральным законом от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Процесс повышения квалификации в ТФОМС выглядит следующим образом (рис. 1)

Рисунок 1.
Процесс повышения квалификации в ТФОМС



Формирование плана обучения персонала выполняется на основе исходной информации, получаемой на подготовительном этапе: плана повышения квалификации Федерального фонда ОМС, проектов планов обучения и повышения квалификации работников структурных подразделений. Ответственным за формирование сводного плана обучения работников, детализированного по структурным подразделениям, является начальник отдела кадров. Этот план содержит полную информацию о каждом учебном мероприятии:

тему, объем программы, форму обучения, учебную базу, сроки проведения обучения.

На основе сформированного плана отдел кадров направляет специалистов ТФОМС на обучение в течение всего года. Для этого в образовательные учреждения и в отдел подготовки и переподготовки специалистов Федерального фонда ОМС направляются заявки о зачислении специалистов на повышение квалификации. После подтверждения приема заявки специалист считается зачисленным в группу на обучение.

В 2014 году согласно плану Федерального фонда ОМС было предложено 23 учебных мероприятия для различных категорий специалистов: специалистов-экспертов, специалистов по защите прав застрахованных лиц в сфере ОМС, специалистов финансово-экономических и статистических служб, юристов, специалистов контрольно-ревизионных служб, бухгалтеров, специалистов информационных служб и служб по защите информации, специалистов по организации ОМС.

Все учебные мероприятия проходили на базе крупнейших вузов г. Москвы, Санкт-Петербурга, Новосибирска, Иркутска, Волгограда, которые победили в открытом конкурсе на право заключения государственных контрактов на оказание услуг по повышению квалификации специалистов.

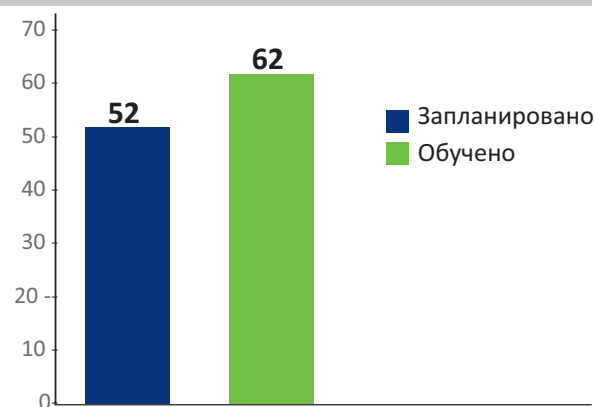
Наиболее актуальными в 2014 году оказались темы, касающиеся вопросов оплаты медицинской помощи в системе ОМС, контроля за соблюдением законодательства в сфере ОМС и использования средств бюджетов территориальных фондов ОМС, формирования и экономического обоснования реализации территориальных программ ОМС, а также бухгалтерского учета. По окончании обучения специалисты ТФОМС составляют краткий отзыв о семинаре, организации учебного процесса и актуальности программы обучения.

В Плане повышения квалификации специалистов ТФОМС на 2014 год запланировано обучение 52 специалистов, в том числе 33 специалистов филиалов ТФОМС. По итогам 2014 года свою профессиональную квалификацию повысили 62 специалиста ТФОМС, из них по Плану Федерального фонда ОМС – 42 работника (диаграмма 1).

Помимо тематики, предложенной Федеральным фондом, 20 специалистов обучились по темам, выбранным руководителями структурных подразделений и согласованным с директором ТФОМС. Наиболее востребованными в 2014 году стали темы, связанные с реализацией нового Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», который вступил в силу с 1 января 2014 года. Специалисты отдела правового обеспечения и организации закупок нуждались в новых знаниях, связанных с переходом к контрактной системе в сфере закупок, товаров, работ, услуг. По этому направлению обучение прошли 6 специалистов ТФОМС.

Также в 2014 году свою квалификацию повысили первый заместитель директора, 10 специалистов управления информационно-аналитических технологий, 2 специалиста отдела кадров и консультант по связям со СМИ.

Диаграмма 1.
Выполнение плана повышения
квалификации специалистов ТФОМС
в 2014 году



После получения новых знаний на семинарах и курсах повышения квалификации, специалисты ТФОМС, в свою очередь, проводят обучающие семинары для специалистов медицинских организаций, филиалов ТФОМС. Так, в 2014 году специалисты экономической службы ТФОМС поделились своим опытом и знаниями со специалистами медицинских организаций нашей области по вопросам централизованного расчета стоимости медицинской помощи и финансирования медицинских организаций по подушевому нормативу. Специалисты в сфере закупок провели семинары для специалистов филиалов, участвующих в работе по планированию и осуществлению закупок товаров, работ, услуг. А кадровики организовали и провели семинары по таким актуальным темам, как порядок работы с кадровыми документами, организация воинского учета, изменения в трудовом законодательстве 2014 года. На таких семинарах у специалистов медицинских организаций и филиалов ТФОМС есть возможность задать вопросы, получить профессиональные ответы и разъяснения, раздаточный информационный материал. Поэтому такая форма взаимодействия делает нашу совместную работу более плодотворной.

В условиях быстро меняющегося, развивающегося рынка необходимость в повышении профессиональных навыков, а также профессиональное развитие персонала становится залогом успешной работы любой организации. Высококвалифицированному специалисту в своей работе, помимо своих непосредственных должностных обязанностей, все чаще приходится совмещать различные трудовые функции, оперативно принимать продуманные, взвешенные профессиональные решения и качественно выполнять поставленные задачи. Всё это требует от работника постоянного повышения своей квалификации, получения новых знаний, умений и навыков. Поэтому вопросу обучения и подготовки персонала в нашей организации уделяется большое внимание. Ведь эффективное обучение персонала способствует успешному достижению стратегических целей нашей организации, которые мы взяли за основу при внедрении и развитии системы менеджмента качества.

Бабарыкина С.В., Леонтьева В.Г., Санюк Ю.А.
 ООО «АльфаСтрахование-ОМС», филиал «Сибирь»

«АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ» В 2014 ГОДУ



БАБАРЫКИНА С.В.,
 директор ООО «АльфаСтрахование-ОМС»
 филиал «Сибирь»

Прошедший 2014 год стал для филиала «Сибирь» особенным. Для этого есть объективные причины. Переломным моментом в истории компании стало 1 апреля 2014 года – дата официального завершения процесса реорганизации и начала работы под новым брендом «АльфаСтрахование-ОМС». Став частью большой команды профессионалов, филиал «Сибирь» перешел на качественно новый уровень развития. Результатом присоединения стала синергия мощного бренда, ресурсов федеральной компании и более чем 20-летний опыт работы на региональном рынке.

Обмен опытом, внедрение передовых информационных технологий и оптимизация процесса взаимодействия структурных подразделений позволили филиалу «Сибирь» не только в кратчайшие сроки адаптироваться к произошедшим изменениям, но и достигнуть высоких годовых показателей по всем направлениям.

2014 год стал рекордным для филиала «Сибирь» по привлечению застрахованных. Следствием ак-

тивных действий по освещению ребрендинга стала не только осведомленность населения, но и большой приток клиентов. Численность застрахованных за год возросла на 81 999 человек. Таким образом, сегодня филиалу «Сибирь» доверяют более 2,41 млн кузбассовцев. Доля рынка компании увеличилась на 2,6% и составляет 89,7%.

Для сравнения: после принятия закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в 2011 году средний годовой прирост застрахованных составлял 18 170 человек.

В 2014 году филиал «Сибирь» продолжал работу по приближению страховых услуг к клиентам. В течение года было открыто 6 новых пунктов выдачи полисов. В итоге сегодня в Кузбассе функционируют 62 пункта выдачи филиала «Сибирь». Сделать обязательное медицинское страхование более доступным помогает организация выездных мобильных пунктов выдачи полисов на отдаленных сельских территориях и предприятиях. Количество выездов в 2014 году увеличилось почти в 2,5 раза по сравнению с 2013 годом, в результате чего более 30 000 человек оформили полисы ОМС (в 2013 г. – 7 770 чел.).

Филиал «Сибирь» работает как над доступностью, так и над качеством предоставления и удобством получения услуг клиентами. Система информирования граждан о готовности полиса единого образца включает смс-оповещение, личные телефонные звонки, а также почтовые уведомления.

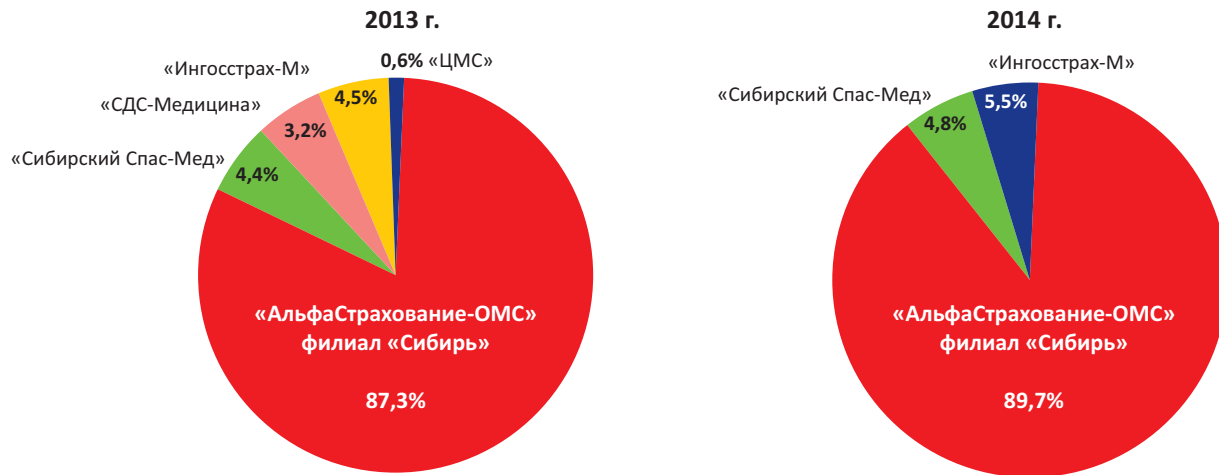
Для определенных категорий граждан действует курьерская доставка полисов ОМС на дом, которая пользуется особой популярностью среди лиц пожилого возраста. За год было доставлено 6 990 полисов, что на 5 500 полисов больше, чем в 2013 году.

На протяжении 2014 года филиал «Сибирь» совершенствовал клиентский сервис. Специалисты по страхованию проходили регулярное обучение, проводились

Рисунок 1.
Рост численности застрахованных
в 2014-2015 гг.



Диаграмма 1.
Доля рынка компаний в 2013-2014 гг.



советы директоров и рабочие совещания. Были разработаны и внедрены новые методические документы, позволяющие всем сотрудникам выполнять функции в соответствии с действующим законодательством. Итогом таких мероприятий стало увеличение оперативности работы специалистов и сокращение количества допущенных ошибок.

Сотрудники филиала проводили активную работу по страхованию госпитализированных граждан, не имеющих полиса, с колониями по страхованию осужденных, с женскими консультациями и роддомами по страхованию новорожденных. Большая работа проведена с гражданами Украины.

Интенсивная работа по страхованию граждан требует повышенной стабильности информационных систем и их усовершенствование. В течение 2014 года проводились мероприятия по повышению надежности и мощности единого центра обработки данных, в том числе модернизация системы резервного копирования, увеличение мощности серверов баз данных, телефонии, модернизация мобильных пунктов выдачи. Специалисты управления информационных технологий продолжали разработку и сопровождение программного обеспечения «Феникс» (ведение регионального регистра застрахованных), «МЭКС» (МЭЭ, ЭКМП), «ПГ» (заполнение формы ПГ).

Слаженная работа команды специалистов компании, грамотно организованное управление и верно расставленные приоритеты способствуют удержанию лидирующей позиции страховой компании на рынке в течение многих лет.

Другое важное направление деятельности компании – защита интересов и прав застрахованных граждан, которое включает организацию контроля качества медицинской помощи, мониторинг доступности медицинских услуг, изучение удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, а также предоставление застрахованным гражданам полной информации о медицинских услугах, оказываемых в

рамках территориальной программы ОМС и сверх нее.

Обеспечивают деятельность компании по данным направлениям 42 врача. Все они имеют действующие сертификаты по экспертной деятельности в сфере ОМС, 98,6% врачей имеют сертификат по специальности, 64% штатных врачей включены в территориальный реестр экспертов качества. Помимо этого, к работе привлекались 103 внештатных врача-эксперта, из них 17 специалистов из других регионов РФ. Высокая квалификация экспертов медицинской службы позволяет компании гарантировать застрахованным гражданам постоянный контроль качества оказываемых медицинских услуг, а также профессиональную помощь специалистов при возникновении любых проблем.

В работе по защите прав застрахованных граждан в 2014 году акцент был сделан на информирование граждан по вопросам ОМС, в связи с чем количество консультаций увеличилось на 23%, в том числе по телефону «горячей линии». Появилась практика совместной работы СМО и МО с заявителями по урегулированию претензий в режиме текущего времени, результатом которой является отзыв жалобы заявителем. В результате количество обоснованных жалоб снизилось в 7 раз по сравнению с 2013 годом. Основной причиной обоснованных обращений является низкое качество оказания медицинской помощи. Все случаи были разобраны специалистами филиала «Сибирь» на досудебном этапе с предъявлением санкций к МО.

Постоянный контроль объемов, сроков, условий и качества медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам, осуществляется в виде плановых (в том числе тематических) и целевых экспертиз. За 2014 год проведено 308 413 экспертиз всех видов, что на 25% больше, чем в 2013 году. Показатель вырос за счет увеличения норматива объема экспертиз по скорой медицинской помощи. Нормативы выполнены в рамках приказа ФФОМС №230. При осуществлении контроля особое внимание обращалось на качество проводимых диспансерных осмотров. Объем тематических

экспертиз по данному направлению составил 4,6% от принятых к оплате счетов. По результатам экспертизы отмечается высокий уровень дефектов, особенно при проведении профилактических мероприятий детскому населению.

В целом количество выявленных нарушений на 10 тыс. застрахованных увеличилось по сравнению с 2013 г. на 7%. Структура нарушений по всем видам помощи представлена на диаграмме 2.

Медицинская служба филиала «Сибирь» первой из СМО начала заниматься мониторингом доступности и качества оказания медицинской помощи застрахованным и продолжает выполнять эту работу, контролируя сразу несколько направлений: информированность населения по вопросам оказания медицинской помощи, очередность на прием, обследования и госпитализацию, работу регистратуры и организацию работы врачей и диагностических отделений.

Мониторинг доступности проводится ежемесячно во всех медицинских организациях на территории присутствия компании. В 2014 году осуществлено 226 проверок, в 62% из них были зарегистрированы нарушения доступности медицинской помощи, что ниже показателя 2013 г. (66%).

Результаты проверок, выводы и предложения по улучшению доступности медицинской помощи в обязательном порядке были доведены сотрудниками до руководителей медицинских организаций, органов управления здравоохранением и администраций территорий, вследствие чего процент медицинских организаций, где выявлена очередность на плановый прием или обследование, снизился с 44,8% в 2013 году до 36% в 2014 году.

Уже несколько лет в медицинских организациях области организована работа страховых представителей компании. В 2014 году в общей сложности провели 561 дежурство, в ходе которых более 2 тысяч пациен-

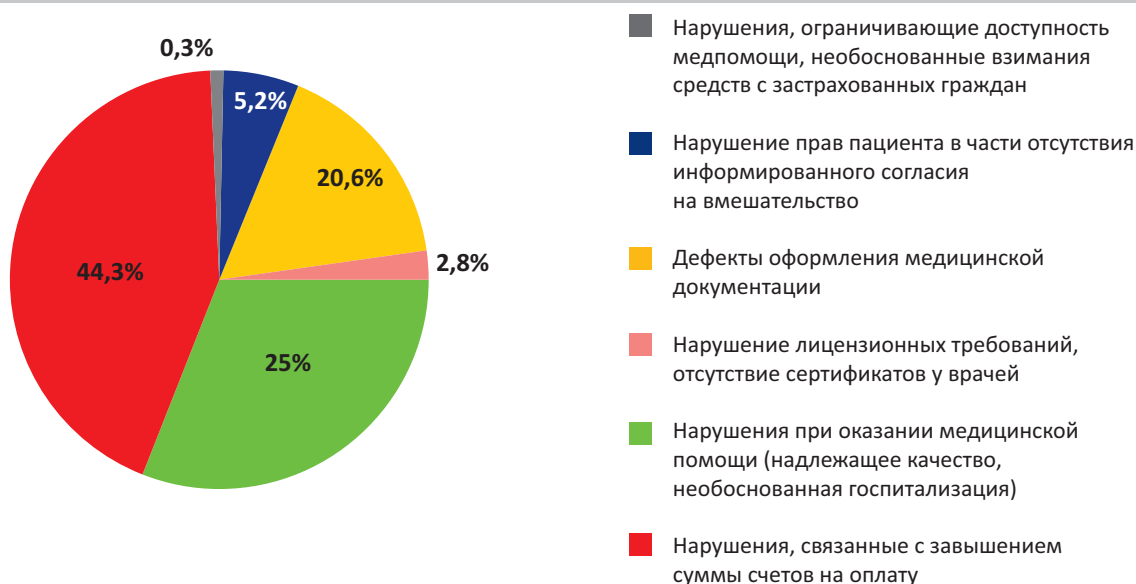
тов смогли в режиме текущего времени разрешить возникшие проблемы.

В связи с принятием приказа ФФОМС «Об утверждении порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования» №263 от 20.12.2013, на базе стратегического центра был создан отдел организации плановой медицинской помощи. Функцией отдела является сопровождение и перераспределение потоков плановых больных при осуществлении госпитализации в стационары города Кемерово, в том числе, с использованием программы «Госпитализация» на сайте ТФОМС. По данным 2014 года около 90% пациентов были госпитализированы в день обращения, 880 человек записаны в «листы ожидания». Максимальный срок ожидания госпитализации составил не более трех недель. Наибольшие проблемы возникали с госпитализацией по гастроэнтерологическому, пульмонологическому и неврологическому профилям.

Важной функцией отдела остается организация проведения МРТ и КТ в медицинских организациях области, оперативное перераспределение потоков пациентов с учетом очередности, территориальной принадлежности и возможностями работающих аппаратов. Кроме этого, регулярно проводится анализ выполнения заданий МО с целью выявления неиспользованных ресурсов, перераспределения объемов медицинской помощи.

Деятельность любой компании невозможна без изучения мнений ее клиентов. Полученные в ходе подобных исследований данные становятся основой для определения дальнейшего вектора развития организации и ее приоритетов. В 2014 году продолжалась работа по изучению мнения пациентов о качестве и доступ-

Диаграмма 2.
Структура выявленных нарушений



ности медицинской помощи. Всего за 2014 год было опрошено 48 783 респондента (2013 г. – 41 183 чел.).

Процент удовлетворенных качеством медицинской помощи сохраняется на достаточно высоком уровне и составляет 89,5%. По результатам анкетирования более 30% опрошенных (в 2013 г. – 32,5%) отметили проблемы в организации медицинской помощи, а именно, значительную очередность на прием и консультации. 40% респондентов положительно оценили вклад администраций всех уровней в сферу здравоохранения, признав состояние здравоохранения области удовлетворительным.

Такая обширная работа специалистов медицинской дирекции филиала «Сибирь» по организации контроля за предоставляемыми медицинскими услугами, по изучению и анализу мнений пациентов о системе здравоохранения, позволяет филиалу «Сибирь» гарантировать своим застрахованным оказание качественной и доступной медицинской помощи, обеспечивать надежную защиту их интересов.

Отдельного внимания заслуживает работа экономической дирекции филиала «Сибирь». Одна из основных ее задач – это контроль и анализ соответствия принятых к оплате объемов медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями (далее – МО) Кемеровской области нашим застрахованным, и финансовых средств, предназначенных на оплату этих услуг.

В рамках данной работы специалисты службы осуществляют постоянное взаимодействие с сотрудниками ТФОМС и 182 медицинских организаций области, включающих в себя 540 структурных подразделений.

Объем оказанных и оплаченных компанией медицинских услуг за 2014 год составил 20,5 млрд руб. или 8,6 тыс. рублей в год на одного застрахованного гражданина, что на 10,4% выше показателей 2013 года.

Работая в системе обязательного медицинского страхования более 20 лет, филиал «Сибирь» накопил значительный опыт в данной сфере. Компания является постоянным участником 32-х территориальных рабочих групп области, а также рабочей группы Комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Подобная работа над повышением эффективности функционирования системы ОМС Кузбасса – неотъемлемая часть деятельности компании, которая с каждым годом становится все масштабнее.

В рамках этой деятельности особое внимание компания уделяет мониторингу выполнения медицинскими организациями области «Заданий на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам». По итогам работы за 2014 год их выполнение (в стоимостных показателях) находится в диапазоне от 96% до 102%, что говорит о высокой точности планирования медицинской помощи в Кузбассе, а также о значительной востребованности медицинских услуг у наших застрахованных.

В 2015 году зоной особого внимания будет работа по переходу на ежедневный обмен данными о прикреплении застрахованных граждан к первичному звену со всеми участниками системы ОМС Кемеровской области.

Таким образом, 2014 год стал непростым периодом для всех служб компании. Во-первых, присоединение к федеральной компании внесло изменения в привычный ритм и порядок работы всех подразделений. А во-вторых, с целью предотвращения падения основных показателей работы СМО и сокращения страхового поля была активизирована работа компании по информированию и увеличению осведомленности граждан, что привело к увеличению нагрузки на все службы филиала. Однако, несмотря на данные сложности, компания достойно завершила 2014 год и добилась преемственности нового бренда.



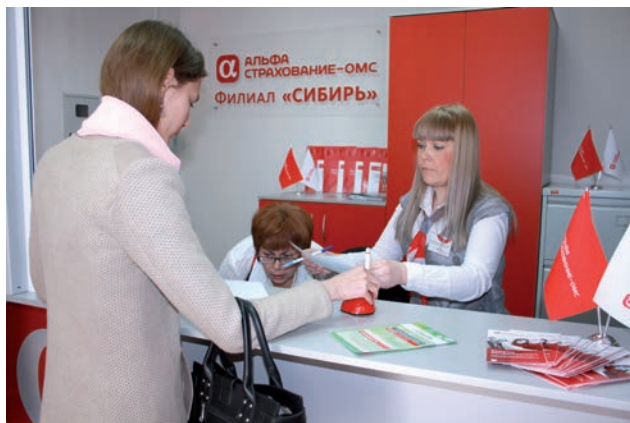
Балашова С.В., Фрянова Д.А.,
ООО «АльфаСтрахование-ОМС», филиал «Сибирь»

НОВЫЙ ИМИДЖ «СИБИРИ» – НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Одной из отличительных особенностей филиала «Сибирь» является непрерывная рекламная деятельность и продвижение бренда на рынке.

Ежегодно филиал «Сибирь» выпускает информационные буклеты и листовки, которые способствуют повышению страховой грамотности населения, разъяснению прав и обязанностей граждан в сфере ОМС, защите их законных интересов. В 2014 году было выпущено более 70 тыс. памяток по обязательному медицинскому страхованию, 5 тыс. территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Кемеровской области бесплатной медицинской помощи, более 2 тыс. информационных плакатов и порядка 18 тыс. буклетов-приглашений для молодых родителей оформить полис для новорожденного.

Смена бренда на «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» дала начало масштабной рекламной кампании, посвященной ребрендингу. В рамках этой кампании велась активная работа по обновлению стандартов оформления точек присутствия, дизайна и наполнения рекламно-информационных материалов, транслированию организационных изменений в СМИ и на проводимых мероприятиях.



Меньше чем за месяц офисы компании по всей Кемеровской области заиграли новыми красками. Смена айдентики (цветовая гамма, логотип, маркетинговые материалы) повлекла обширные изменения в оформлении пунктов выдачи и точек присутствия компании.

Были обновлены 509 корпоративных стендов с информацией о компании, правах и обязанностях застрахованных, порядке оформления полиса ОМС и 70 стендов с информацией по защите прав застрахованных, расположенные в офисах компании и лечебных учреждениях, 72 режимных вывески, 44 таблички «Вы-

зов специалиста», 26 фасадных вывесок, 6 баннеров, а также другие элементы внутреннего оформления офисов.

Помимо этого, заново были оформлены рабочие места специалистов. Настольные флажки с логотипом компании, календари, ручки-регистраторы, мобайлы и даже письменные принадлежности, выполненные в корпоративных цветах, стали неотъемлемыми атрибутами офисов. Стоит отметить, что изменения коснулись и внешнего вида сотрудников. Каждый из специалистов фронт-офиса теперь придерживается классического стиля в одежде и носит корпоративный шейный платок (женщины) и галстук (мужчины).

Используемые в работе маркетинговые материалы также были обновлены. Памятки, буклеты и листовки, выполненные в новом привлекательном дизайне и с обновленной информацией, были в кратчайшие сроки доставлены в пункты выдачи полисов по всей Кемеровской области.

Любое мероприятие, проводимое филиалом «Сибирь», проходит более качественно и запоминается, если вместе с распространением информационных материалов специалисты вручают памятные и полезные сувениры, каждый из которых выполнен в корпоратив-



ных цветах и содержит логотип компании. Среди сувениров, выпущенных и распространённых с начала 2014 года, фирменные красочные блокноты, авторучки и карандаши, блоки для записей, папки для документов, кружки, футболки и бейсболки, календари (настенные и настольные), медицинские аптечки, магниты

с термометром и многое другое. Стоит отметить, что любой подарок упаковывается в фирменный пакет и, если мероприятие приурочено к какому-либо празднику, сопровождается корпоративной поздравительной открыткой.

Одновременно со сменой наименования была расширена сеть подразделений компании – открыты 6 пунктов выдачи в городах Кемерово, Новокузнецк, Тайга, Киселевск.

День открытия – всегда яркое и запоминающееся мероприятие. Так, наиболее ярким и разнообразным



стало открытие дополнительного офиса в г. Кемерово на ул. Весенней, 24. 7 и 8 апреля там прошла акция «Дни здоровья», в рамках которой посетителям вручали подарки и предлагали непосредственно в офисе пройти обследование на аппарате «Кардиовизор», а также задать интересующие вопросы дежурившему специалисту по защите прав застрахованных. В результате проведенного мероприятия удалось не только проинформировать о ребрендинге компании, но и увеличить поток посетителей нового пункта выдачи.

Проведение акции «Дни здоровья» и реорганизация компании активно освещались СМИ. Были задействованы все каналы коммуникации: размещались статьи в популярных изданиях, транслировались видео-сюжеты, а также был проведен прямой эфир на радио, посвященный данному событию.

Использование разнообразных каналов коммуникации – один из принципов маркетинговой политики компании, который позволяет охватить все сегменты целевой аудитории.

Так, на «Радио Россия» ежегодно выходит информационная программа с руководством компании, где слушатели в прямом эфире могут задать интересующие вопросы и получить профессиональную консультацию по особенностям обязательного медицинского страхования, доступности медицинской помощи, платной и бесплатной медицины. В октябре 2014 года была запущена рекламная кампания на радио «Шансон» (Кемерово), «Радио Дача» (Кемерово и Новокузнецк), «Кузнецкий Экспресс» (Новокузнецк). 25-секундные ролики напоминают горожанам о необходимости

иметь полис ОМС и приглашают обратиться в офисы «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь».

Свою деятельность компания регулярно освещает на телевидении. На канале «Россия 1» в утренних выпусках новостей размещаются сюжеты о социально-благотворительных акциях компании.

Директор филиала «Сибирь» Светлана Васильевна Бабарыкина стала гостем телепередачи «Кто там?» на телеканале «Мой город». Вместе с ведущими была раскрыта тема медицинского страхования, и даны ответы на самые популярные среди зрителей вопросы.

У компании имеется свой сайт www.alfastrahoms.ru, который содержит информацию о филиалах и режимах работы офисов. Помимо этого, имеется много полезных материалов о работе системы ОМС, порядке получения полиса и пр. Воспользовавшись интерактивной частью сайта, можно задать свой вопрос специалистам, оформить курьерскую доставку, а также скачать популярные шаблоны документов. Практически ежедневно публикуются новостные материалы о достижениях и мероприятиях компании. Сайт компании указывается на всех информационно-рекламных материалах, сувенирной продукции.

Филиал «Сибирь» продолжает многолетние традиции, регулярно проводит и участвует в социально-благотворительных акциях, среди которых программы поддержки ветеранов, акции для детей, многодетных и беременных женщин, инвалидов, учителей, врачей и других категорий населения. Большинство акций настолько полюбили жители Кузбасса, что стали для них доброй традицией. Поэтому с каждым годом проводимые компанией мероприятия становятся всё многочисленнее, а география их проведения дополняется новыми городами и территориями.



Леонтьева В.Г., Евченко Н.И., Ермолаева Л.Н.
ООО «АльфаСтрахование-ОМС», филиал «Сибирь»

ИНФОРМАЦИОННО-СТРАХОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ООО «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ»

С целью повышения конкурентоспособности компании, а также для улучшения качества предоставляемых услуг филиалом «Сибирь» разрабатываются и активно используются информационно-страховые технологии в сфере защиты прав застрахованных.

Информационные технологии в сфере защиты прав застрахованных филиала «Сибирь» призваны решать задачи информирования населения об ассортименте предоставляемых компаний услуг, консультирования граждан по вопросам обязательного медицинского страхования, качества и доступности медицинской помощи.

Для этого создан и успешно функционирует многоканальный круглосуточный консультативный центр с единым бесплатным федеральным номером: 8-800-1002-102.

Услуги консультативного центра предусмотрены для всех жителей России, а также для работников медицинских и фармацевтических организаций.

Медицинским организациям предоставляется информация по вопросам страховой принадлежности застрахованных в региональном сегменте и прикрепления застрахованных к конкретной медицинской организации. Для проверки страховой принадлежности специалисты консультативного отдела пользуются регистрами застрахованных страховой медицинской организации и ТФОМС по Кемеровской области, осуществляют проверку факта страхования. В случае необходимости для более детального рассмотрения специалисты переадресуют обращения по принадлежности: в отдел ОМС, отдел защиты прав застрахованных, отдел взаиморасчетов с МО.

С целью консультативной поддержки населения и медицинских организаций, Call-центр проводит дозвонки застрахованным гражданам с информацией о необходимости получения полиса, отвечает на вопросы организации системы обязательного медицинского страхования, качества и доступности медицинской помощи в формате алгоритмов, сформированных в соответствии с действующим законодательством.

С начала года проведено более тысячи звонков застрахованным лицам, которые по каким-либо при-

чинам не смогли своевременно получить полис ОМС единого образца. В отделе ведется запись телефонных разговоров, осуществляется ежедневный учет звонков и обращений с последующей аналитической обработкой.

За 2014 год консультативным центром принято 83 189 обращений по Кемеровской области, преобладают вопросы по обязательному медицинскому страхованию (95%).

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» не только ставит перед собой задачу по информированию населения по всем вопросам, которые относятся к обеспечению доступной медицинской помощи, но и стремится получать информацию об оказании медицинской помощи.



Анкетирование – это один из современных методов сбора различного рода информации. Его преимущество в том, что анкеты разработаны таким образом, что дают возможность получить конкретные интересные данные из всего объема сведений.

С этой целью активно проводятся социологические опросы пациентов по изучению условий предоставления медицинской помощи в лечебных учреждениях. Это позволяет выявить недостатки в организации медицинской помощи, провести оценку удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи самих потребителей, получить предложения об улучшении качества работы МО.

Ежегодно изучается мнение более 40 000 респондентов. К примеру, за 2014 год было опрошено 48 783 респондента. Итоги проведенных социологических опросов, учитывая большое количество опрошенных, позволяют сделать обоснованный вывод о доступности и качестве медицинской помощи с точки зрения пациента как в подразделениях определенной медицинской организации, так и лечебных учреждениях муниципального образования в целом.

Современные технологии и возможности сети интернет позволяют организовать проведение онлайн-опросов, результаты которых, при необходимости, могут быть доступны сразу по мере поступления ответов в режиме реального времени.

Помимо социологического опроса, с целью контроля и обеспечения доступности медицинской помощи, специалисты ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» систематически проводят мониторинг в медицинских организациях. Основные направления проводимого мониторинга: информированность населения по вопросам оказания бесплатной помощи в рамках ОМС, наличие предварительной записи и очередность к участковым врачам, врачам-специалистам, на различные виды исследований (в том числе дорогостоящие), на плановую госпитализацию.

Информационные технологии, которые активно

развивает филиал «Сибирь» ООО «АльфаСтрахование-ОМС», позволяют провести мониторинг доступности без выхода в лечебное учреждение, с использованием сети интернет, например, проанализировать данные, содержащиеся на сайтах медицинских организаций. Создание информационного ресурса, необходимого для пациента, регламентируется в основополагающих федеральных законах. Важно отметить, что от доступности формы изложения, полноты и достоверности информации, предоставляемой пациенту, зависит его удовлетворенность полученной медицинской помощью. С точки зрения доступности важно, реализован ли на сайте МО выход на единый портал записи к врачу, позволяющий пациентам через интернет производить самозапись к специалистам медицинской организации в режиме реального времени.

Результаты мониторинга показали улучшение информированности населения по вопросам медицинской помощи, повышение доступности предварительной записи по телефону, через сеть интернет и информационно-справочные сенсорные терминалы, а также значительное сокращение сроков ожидания пациентами клиничко-биохимических, ультразвуковых, рентгенологических исследований. Следует отметить, что сокращение очередности на клиничко-лабораторные исследования и консультации специалистов в большей мере связано с тем, что в медицинских организациях были предприняты организационные меры, не требующие дополнительного финансирования.

Таким образом, комплекс мероприятий по систематическому контролю обеспечения доступности медицинской помощи позволили почувствовать положительные сдвиги в сфере оказания медицинских услуг. Ведь главный смысл изменений – это выстраивание системы обязательного медицинского страхования так, чтобы центральное место в ней занимал человек, застрахованное лицо, и чтобы стимулы деятельности медицинских организаций зависели от того, насколько человек удовлетворен качеством и доступностью медицинской помощи.



Федотова И.В.
 ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЗАО СМК «СИБИРСКИЙ СПАС-МЕД» В 2014 ГОДУ



ФЕДОТОВА И.В.,
 генеральный директор
 ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»

Уже более 14 лет СМК «Сибирский Спас-Мед» работает на рынке обязательного медицинского страхования. Своей главной задачей специалисты страховой медицинской компании считают обеспечение доступной и качественной помощи по ОМС каждому застрахованному. И для решения этой задачи компания имеет все необходимые ресурсы и возможности. В первую очередь, «Сибирский Спас-Мед» осуществляет всестороннее информирование населения, отвечая на все возникающие вопросы в области ОМС, разъясняя права и обязанности застрахованных, объемы услуг, входящих в федеральные и территориальные программы ОМС.

География компании представлена тремя субъектами РФ: Красноярский край, Республика Хакасия и Кемеровская область, на территории которых функционирует порядка 20-ти структурных подразделений. На протяжении всего прошлого года сохранялась устойчивая тенденция к увеличению численности застрахованных лиц, и на конец 2014 года общая численность застрахованных составила 145 256 человек, что на 11 000 чел. больше, чем в 2013 году.

Количество застрахованных лиц на территории Кемеровской области в 2014 г. составило 128 815 человек. Если говорить о половозрастных характеристиках, то число мужчин превалирует над количеством женщин на 24 000 человек. Основная часть застрахованных лиц приходится на людей в возрасте от 18-59 лет (98 167 человек) (диаграмма 1).

На территории Кемеровской области функционирует 11 структурных подразделений, эффективную деятельность которых обеспечивают более 40 штатных специалистов высокой квалификации.

Учет застрахованных лиц и выданных им полисов обязательного медицинского страхования ведется в

соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.11.2011г. №29н.

На протяжении всего года СМО проводила немалую работу по сохранению и увеличению количества застрахованных лиц. Для удобства жителей специалисты осуществляли выезды и обслуживание на дому.

Также страховая медицинская компания «Сибирский Спас-Мед» осуществляла страхование граждан на основании ходатайств, полученных от ТФОМС. В 2014 году количество данной группы застрахованных составило 53 человека, из них 31 человек получили полис лично в руки (диаграмма 2).

Диаграмма 1.
Половозрастная характеристика застрахованных в 2014 г.

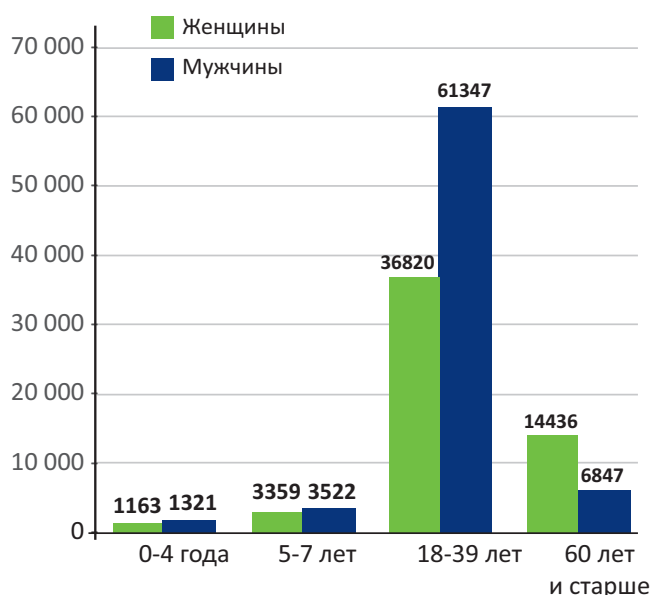
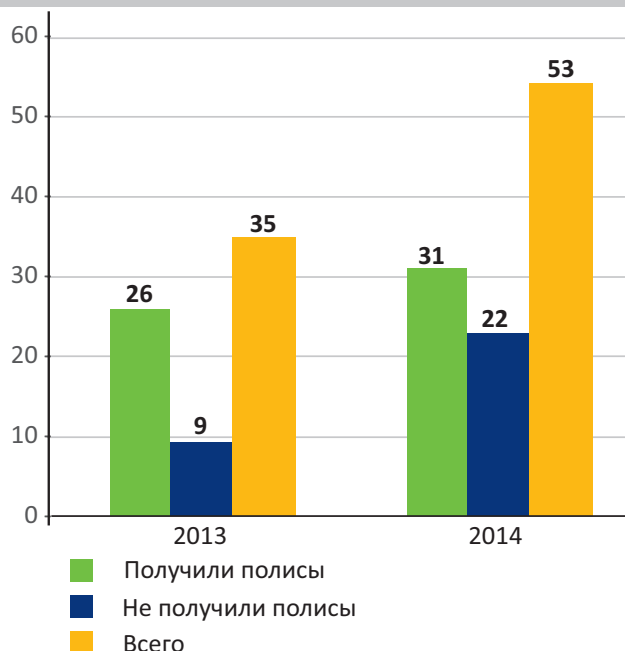


Диаграмма 2.
Количество застрахованных граждан по ходатайствам за 2013-2014 гг.



ИНФОРМИРОВАНИЕ – ВАЖНЫЙ АСПЕКТ

Еще одна положительная тенденция – снижение числа обращений от застрахованных, связанных с ненадлежащим качеством оказанных медицинских услуг.

Важную роль здесь сыграла проводимая специалистами СМО работа по информированию граждан. Статьи, посвященные вопросам обязательного медицинского страхования, регулярно публиковались в ежемесячной корпоративной газете «СпасИнформ».

Все большую популярность приобретает официальный сайт СМО. Для сравнения: если в 2013 году его посетили 18 340 человек, то в 2014 году интернет-ресурсом компании воспользовались 22 150 человек. Специалисты СМО тщательно следят за информационным наполнением сайта, своевременно обновляют необходимые материалы.

Постоянно осуществлялось информирование граждан о возможностях ОМС, порядке выбора врача и медицинской организации и др. Жители области получили более 14 000 информационных материалов, разъясняющих основные моменты закона об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.

ЭКСПЕРТИЗА И КОНТРОЛЬ

В 2014 году компания выполнила планы по медико-экономической экспертизе и экспертизе качества медицинской помощи.

В результате проведенного медико-экономического контроля было выявлено 513 нарушений, основная часть из них (336) касалась включения в реестр медицинской помощи, которая не входит в территориальную программу ОМС. Кроме того, выявлены такие нарушения, как повторное или необоснованное вклю-

чение в реестр счетов медицинской помощи (160 случаев), принадлежность застрахованного лица к СМО (17 случаев).

По результатам медико-экономической экспертизы выявлено 1 404 нарушения. Экспертиза качества выявила 749 нарушений несоответствия данных первичной документации данным реестра и 344 случая – дефекты оформления.

В связи с выявленными нарушениями сумма оплаты услуг медицинским организациям уменьшена: по МЭК – на 571 552,71 рублей, по МЭЭ – на 2 520 923,11 рублей.

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

Защита прав застрахованных – одна из важнейших задач страховой медицинской организации, которую успешно проводит компания «Сибирский Спас-Мед». На протяжении прошлого года в компанию поступали обращения по вопросам оказания медицинской помощи в медицинских организациях. В основном обращения касались взимания денежных средств за медицинские услуги по программе ОМС, лекарственного обеспечения при стационарном лечении и т.п. Все вопросы оперативно решались специалистами компании. Стоит отметить, что по сравнению с предыдущими годами количество обращений становится все меньше, поскольку повышается информированность граждан, благодаря работе страховых медицинских организаций.

В режиме консультативной поддержки застрахованных лиц активно работает единый федеральный номер: 8-800-200-23-63.

РАБОТА СЛУЖБЫ ИТ

В течение всего 2014 года специалисты IT-службы проводили усиленную работу по поддержке программного обеспечения. Довели до совершенства механизм ежемесячной сверки баз данных застрахованных и прикрепленного населения между страховой медицинской организацией и ТФОМС. Для уведомления застрахованных о необходимости получения поступившего полиса единого образца создана автоматическая система печати почтовых карточек.

Согласно требованиям ФЗ №152, в 2014 году заключен договор с одной из крупных лицензированных компаний по защите персональных данных в информационной системе.

О ПЛАНАХ И ПЕРСПЕКТИВАХ

Все усилия 2015 года направлены на повышение доступности бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам. Сотрудники компании планируют работать над увеличением страхового поля, проводить мониторинг в медицинских организациях, осуществлять контроль качества предоставляемой медицинской помощи, работать над выполнением запланированных объемов МЭЭ и ЭКМП, а также проводить информационно-разъяснительную работу среди населения Кемеровской области о правах и обязанностях застрахованных граждан в системе ОМС.

Вингерт С.А.

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ФИЛИАЛА ООО «СК «ИНГОССТРАХ-М» В Г. КЕМЕРОВО С УЧАСТНИКАМИ СИСТЕМЫ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



ВИНГЕРТ С.А.,
заместитель директора
ООО «СК «Ингосстрах-М»,
филиал г. Кемерово

Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения субъектов и участников системы обязательного медицинского страхования, к которым относятся:

- территориальные фонды;
- страховые медицинские организации;
- медицинские организации.

Приказом Минздравсоцразвития России от 20.02.2011 г. №158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования, которые регулируют правоотношения субъектов и участников ОМС при реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Каким образом реализуются эти права и обязанности, как складываются взаимоотношения между участниками системы ОМС, можно показать на примере работы филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово.

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово уже 23 года работает на рынке обязательного медицинского страхования области (с 1992 года), это достаточный срок, чтобы говорить об опыте и его значении в системе ОМС на территории Кемеровской области.

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом и договорами:

- о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенного с Территориальным фондом ОМС Кемеровской области;
- на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного с медицинскими организациями, вошедшими в реестр организаций, осуществляющих деятельность в области здравоохранения и участвующих в реализа-

ции территориальной программы ОМС на территории Кемеровской области.

Одной из основных обязанностей филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово является осуществление обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации, а Территориальный фонд – контролирует выполнение данного обязательства страховой медицинской организации на соответствие требованиям Правил обязательного медицинского страхования.

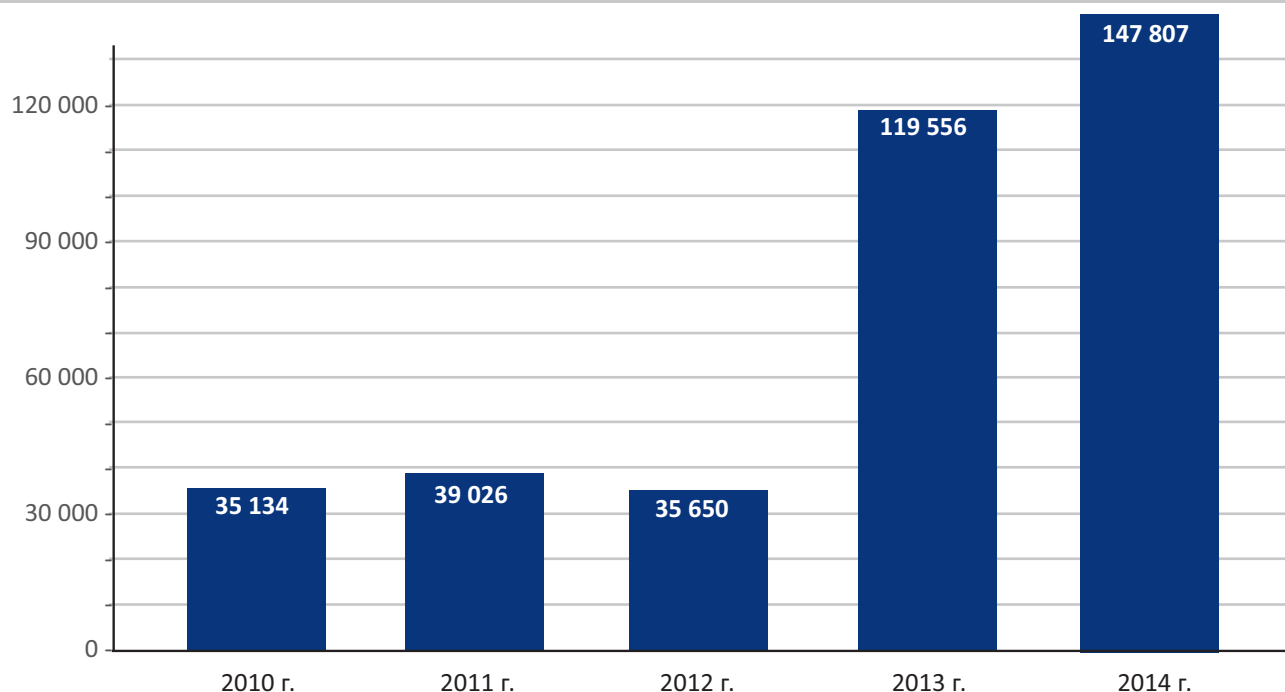
Количество застрахованных увеличилось на 83 906 человек по сравнению с 2010 годом и на конец 2014 года составляет 147 807 человек (диаграмма 1).

По территориям численность застрахованных по ОМС в «СК «Ингосстрах-М» распределилась следующим образом: Кемерово – 25%, Белово – 13,2%, Междуреченск – 12,7%, Тайга – 17%, Новокузнецк – 10,3%, Прокопьевск – 8,6%, Осинники – 3,3%, Гурьевск – 3,2%, Ленинск-Кузнецкий – 2,9%, Березовский – 2,8%, Юрга – 2,5%, Киселевск – 1,7%, Топки – 1,6%, Таштагол – 0,8% (диаграмма 2).

Учет застрахованных лиц и выданных им полисов обязательного медицинского страхования ведется в соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 г. №29н.

Взаимодействие филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово с другими страховыми медицинскими организациями, работающими по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в виде обмена сведений и информации о застрахованных лицах в соответствии с пунктом 8 части 8 статьи 33 Федерального закона. Обмен информацией происходит в ежедневном режиме с соблюдением всех норм защиты персонифицированных данных.

Диаграмма 1.
Количество застрахованных за 2010-2014 гг.



На первое число каждого месяца филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово составляет с Территориальным фондом акты сверки численности застрахованных лиц с распределением на половозрастные группы. Указанная информация применяется при расчете дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения для страховой медицинской организации.

Взаимодействие филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово с медицинскими организациями, вошедшими в реестр организаций, осуществляющих деятельность в области здравоохранения и участвующих в реализации ТПОМС на территории Ке-

меровской области, построено на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Согласно данному договору, медицинская организация оказывает необходимую медицинскую помощь застрахованным лицам в рамках ТПОМС и предъявляет на оплату в страховую медицинскую организацию счета и реестры счетов, а страховая медицинская организация оплачивает медицинскую помощь и проводит в медицинской организации контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам.

Диаграмма 2.
Численность застрахованных по территориям на 31.12.2014 г.

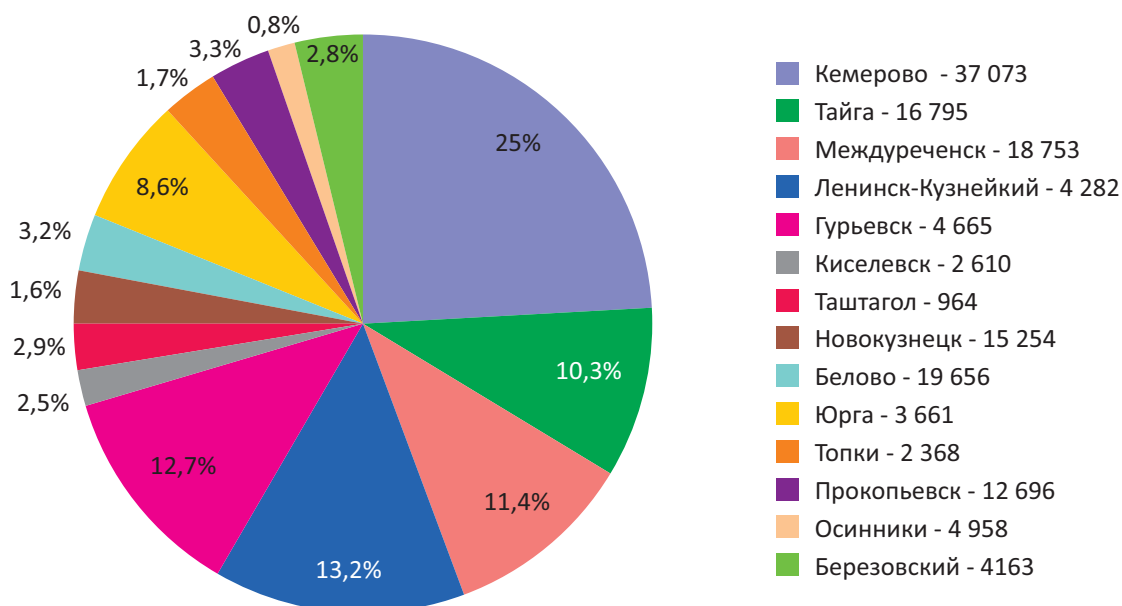
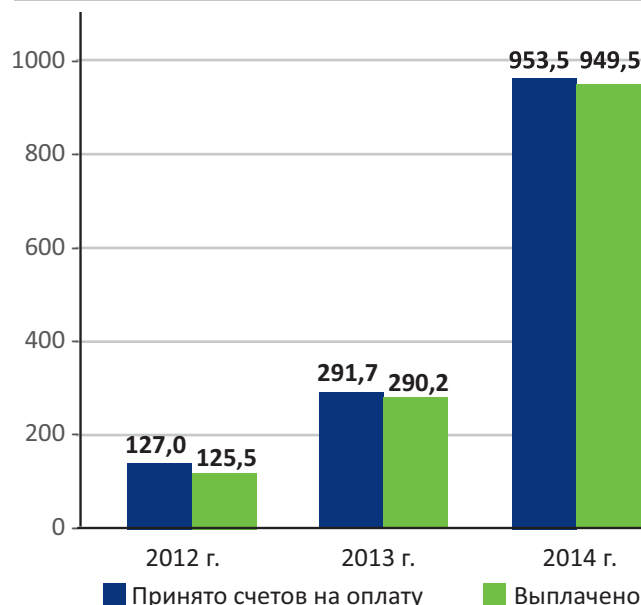


Диаграмма 3.
Финансирование медицинских организаций (в млн руб.)



Ежемесячно, на первое число месяца, следующего за отчетным, а также ежегодно по состоянию на конец финансового года филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово проводит с медицинской организацией сверку расчетов, по результатам которой составляется акт о принятии к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь, подтверждающих сумму окончательного расчета между сторонами.

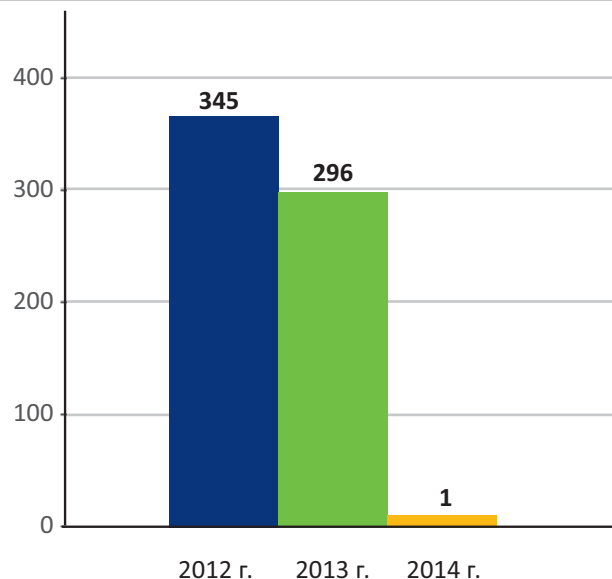
В 2014 году филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово принял от медицинских организаций счета на общую сумму 953,5 млн руб., оплачено – 949,5 млн руб. или 99,5 %, что объясняется уменьшением оплаты по результатам контроля (диаграмма 3).

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово проводит в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по приказу ФФОМС от 01.12.2010 г. №230, путем проведения медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

При выявлении нарушений договорных обязательств в отношении объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи страховая медицинская организация применяет к медицинской организации штрафные санкции согласно утвержденному Перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

По результатам контроля (МЭК, МЭЭ и ЭКМП) оформляется акт с указанием (при наличии нарушения) суммы уменьшения оплаты медицинской помощи.

Диаграмма 4.
Результаты медико-экономического контроля (МЭК), тыс. руб.



За 2014 год по результатам медико-экономического контроля (МЭК) филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово уменьшил оплату медицинской помощи медицинским организациям на 1 тыс. рублей, в 2013 году – на 296 тыс. рублей, в 2012 году – на 345 тыс. рублей. Анализ по годам показывает, что медицинские организации учатся качественно оформлять свои реестры на оплату медицинской помощи (диаграмма 4).

За 2014 год по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово уменьшил оплату медицинской помощи медицинским организациям на 3 029 тыс. рублей, в 2013 году – на 616 тыс. рублей, в 2012 году – на 721 тыс. рублей (диаграмма 5).

За 2014 год по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово уменьшил оплату медицинской помощи медицинским организациям на 1 013 тыс. рублей, в 2013 году – на 538 тыс. руб., в 2012 году – на 423 тыс. руб. (диаграмма 6).

Деятельность по защите прав застрахованных лиц филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово проводит в соответствии с договорными обязательствами с Территориальным фондом ОМС Кемеровской области и медицинскими организациями. Ежемесячно филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово предоставляет в ТФОМС отчетность о своей деятельности по защите прав застрахованных лиц. За 2014 год общее число обращений составило 68 125, что на 58 229 обращений больше, чем в 2013 году (таблица 1).

В структуре обращений заявления составляют 99,2%, консультации – 0,8%, жалоб – нет (диаграмма 7).

Работу по информированию застрахованных лиц филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово проводит также в соответствии с договорными обя-

Диаграмма 5.
Результаты медико-экономической
экспертизы (МЭЭ) тыс. руб.

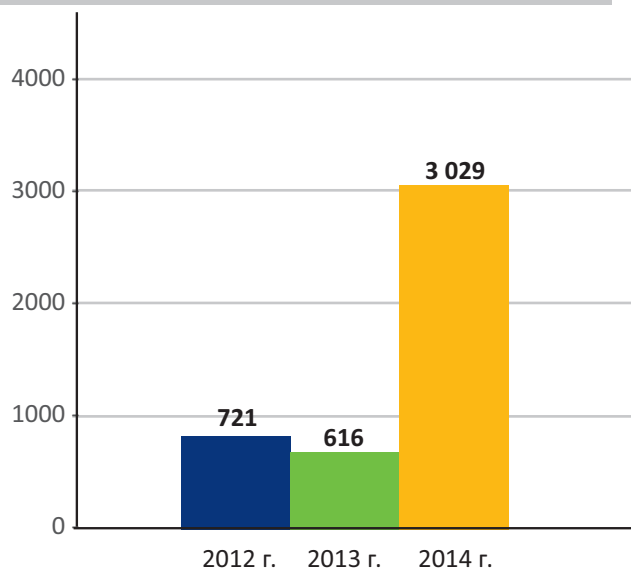
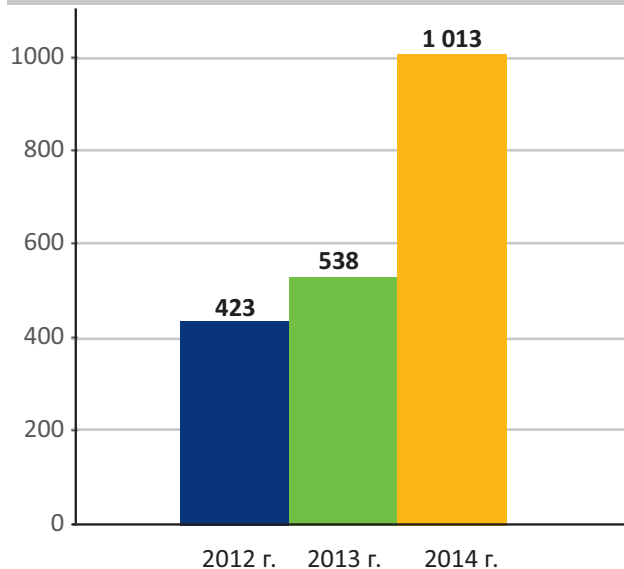


Диаграмма 6.
Результаты медико-экономической
экспертизы (ЭКМП) тыс. руб.



зательствами с Территориальным фондом ОМС и медицинскими организациями. В 2014 году информация для застрахованных размещалась на стендах, установленных в медицинских организациях, в средствах массовой информации, распространялись листовки, памятки, брошюры, работал телефон круглосуточной «горячей линии», осуществлялся диалог с гражданами через интернет на официальном сайте филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово.

Вся система обязательного медицинского страхования и ее участники ориентированы на то, чтобы качественные медицинские услуги были доступны всему населению, вне зависимости от уровня доходов и статуса. Конечная цель деятельности всех участников ОМС – это застрахованный человек. Таким образом, в Кемеровской области уже более 20 лет работает надежная и сильная система обязательного медицинского страхования в тесном взаимодействии всех участников ОМС.

Диаграмма 7.
Структура обращения граждан 2014 г.



Таблица 1.
Динамика обращения граждан

	2013 г.	2014 г.	+/-
Всего обращений	9896	68125	+58229
в т. ч. по тел. «горячей линии»	-	123	+123
Показатель на 100% застрахованных	82,8	460,9	+378,1
- письменное	9835	67580	+57745
- устные	61	545	+484
Жалобы	1	-	-1
Заявлений, в т. ч.	9825	67580	+57755
- о выборе СМО	9381	48955	+39574
- о замене СМО	202	17152	+16950
Консультации	70	545	+475
Предложения	-	-	-

Список аббревиатур и сокращений

АКО – Администрация Кемеровской области
ВА – врачебная амбулатория
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ГУФСИН – Главное управление Федеральной службы исполнения наказания
ДОЗН КО – Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ЖНВЛП – жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ИМН – изделия медицинского назначения
КСГ – клинико-статистические группы
КОСГУ – Классификация операций сектора государственного управления
КПВ – коэффициент половозрастных затрат.
КРТП – комиссия по разработке территориальной программы
КРУ – контрольно-ревизионное управление
ЛП – лекарственные препараты
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
ЛС – лекарственные средства
МБУ – муниципальное бюджетное учреждение
МИ – медицинские изделия
МО – медицинские организации
МЭК – медико-экономический контроль
МЭЭ – медико-экономическая экспертиза
ОВП – общая врачебная практика
ОМС – обязательное медицинское страхование
ПНП – приоритетный национальный проект
СК – страховая компания
СМК – страховая медицинская компания
СМК – система менеджмента качества
СМО – страховая медицинская организация
ССМП – станции скорой медицинской помощи
ТПГГ – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кемеровской области
ТПОМС – Территориальная программа ОМС
ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области
УЕТ – условная единица трудоемкости
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФЗ – Федеральный закон
ФОТ – фонд оплаты труда
ФСФР – Федеральная служба по финансовым рынкам
ФФОМС (ФОМС) – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦОД – центр обработки данных
ЦРБ – центральная районная больница
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи



**В ПРЕДДВЕРИИ
70-ЛЕТИЯ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ
СОТРУДНИКИ ТФОМС
ПРОВЕЛИ ВСТРЕЧИ В КУЗБАССЕ
С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ
НАШЕГО СВЯТОГО ПОКОЛЕНИЯ –
ВETERАНАМИ ВЕЛИКОЙ
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ
И ТРУЖЕНИКАМИ ТЫЛА**





**9 МАЯ
СОТРУДНИКИ ФОНДА
ПРИНЯЛИ УЧАСТИЕ
В ОБЩЕРОССИЙСКОЙ
АКЦИИ
«БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК» -
ПРОНЕСЛИ ПО УЛИЦАМ
ГОРОДА ПОРТРЕТЫ
СВОИХ РОДСТВЕННИКОВ,
КОТОРЫЕ КОВАЛИ
ПОБЕДУ НА ФРОНТЕ
И В ТЫЛУ**





**КОЛЛЕКТИВ ФОНДА
УЖЕ МНОГИЕ ГОДЫ
ПОМОГАЕТ РЕБЯТИШКАМ
ИЗ ДЕТСКИХ ДОМОВ –
ПЕРЕДАЕТ ИМ ОДЕЖДУ,
ОБУВЬ, ДЕТСКИЕ ИГРУШКИ
И НАСТОЛЬНЫЕ ИГРЫ**





**В ФОНДЕ
СТАЛО ХОРОШЕЙ ТРАДИЦИЕЙ
ПРОВОДИТЬ
ЕЖЕГОДНЫЕ СПАРТАКИАДЫ.**

**С 2014 ГОДА СОТРУДНИКИ
ЗАНИМАЮТСЯ ПОДГОТОВКОЙ
К СДАЧЕ НОРМ ГТО**



ОГЛАВЛЕНИЕ

Н.Н. Стадченко. Вступление.....	3
В.Г. Козлов. Вступление.....	4
И.Н. Синицына. Вступление.....	5
И.В. Пачгин. «Самая важная задача – сохранение финансовой устойчивости отрасли здравоохранения и социальной стабильности в Кузбассе».....	6
И.В. Пачгин, И.А. Друшляк. Внутренний аудит как механизм эффективного управления процессами организации.....	9
Н.А. Матвеева. Опыт дифференциации подушевого норматива для оплаты скорой медицинской помощи.....	12
И.В. Пачгин, Л.М. Холкина. Совершенствование ревизионной деятельности ТФОМС Кемеровской области в 2014 году.....	16
А.А. Ситников, Е.Н. Садовская, Д.В. Чуйков. Управление госпитализацией.....	19
И.В. Пачгин, В.В. Климкина. О мониторинге показателей заработной платы работников медицинских организаций системы ОМС Кемеровской области.....	25
А.В. Воронкова, И.В. Рыжова, С.В. Лукьянова. Финансовая деятельность стоматологических поликлиник в условиях перехода на одноканальное финансирование.....	31
А.А. Солнышков, Е.Ю. Ситникова. Совершенствование работы по размещению временно свободных средств ТФОМС Кемеровской области на банковских депозитах.....	34
И.В. Бондарева, А.В. Брежнева. Об итогах межтерриториальных расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам.....	38
О.Б. Залесова, Н.Е. Кених. Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи из средств ОМС.....	44

Л.М. Холкина. Контрольно-ревизионная деятельность ТФОМС.....	46
С.А. Климов. Контрольно-ревизионная работа в медицинских организациях на территории Чебулинского филиала ТФОМС в 2014 году.....	49
Н.В. Киселева, О.П. Санатина, А.М. Чиждова, К.Е. Малетинская. Полис ОМС каждому жителю Кузбасса.....	51
О.Г. Хакимова. Изучение и удовлетворение требований потребителей как основа дальнейшего совершенствования системы ОМС.....	53
О.Г. Хакимова, И.Г. Иванов, А.А. Бирюков. Анализ информированности и удовлетворенности медицинских работников изменениями, происходящими в сфере ОМС.....	58
А.Г. Хайдарова. Информирован – значит защищен.....	66
В.М. Султанов, Н.А. Капустина, Е.Н. Воронина. Деятельность филиала по результатам анкетирования медицинских организаций.....	68
А.С. Звягина. Гарантии качества и безопасности медицинской деятельности, установленные законодательством Российской Федерации.....	70
Г.Н. Субботина, Н.Н. Куренкова, Н.И. Идоленко. Организация оказания неотложной медицинской помощи населению г. Белово и Беловского района.....	73
Е.Э. Ситникова, К.В. Быков, В.А. Махов. Телемедицина в кардиологии Кузбасса.....	76
А.В. Афанасьева. Создание надлежащих условий хранения лекарственных препаратов, медицинских изделий, расходных материалов как один из элементов эффективного использования средств системы ОМС.....	81
М.С. Гордеев, О.М. Ермолаева, В.В. Ермолаев, Т.В. Бугаева, В.В. Островская. Межведомственное взаимодействие с ГУФСИН как увеличение охвата неорганизованного населения профилактической медициной.....	85
М.С. Гордеев, А.Б. Тайченачев, В.В. Ермолаев, Т.В. Бугаева, О.М. Ермолаева, В.В. Островская. Улучшение качества и доступности медицинской помощи в отдаленных сельских территориях.....	86

Е.М. Никониченко. Центр здоровья для детей.....	89
В.А. Тарасов, Н.Е. Южанин. Рост актуальности политики резервного копирования.....	91
Д.А. Тихонов. Контроль за деятельностью СМО по защите персональных данных в сфере ОМС.....	93
Л.А. Климова. Повышение компетентности персонала – залог успешной работы организации.....	95
С.В. Бабарыкина, В.Г. Леонтьева, Ю.А. Санюк. «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» в 2014 году.....	97
С.В. Балашова, Д.А. Фрянова. Новый имидж «Сибири» – новые перспективы.....	101
В.Г. Леонтьева, Н.И. Евченко, Л.Н. Ермолаева. Информационно-страховые технологии в сфере защиты прав застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь».....	103
И.В. Федотова. Деятельность ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед» в 2014 году.....	105
С.А. Вингерт. Взаимодействие филиала ООО «СК «Ингосстрах-М» в г. Кемерово с участниками системы ОМС в Кемеровской области.....	107
Список сокращений и аббревиатур, используемых в номере.....	111

ДЛЯ ЗАМЕТОК

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



“ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ” ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

КЕМЕРОВО, 2015 г.