



ОМС:

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Выпуск 1

Издание основано в 2017 г.
Выходит 1 раз в два года

Главный редактор –
к.м.н., директор **И.В. Пачгин**

Редакционная коллегия:
к.м.н, первый заместитель директора **И.А. Друшляк,**
заместитель директора по экономическим вопросам **Н.А. Матвеева**

Адрес редакционной коллегии:

650000, г. Кемерово, ул. Красноармейская, 136, тел. (3842) 58-37-27,
e-mail: malmg@kemoms.ru

Учредитель и издатель:

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области
650000, Кемеровская область, г. Кемерово, ул. Красноармейская, 136, тел. (3842) 58-37-27,
e-mail: inf@kemoms.ru

Подписано в печать: 14.04.2017. **Дата выхода:** 17.04.2017

Тираж 400 экз. Заказ №152

Отпечатано:

ООО «Флекс-Арт ПО», 650004, Кемеровская область, г. Кемерово,
ул. Спасательная, 61, оф. 1, тел. (3842) 35-21-19

ISSN 2542-1778



В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ — ЧЕЛОВЕК



Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко считает самым важным помнить, что центральная фигура системы обязательного медицинского страхования – застрахованный человек, и потому крайне осторожно оценивает целесообразность введения в действующую систему ОМС рискованных компонентов.

Современные страховые технологии: Прекратились ли дискуссии о выборе модели нашего здравоохранения в нынешних непростых экономических условиях? Чего не хватает для перехода от действующей, по сути бюджетно-страховой модели, к чисто страховой?

Наталья Стадченко: Напомню очевидную и всем понятную вещь: в мире нет ни одной универсальной модели ни здравоохранения, ни социального (медицинского) страхования, которая могла бы быть использована в любой стране. Споры о преимуществах систем не прекратятся никогда. И в Германии эксперты ставят под сомнение достоинства классической страховой модели, которой более 120 лет, и в Англии специалисты критикуют государственную систему финансирования отрасли.

Президент уже более двух лет назад прекратил полемику по вопросу выбора модели здравоохранения в своем послании к Федеральному собранию. Завершить переход на страховые принципы – такое поручение главы страны содержалось в документе. Во исполнение поручения президента Министерством здравоохранения и Федеральным фондом были разработаны соответствующие законодательные и подзаконные нормативные акты, направленные на укрепление финансовой устойчивости системы ОМС. Вдвое были повышены требования к уставному капиталу страховых медицинских организаций, решивших остаться в обязательном медицинском страховании в 2017 году. Это повлекло уход многих региональных игроков, дальнейшую капитализацию и централизацию средств крупных страховых компаний. Мы увидели целесообразность этих мер, так как страховщикам законодательно вменялся новый функционал, который не мог бы выполняться «узкоформатными»

компаниями». Институт страховых представителей, интенсификация деятельности по профилактическим направлениям, персонифицированное сопровождение застрахованных, новый формат информационного взаимодействия между всеми участниками и субъектами ОМС – все эти инновации оказались под силу только крупным страховым компаниям. Более того, именно у крупных страховых структур федерального масштаба дополнительные обязанности не вызвали серьезных проблем: в том или ином формате они и раньше выстраивали механизмы защиты прав своих застрахованных, вкладывали средства в совершенствование коммуникационных систем, интегрировали их в региональные системы здравоохранения и т. д.

То есть сегодня мы видим, как достраивается наша страховая модель: с наличием конкуренции как в страховой, так и в медицинской среде, отладкой вневедомственного контроля качества медицинской помощи, выраженными тенденциями пациентоориентирования, кардинальной перестройкой института защиты прав застрахованных.

Бюджетно-страховая эта модель или страховая? Давайте уточним. Обычно под первым термином критики существующей системы здравоохранения подразумевают то, что оплата медицинской помощи финансируется из нескольких источников. А мы вообще не видим в этом проблемы. Финансовая база страховых взносов в том же Израиле наполовину формируется за счет выделяемых бюджетных средств: это компенсационные выплаты за дорогие препараты, медицинские изделия, сложные операции. У нас ведь тоже до 2015 года внепрограммная часть дорогостоящей высокотехнологичной помощи оплачивалась за счет средств федерального бюджета. В Сингапуре, страховая модель здравоохранения

которого признается одной из лучших в мире, до 80% расходов на оказание медицинской помощи гражданам страны субсидируется за счет государственного бюджета. В той же «идеальной» страховой модели Германии взносы за неработающих так же, как и у нас, оплачивает госбюджет. Так в чем проблема бюджетно-страховой модели?

Пациенты только выиграют, если целевые страховые взносы будут дополняться средствами бюджетов различных уровней. А централизация средств, в том числе и из разных источников, в одноканальном финансировании оказания медицинской помощи – это укрепление финансовой дисциплины, повышение прозрачности расчетов и оптимизация контроля за расходованием средств в системе здравоохранения. Это тот стратегический выбор, который сделало руководство страны. Пациенты только выиграют, если целевые страховые взносы будут дополняться средствами бюджетов различных уровней.

ССТ: Считаете ли Вы возможным внедрение рискованной модели медицинского страхования?

Н. С.: Я бы вообще с осторожностью рассматривала любые конструкции со словами «риск», если речь идет о государственных институтах обеспечения социальных гарантий. Формируя ежегодный бюджет, мы каждый раз просчитываем всевозможные перспективные нюансы политического и экономического характера, каждый из которых тоже своего рода риск нарушить тот сложившийся социально справедливый баланс между имеющейся в нашем распоряжении ресурсной базой и перечнем медицинских услуг программы государственных гарантий, который удастся не только поддерживать все последние годы, но и расширять каждый год. В нынешних условиях, на мой взгляд, просто неактуально говорить о возможной передаче этих рисков страховым компаниям. Совокупный капитал страховщиков в системе ОМС вызывает сомнения в полном покрытии стоимости медицинских услуг, гарантированных сегодня государственной системой обязательного медицинского страхования. Возможно, со временем они смогут создать финансовые резервы, необходимые для купирования разномасштабных проблем в случаях их возникновения. А если нет? Все прекрасно понимают, что при любой вновь сформированной, даже идеально прописанной нормативной базе, ответственность за здоровье людей все равно останется за государством. Это понимают и органы государственной власти, и страховщики. За такую рискованную модель сегодня активно агитируют некоторые эксперты с либеральными, как им кажется, взглядами.

Конкуренция и расширение спектра полномочий страховых компаний – еще два слагаемых обсуждаемой модели. А что, сейчас нет конкуренции? Сегодня как никогда ранее мы видим обострение конкуренции между страховыми медицинскими компаниями за страховое поле: политической конкуренции, экономической, организационно-технологической... Все

это есть сегодня, и развивается довольно динамично. Есть конкуренция и между медицинскими организациями. Конечно, она не может считаться совершенной на данном этапе, но отрицать, что застрахованные граждане уже видят пользу от своего права выбора как страховщика, так и врача или поликлиники, невозможно.

Другой момент. У нас нет других денег, кроме тех, что заложены в подушевой норматив реализации территориальных программ ОМС. Невозможно просчитать, с каким КПД для застрахованных страховщики обменяют авансовый подушевой платеж на эффективность реализации своих новых полномочий по управлению сферой здравоохранения и контролю за деятельностью медицинских организаций. За счет чего и с каким темпом они будут формировать свои новые резервы? На какие цели их расходовать? Если законодательно максимально сузить направления инвестиций страховщиков, защищая таким образом целевые деньги, сохранит ли тогда привлекательность для них эта трудоемкая и сложная процедура перестройки системы?

Обсуждая перспективы введения таких рыночных механизмов, как рискованные модели страхования, мы должны постоянно возвращаться к главному вопросу: для кого это нужно? И если не называть по традиции, а в действительности считать и помнить, что центральная фигура системы обязательного медицинского страхования – застрахованный человек, то становится понятным, почему мы крайне осторожно оцениваем целесообразность введения в действующую систему ОМС рискованных компонентов.

ССТ: Но перемены все равно происходят...

Н. С.: Сегодня алгоритм действий страховых медицинских организаций претерпевает значительные изменения. На страховщиков законодательно возлагаются новые дополнительные функции по организации информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании медицинской помощи, по участию в формировании здорового образа жизни у застрахованных лиц, по организации проведения профилактических мероприятий, созданию службы качества медицинской помощи, а также новые финансовые санкции за невыполнение этих функций. И, в ключе последних изменений законодательства, наверное, можно рассматривать и варианты дальнейшего постепенного расширения полномочий страховщиков, повышения их финансовой ответственности за ошибки планирования или за недостатки в организации медицинского страхования на своей территории, за которые они будут отвечать собственными средствами. Почему нет?

ССТ: Любая система устойчива при наличии единых правил для всех участников на всей территории страны. Единые правила разрабатываются ЦБ, ФОМС, Минздравом, СРО. Согласны ли Вы, что необходимо полное единообразие в работе территориальных фондов ОМС?

Н. С.: Принятый в 2010 году Закон об обязательном медицинском страховании конкретизировал участников ОМС (к ним отнесены территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации), определил их права и обязанности, причем единые на всей территории Российской Федерации.

Взаимодействие территориальных фондов ОМС со страховыми медицинскими организациями регулируется договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Взаимодействие страховых медицинских организаций с медицинскими организациями осуществляется в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Типовые формы договоров установлены приказами Минздрава России и строго соблюдаются всеми участниками обязательного медицинского страхования, включая территориальные фонды.

За последние четыре года проделана большая работа по созданию нормативной базы для унификации условий деятельности участников обязательного медицинского страхования: единые правила установлены для формирования в регионах тарифной политики, для расчета нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат. Нормативно установлен одинаковый для всех регионов формат информирования застрахованных граждан о полученных ими медицинских услугах и их стоимости. Даже порядок сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи мы сделали единым и обязательным для участников системы во всех регионах, для чего была переписана и существенно дополнена XV Глава Правил ОМС.

ССТ: Критики системы ОМС предъявляют претензии к дублированию функций участниками системы: территориальными фондами и страховщиками. Считаете ли Вы правильным устройство российской системы ОМС, учитывая мировой опыт с единственным оператором страховых средств, централизованного фонда, и компаний медицинского страхования (опыт Голландии)?

Н. С.: Я уже говорила, что не существует единственной «правильной» модели финансирования и управления организацией оказания медицинской помощи. Ни немецкой, ни голландской, ни... российской. Дело не только в различных экономических условиях, в которых они создавались. Масса других факторов – географических, политических, исторических, культурных, если хотите, – имеют значение при формировании этого государственного института в каждой стране.

А в чем критики видят дублирование функций терфондов и страховых медицинских компаний? Обычно такие заявления делают те, кто просто не знает, как устроена наша система, как она работает. Или те, кто невнимательно читает нормативные акты. О

дублировании функций были основания говорить лет двадцать назад. Полномочия страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС давно разграничены законодательно, они не повторяются и не пересекаются. Непосредственный контроль за деятельностью медицинского сектора и за качеством оказываемых медицинских услуг осуществляют страховщики. Весь массив контрольной работы – на них. А один из главных функционалов территориальных фондов обязательного медицинского страхования – это контроль за деятельностью страховых медицинских компаний. В медицинские организации терфонды приходят только в случаях межтерриториальных расчетов, когда получают счет за медицинскую помощь, оказанную гражданину, застрахованному на территории другого субъекта Российской Федерации, или в рамках проверки жалобы от застрахованного лица на некачественно оказанную медицинскую помощь. В этом случае фонд играет роль третейского судьи в формате как досудебного, так и судебного, разбирательства.

Кроме того, у территориального фонда еще одна важная функция. Будучи учрежденным органами государственной власти субъекта Российской Федерации, он, тем не менее, осуществляет реализацию контрольных полномочий за соблюдением федерального законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

ССТ: Как меняется ситуация с правами граждан? Они становятся более защищенными?

Н. С.: Сегодня, после введения института страховых представителей и расширения механизмов информирования граждан о своих правах в системе ОМС в рамках создания пациентоориентированной модели здравоохранения, мы рассчитываем на снижение количества жалоб от застрахованных, так как основная цель всех последних наших нововведений – создать условия предупреждения нарушения или конфликта. Мы хотим, чтобы застрахованные граждане, имея какие-то сомнения в отношении страховой компании, поликлиники, больницы, врача, задавали нам вопросы до обращения к медикам, а не после него. Мы уверены, что такой «профилактический» формат информационного взаимодействия будет способствовать предупреждению подавляющего большинства нарушений в сфере охраны здоровья, сделает наших граждан грамотными в юридическом отношении, а систему обязательного медицинского страхования – открытой и понятной для них.

Материал перепечатан с сайта
<http://www.consult-cct.ru/strahovanie/v-centre-vnimanija--chelovek.html>

ЗАДАЧА: ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО НА НОВОМ УРОВНЕ

За последние годы возможности кузбасской медицины значительно расширились. О том, какие качественные изменения произошли в системе здравоохранения нашего региона, рассказывает начальник департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Владимир Михайлович Шан-Син.

– Владимир Михайлович, как Вы оцениваете развитие системы здравоохранения Кузбасса? С какими результатами отрасль подошла к началу 2017 года? Какие важные позитивные моменты Вы могли бы отметить, какие проекты были реализованы?

– Здравоохранение – система особенная, где каждая составляющая, будь то охрана материнства и детства или, к примеру, амбулаторно-поликлиническое звено, требует индивидуальных решений в определении путей развития.

Общее, что объединяет все элементы – это стратегические цели: сохранение здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни, гарантированное обеспечение качественной медицинской помощью. А вот насколько эффективно развивается система, можно судить по тому, как мы продвинулись в вопросе сохранения здоровья кузбассовцев.

Безусловно, год был непростым – система претерпевала организационные изменения. В целом, считаю, что в 2016 году мы сработали позитивно по многим направлениям. Несмотря на сложную экономическую ситуацию, в здравоохранение направлено 38 млрд рублей консолидированных средств, при этом средств ОМС – на 2,7% больше, чем в 2015 г.

Увеличены платежи областного бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения с 12,3 млрд рублей в 2015 г. до 13,2 млрд – в 2016 г., то есть на 7,8%.

Продолжены ремонты медицинских организаций, они оснащаются современным «продвинутом» оборудованием.

Мощным двигателем в развитии медицины области стали высокие технологии. Если ещё в 2010 г. у нас в области было только семь медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную помощь, то сегодня их уже 21, и почти 84% такого лечения мы проводим в Кузбассе. Так, за 2016 год высокотехнологичную медицинскую помощь получили более 15 тысяч жителей области. Причем по самым разным профилям: от вмешательств на ЛОР-органах до трансплантации сердца и печени.



Возможности расширяются и позволяют помочь большему числу кузбассовцев, но, с другой стороны, увеличивается продолжительность жизни, идёт старение населения, меняется структура заболеваемости, что приводит к росту спроса на медицинскую помощь, а, следовательно, к дополнительной нагрузке на бюджет.

Все социально-экономические и медико-демографические процессы оказывают разностороннее влияние не только на систему, но и на здоровье населения. Поэтому здравоохранение всегда находится не только в приоритете, но и в лидерах по количеству проблемных вопросов, требующих серьёзных как экономических, так и гуманитарных вложений.

Считаю, одним из основных резервов позитивного развития нашей медицины являются технологии диагностики и сохранения здоровья. На первый план сегодня выходит именно профилактическая медицина.

Думаю, все слышаны о всероссийском проекте «Прогулка с врачом», идеологом которого является Ольга Бокерия. Так, в 2016 г. по инициативе департамента охраны здоровья области 89 медицинских организаций провели для кузбассовцев 465 прогулок, в них участвовали почти 6,5 тысяч земляков. В оздоровительном движении приняли участие все территории области! Вижу в этом заинтересованность наших жителей в здоровом образе жизни, ну а задача медиков – помочь им в этом.

– Как Вы оцениваете качество и доступность медицинских услуг в регионе?

– На самом деле, эти категории индивидуальны для каждого региона настолько, насколько индивидуально течение одной и той же болезни в каждом конкретном человеческом организме.

Согласно нормативным документам Минздрава России критериями, определяющими нормативы доступности первичной медико-санитарной помощи, являются: число жителей определенного населенного пункта, расстояние до медицинских организаций, оказывающих эту помощь. А в целом, это своевременность и адекватность медицинской помощи жителям.

Как этого можно достичь? Один из путей – сокращение неэффективных видов медицинских вмешательств и сосредоточение усилий на предоставлении равного доступа к самым результативным, востребованным услугам. Но это дело не одного дня.

А в настоящий момент действенным инструментом повышения доступности мы считаем развитие информационных технологий. «Электронная регистрация» – одна из приоритетных задач медицинской информатизации.

Сегодня возможность записи к врачу через интернет реализована в 111 государственных учреждениях здравоохранения. В 2016 году таким способом ежемесячно записывались около 50 тыс. кузбассовцев. Всего за 2016 год зарегистрировано почти 600 тысяч записей, что на 18,2% больше, чем в 2015 году. За прошедшие 2013-2016 гг. количество записей через интернет выросло более чем в три раза.

Дополнительно в медицинских организациях реализована возможность записи на приём к врачу и на обследования через информационно-сенсорные терминалы (инфоматы). В 91 поликлинике установлено 263 инфомата, которыми активно пользуются пациенты для записи к врачам и на обследование. В 2016 году зарегистрировано более 488 тысяч записей через терминалы, что на 3% выше, чем в 2015 году.

Кроме того, с помощью геоинформационной системы мониторинга Минздрава России определены на-

селенные пункты Кемеровской области, находящиеся вне зоны медицинского обслуживания, и составлен План мероприятий («дорожная карта») на 2016-2020 гг. по обеспечению доступности медицинской помощи их жителям.

В планах открытие 14 постов и подстанций скорой медицинской помощи, трех врачебных амбулаторий, 12 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 126 домовых хозяйств. За 2016 год открыто 34 домовых хозяйства; организована выездная медицинская помощь в 144 отдаленных населенных пунктах; открыто отделение скорой медицинской помощи на базе Областного клинического центра охраны здоровья шахтеров в Ленинске-Кузнецком; организована работа поста скорой медицинской помощи при участковой больнице в поселке Итат Тяжинского района; закуплен и введен в эксплуатацию один передвижной ФАП; отремонтированы три помещения под ФАПы и врачебную амбулаторию; организовано семь дополнительных маршрутов муниципального автотранспорта.

В 2016 году отремонтировано 168 объектов в 92 медицинских организациях. Построена и введена в эксплуатацию детская поликлиника в городе-спутнике г. Кемерово «Лесная Поляна».

Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, доступна жителям всех населенных пунктов области благодаря сформированной трехуровневой системе оказания медицинской помощи и маршрутизации пациентов в соответствии с профилем заболевания, его тяжестью, временной и территориальной доступностью.

Что касается качества медицинской помощи, то известно, что оно повышается при наличии конкуренции. Сегодня у граждан страны есть право выбора медицинской организации и врача. В этой связи не стоит забывать о том, что с каждым годом увеличивается число негосударственных медицинских организаций, оказывающих услуги в рамках Территориальной программы ОМС.

Есть у нас успешный пример государственно-частного партнёрства – это открытие гемодиализных отделений в городах области.



Считаю, что подобные схемы бизнес-партнёрства должны в скором будущем распространиться и на амбулаторно-поликлиническое звено. И тогда добросовестная конкуренция позволит говорить о значительном повышении качества и доступности медицинской помощи в рамках реализации государственных гарантий в здравоохранении.

И, конечно, говорить о повышении качества невозможно без рационального, эффективного использования всех, в том числе и скрытых ресурсов здравоохранения.

По данным социологических опросов удовлетворенность населения Кузбасса медицинской помощью в 2015 году составила 76%, в первом полугодии 2016 года – 78%.

– Владимир Михайлович, стали ли кузбассовцы за последнее время меньше болеть? Изменились ли показатели естественного прироста населения области по сравнению с аналогичным периодом 2015 года? Какие заболевания занимают лидирующие позиции в списке и почему?

– К сожалению, в 2016 г. общая заболеваемость населения, по предварительным данным, остается на прежнем уровне. Лидирующие позиции в списке болезней традиционно занимают болезни органов дыхания, системы кровообращения, травмы и отравления.

Почему именно такая структура? В области 86% населения проживает в городах, где сосредоточены крупные промышленные предприятия. Плюс, на территории Кузбасса находятся 28 пенитенциарных учреждений, основная часть освобожденных остается в пределах области.

Эти особенности влияют на уровень заболеваемости органов дыхания, костно-мышечной системы, туберкулезом, ВИЧ-инфицирование, травматизм. Кстати, количество травм в Кузбассе превышает среднероссийский показатель на 48% и на 30% показатель по СФО.

Согласно информационному обзору департамента труда и занятости населения Кемеровской области «Демография Кузбасса, 2016» демографическая ситуация в Кузбассе характеризуется ежегодным снижением численности населения. Средний возраст жителей Кузбасса составил 39,1 года; граждане старше трудоспособного возраста составляют 24,6%. Доля кузбассовцев в возрасте 65 лет и более составляет 13,2%. То есть население нашего региона стареет. За 11 месяцев 2016 г. число умерших превысило число родившихся на 15,4%.

В Кузбассе снижается общая смертность населения, в том числе и в трудоспособном возрасте. Так, за 2016 г. показатель общей смертности – 14,4 случаев на 1 тыс. населения (за 2015 г. – 14,5). Ежегодно снижается смертность от болезней органов кровообращения, туберкулеза, от дорожно-транспортных происшествий, младенческая смертность. По прогнозным показателям смертность населения в 2016 г. осталась на уровне 2015 г., рождаемость снизилась на 2,4%.

Естественная убыль за 11 месяцев 2016 г. составила 2,2 на 1 тыс. населения, за аналогичный период 2015 года – 2,1 на 1 тыс. населения.

В настоящее время уровень рождаемости в регионе обеспечивает воспроизводство населения не более чем на 80%. Статистика, прямо скажем, не утешительная.

Однако анализ средней продолжительности жизни в Кузбассе, в Сибирском федеральном округе и в России за последние 10 лет показал, что в 2005 году



разница между средней продолжительностью жизни в Кузбассе и по России составляла 3,8 года, а в Сибирском федеральном округе – 1,3 года. В 2015 г. по сравнению с 2005 г. средняя продолжительность жизни по России увеличилась на 6,09 лет (9,3%), по СФО – на 6,51 года (10,3%), а в Кузбассе – на 6,81 года (11,1%). Это свидетельствует о том, что темп прироста ожидаемой средней продолжительности жизни в Кузбассе выше, чем в среднем по России и в Сибирском федеральном округе.

– Как развивается профилактическая медицина в регионе?

– Как я уже сказал, именно профилактика является одним из мощнейших резервов качественных преобразований системы здравоохранения.

В здравоохранении региона ключевыми субъектами этой работы являются городской центр медпрофилактики Новокузнецка, отделения, кабинеты, а также 15 Центров здоровья, в том числе четыре детских.

Открыты 47 кабинетов медицинской помощи по отказу от курения. С начала 2016 г. за помощью в кабинеты по отказу от курения обратились более 5,7 тысячи кузбассовцев.

Основное, с чем боремся: вредные привычки (курение, потребление алкоголя, наркомания), ожирение. Пропагандируем физкультуру и спорт, здоровое питание, потребление экологически чистых продуктов.

Кроме того, комплекс профилактических мероприятий реализуется в рамках диспансеризации. План по диспансеризации взрослого населения на 2016 г. составил 224 тысячи человек.

Диспансеризацию проводят 72 медицинские организации с использованием 14 мобильных бригад.

В 2016 г. году диспансеризацию прошли 58,9% работающих жителей области. По результатам обследований пациенты направляются в Центры здоровья и в «Школы здоровья», которых у нас 308.

При участии муниципалитетов, средств массовой информации, образовательных и общественных организаций службы профилактики проводят массовые акции – «День здоровья под девизом «Время быть здоровым», «Безопасность пищевых продуктов», «День без табачного дыма», «Неделя здорового сердца» и т.д. Цель акций – снижение распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний.

Отдельная тема – инфекционные болезни. Не последнюю роль в их профилактике играет вакцинация. На протяжении последних пяти лет мы удерживаем уровень охвата прививками против инфекционных заболеваний 95% детей и взрослых.

Именно поэтому на протяжении нескольких лет в Кузбассе не выявляется дифтерия, полиомиелит, краснуха. Корь регистрируется в виде отдельных завозных случаев. По сравнению с 2010 г. заболеваемость вирусным гепатитом В снизилась в 6,5 раз. Противникам вакцинации стоит сделать выводы.

Это непростая и, подчеркну, комплексная задача – привить нашим уважаемым землякам культуру здоровья! Ведь роль каждого человека в профилактике собственного здоровья так же важна, как и роль медиков.

Мы же приучены и знаем, как это важно – регулярно проводить техническое обслуживание своих автомобилей, так почему же в поликлиники мы обращаемся, только когда заболеем, а не потому, что просто хотим быть здоровыми. Вот это отношение нужно менять и, прежде всего, за счёт формирования у населения принципов здорового образа жизни и внимательного отношения к своему здоровью.

– Насколько сегодня в области остра проблема с дефицитом медицинских кадров, как она решается?

– Конечно, «кадровый голод» в кузбасской медицине есть, и одна из причин этой ситуации – слабый приток в течение многих лет молодых кадров. По сравнению с 2000 г. число врачей сократилось на 531 человека. Сегодня около половины врачей старше 50 лет, из них 20% – 60 лет и старше.

В целом, из системы здравоохранения в 2016 г. убыло на 983 работника больше, чем прибыло. Сегодня нам не хватает более 3 тысяч врачей.

Кстати, ситуация с врачебными кадрами на селе у нас в области лучше, чем в городских больницах и поликлиниках. Укомплектованность штатных врачебных должностей физическими лицами врачей на селе – 71,4%, а в среднем по области – 49,6%.

Для привлечения врачей в медицинские организации области Кемеровский государственный медицинский университет ежегодно увеличивает число обучающихся по целевому направлению, в 2016 г. об-



учались 200 «целевиков».

За 2012–2016 гг. в медицинские организации, расположенные в сельских населенных пунктах, поступили на работу 190 врачей, получивших по 1 млн рублей по программе «Земский доктор» (76,3% от числа работающих на селе врачей), из них в 2016 г. – 95 докторов.

Медицинские работники, работающие на селе, согласно законодательству области, имеют право на безвозмездное получение земельных участков для строительства (покупки) жилья, компенсации и выплаты.

Так, в 2016 году получили:

- компенсацию расходов на аренду жилого помещения – 33 врача и 18 работников со средним медицинским образованием;
- единовременные денежные выплаты при заключении трудового договора – 30 тыс. рублей для врачей, 20 тыс. рублей для средних медицинских работников (23 врача и 33 работника со средним медицинским образованием);
- ежемесячные денежные выплаты – 388 врачей и 912 работников со средним медицинским образованием;
- компенсации расходов на оплату жилищно-коммунальных услуг – 205 врачей и 1299 работников со средним медицинским образованием;
- места вне очереди в дошкольных образовательных организациях – 17 врачей и 40 работников со средним медицинским образованием.

Но только мерами социальной поддержки полностью с дефицитом кадров мы справиться не сможем. В последнее время на федеральном уровне всё чаще ведутся разговоры о возвращении, конечно, в несколько измененном виде, обязательного распределения выпускников, обучавшихся на бюджетных местах, и их отработке в государственных учреждениях здравоохранения в течение нескольких лет. Возможно, это помогло бы на некоторое время насытить потребность во врачах, но любые решения должны приниматься только в гражданско-правовом поле.

– Говоря о проблемах в регионе, на что стоит обратить особое внимание? И какие приоритетные задачи в здравоохранении области будут решать в 2017 году?

– Об одной из самых насущных проблем я уже сказал выше. К этому можно добавить вопросы, каса-



ющиеся всей российской системы здравоохранения и нашего региона в том числе. Это качественное улучшение материально-технической базы учреждений, снижение материнской и младенческой смертности, повышение доступности медицинской помощи для жителей труднодоступных районов, внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя. Нам нужно внедрять государственно-частное партнёрство, научиться привлекать в государственные учреждения бизнес-капитал.

Кроме того, перед нами стоит важная задача – развитие цифровых технологий в самом широком смысле.

Так, в 2017 г. в Кемеровской области начнётся реализация приоритетного проекта по направлению стратегического развития Российской Федерации

«Здравоохранение» «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий». Запланирована она до 2025 г.

В рамках этого проекта будет создан «личный кабинет» пациента «Мое здоровье» на Едином портале государственных медицинских услуг, где граждане смогут:

- узнавать информацию о доступности медицинской помощи;
- записываться на прием к врачу или вызвать врача на дом;
- получать результаты диагностических исследований;
- оценить качество оказанной медицинской помощи.

Все данные о пациенте, его здоровье будут занесены в его электронную медицинскую карту и в автоматическом режиме передаваться на Единый портал государственных медицинских услуг.

И, конечно, хочу напомнить, что в соответствии с федеральным законодательством с 1 января 2017 г. все муниципальные учреждения здравоохранения перешли в подчинение департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Наша главная задача – наладить качественную и эффективную работу системы здравоохранения на новом уровне.

*Материал и фотоиллюстрации предоставлены
пресс-службой ДОЗН КО*



ПЛЕЧОМ К ПЛЕЧУ

Одна из главных задач системы обязательного медицинского страхования – обеспечение застрахованных граждан качественной и доступной медицинской помощью. Это успешно выполняется при тесном взаимодействии Совета народных депутатов Кемеровской области и Территориального фонда ОМС Кемеровской области.

Знаковым событием для нашего региона стала реализация Программы модернизации здравоохранения. Финансовые вливания в здравоохранение в рамках Программы стали самыми большими за последние годы. Порядка 230 медицинских организаций в Кузбассе капитально отремонтированы, почти 5 тыс. единиц медицинского оборудования и более 10 тыс. единиц компьютерной техники получены для учреждений здравоохранения.

Молодым врачам, выезжающим в сельскую местность, стали выплачивать по 1 миллиону рублей «подъемных».

Наша главная совместная работа с Фондом – это разработка и утверждение Территориальной программы ОМС Кемеровской области. У нас общая цель – жители Кузбасса должны получать бесплатную качественную медицинскую помощь и должны быть удовлетворены текущим состоянием здравоохранения в нашем регионе.

В Кемеровской области активно проводится работа по выявлению злокачественных новообразований на ранних стадиях. С 2011 года по инициативе губернатора Кемеровской области Амана Тулеева издан соответствующий приказ, согласно которому врачам выплачивается премия за выявление онкозаболевания на ранней стадии в размере полторы тысячи рублей из средств обязательного медицинского страхования.

В 2015 году в результате сотрудничества с ТФОМС ветераны войны прошли комплексное обследование на базе Областного клинического госпиталя для ветеранов войн. Общая сумма финансирования за счет средств системы ОМС составила 6,2 миллиона рублей. Реализация данной инициативы позволила улучшить оказание медицинской помощи нашим ветеранам, ведь в силу возраста и наличия сопутствующих заболеваний эти пациенты нуждаются в углубленном обследовании и осмотре врачами многих специальностей. Продолжаем тесно взаимодействовать с ТФОМС по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, которая все больше и больше «погружается» в систему ОМС. Занимаемся информированием



о стоимости оказанной медицинской помощи, чтобы граждане знали о реальных затратах государства на их лечение в системе обязательного медицинского страхования.

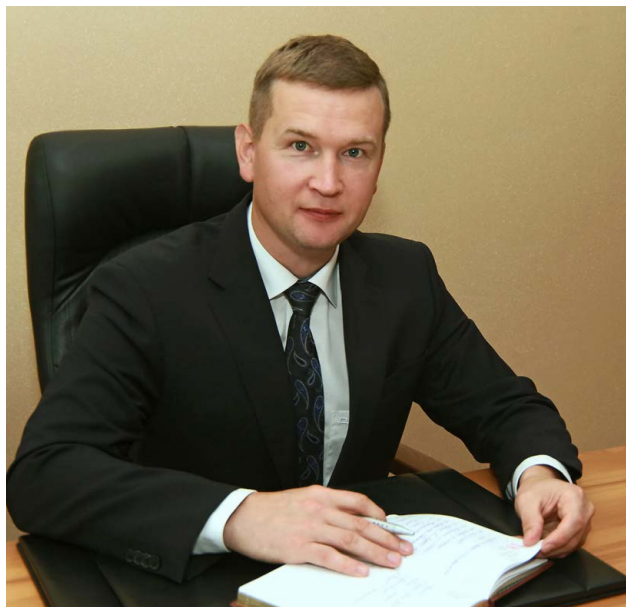
В настоящее время мы уделяем большое внимание совершенствованию оказания медицинской помощи людям старшего поколения, проживающим в Кузбассе. Вместе с руководством и специалистами Территориального фонда ОМС активно работаем в этом направлении.

Дорогие коллеги! Работая плечом к плечу, совместными усилиями мы делаем все возможное для сохранения здоровья наших кузбассоцев. Любой человек, независимо от того, где он проживает – в крупном городе или далеком поселке, должен своевременно и в полном объеме получать все необходимые медицинские услуги для сохранения его здоровья. Наша задача – продолжить эту работу.

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

ОМС – НАДЁЖНЫЙ ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2016 год для системы обязательного медицинского страхования региона ознаменован значительными преобразованиями: продолжалось внедрение системы «Управление госпитализацией», создан «Личный кабинет застрахованного», открыт Контакт-центр по вопросам ОМС. Но самым приоритетным по-прежнему остаётся стабильное финансирование кузбасского здравоохранения. О важных событиях 2016 года и о планах развития на 2017 год рассказывает директор Территориального фонда ОМС Кемеровской области Игорь Вадимович Пачгин.



– Игорь Вадимович, сегодня обязательное медицинское страхование является основным источником финансирования здравоохранения. Расскажите, как проходит финансирование отрасли в нашем регионе?

– Финансирование медицинской помощи, бесплатно оказываемой застрахованным гражданам, осуществляется в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования. Уже многие годы в Кузбассе Территориальная программа ОМС (далее – ТПОМС) бездефицитна, и финансирование отрасли проходит без сбоев, несмотря на непростые экономические условия в стране. В 2015 году стоимость ТПОМС составляла 26,6 млрд рублей, в 2016 году – 26,7 млрд рублей. В 2017 году её стоимость увеличится примерно на 5% и составит около 28 млрд рублей. Такой объём финансирования позволяет нам сохранять финансовую устойчивость здравоохранения Кузбасса и своевременно финансировать медицинские организации.

Хотелось бы отметить, что с 2014 года в систему ОМС включена дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь. Сегодня она оказывается в 21 лечебном учреждении Кемеровской области. Это даёт возможность кузбассовцам, имеющим полис ОМС, получать современную дорогостоящую помощь, не выезжая за пределы региона. За три года на оплату ВМП из средств ОМС перечислено более 2,7 млрд рублей. В 2017 году финансирование высокотехнологичной помощи из средств ОМС продолжится. На её оказание будет направлено более 1,2 млрд рублей.

Благодаря финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, сегодня

есть возможность расширять перечень бесплатных для населения видов высокотехнологичной медицинской помощи. Это значит, что все больше современных уникальных медицинских технологий станут доступными для жителей Кузбасса.

– Ежегодно в бюджете Территориального фонда ОМС создается нормированный страховой запас (НСЗ), то есть некий резерв средств, главной задачей которого является сглаживание финансовых рисков. В 2016 году часть таких средств впервые направлялась на финансирование программ повышения квалификации медработников, покупку и ремонт медоборудования. Что это даёт кузбассовцам?

– Вопрос, действительно, очень актуальный. Данный запас создается от применения санкций, предъявляемых к медицинским организациям по результатам контроля качества медицинской помощи и направлен на укрепление материально-технической базы и повышение квалификации врачей. Ранее страховые медицинские организации распределяли данные средства вновь на оплату медицинской помощи и на формирование собственных средств. Теперь часть средств формируют нормированный страховой запас, и медицинские организации получают их на ремонт и покупку новой медицинской техники или могут оплатить повышение профессионального уровня своих специалистов.

В 2016 году средства нормированного страхового запаса были направлены на ремонт медоборудования. Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области утверждены критерии отбора заявок медицинских учреждений, в том числе, использование оборудования для ока-

зания медицинской помощи населению других муниципальных образований, длительный период простоя, его влияние на снижение смертности по основным классам заболеваний. Такой подход позволяет исключить простои дорогостоящего медоборудования и увеличить доступность и качество медицинской помощи.

Рассмотрев все заявки, департамент ежеквартально разрабатывал план мероприятий. За 2016 год за счет средств нормированного страхового запаса отремонтировано 11 единиц медоборудования на сумму 19 млн рублей, в том числе, мультиспиральный компьютерный томограф в Кемеровском кардиодиспансере, передвижной флюорографический комплекс в Тяжинской центральной районной больнице, инкубаторы интенсивной терапии для новорожденных в Городской детской клинической больнице №4 г. Новокузнецка.

В планах на 2017 год уделить внимание такому важному направлению, как повышение квалификации медицинских работников. Меняются подходы к образованию врачей. Система образования будет непрерывной. В конце текущего года принят полный пакет нормативно-правовых документов, позволяющий использовать на эти цели дополнительно и средства нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС. Министерством здравоохранения создан специальный единый интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования. На портале предоставлена возможность формирования индивидуального плана обучения, выбора образовательной программы, в том числе, симуляционных тренингов, стажировок, циклов повышения квалификации.

Медицинский работник должен зарегистрироваться на интернет-портале, выбрать образовательный цикл, сформировать заявку и подать заявление своему руководителю на включение в план обучения за счет средств нормированного страхового запаса. Таким образом, есть все возможности, чтобы использовать новый источник для финансирования дополнительного профессионального образования.

– Игорь Вадимович, на протяжении всего 2016 года в Кемеровской области активно внедрялась система «Управление госпитализацией» во всех медицинских организациях области. Что уже удалось сделать в этом направлении?

– Прделана огромная работа. Данный информационный ресурс, разработанный специалистами Территориального фонда ОМС Кемеровской области для поддержки процесса плановой госпитализации, начали внедрять ещё с января 2015 года в медицинских организациях города Кемерово. А с февраля 2016 года к системе «Управление госпитализацией» стали активно подключать все медицинские организации области, оказывающие стационарную помощь, и поликлинические учреждения, имеющие прикрепленное население. Если в первом квартале

2016 года к информационной системе были подключены только 72 медицинские организации, то в данное время в ИС «Управление плановой госпитализацией» работают 113 медицинских организаций Кемеровской области.

Внедрение данной системы делает процесс госпитализации более доступным и прозрачным. Система нацелена, прежде всего, на информирование пациентов о состоянии очереди на бесплатное плановое лечение в стационаре, чтобы он мог лично участвовать в выборе медицинской организации с учетом наличия свободных мест и очередности на госпитализацию. На практике это приводит к сокращению сроков ожидания плановой госпитализации и, в конечном итоге, способствует повышению доступности получения специализированной медицинской помощи жителями Кузбасса.

– В 2016 году было реализовано ещё одно важное мероприятие – создан «Личный кабинет застрахованного», в котором люди могут узнать об оказанной им медицинской помощи и её стоимости. Пользуются ли им кузбассовцы?

– Наш регион стал одним из первых в стране, где реализован подобный сервис. Зайдя в «Личный кабинет», любой человек, имеющий полис ОМС, может увидеть полный перечень медицинской помощи, оказанной ему за последний год, в разрезе медицинских организаций и видов помощи, с указанием точной стоимости, оплаченной лечебному учреждению за счет средств ОМС. Войти в «Личный кабинет» смогут люди, прошедшие регистрацию на портале Госуслуг (ЕПГУ).

За время работы «Личный кабинет» посетили около 8 тысяч человек. В ближайших наших планах – дополнение «Личного кабинета застрахованного» информационными сервисами: номер полиса, информация о страховых компаниях, о прикреплении к поликлинике, информация о диспансеризации, отслеживание очереди пациента на плановую госпитализацию, состояние готовности полиса ОМС при заказе полиса единого образца и переход на портал [www.vrach42.ru](http://vrach42.ru) к сервису «Запись на прием к врачу».



Личный кабинет застрахованного



Имя Фами

Информация о страховании и прикреплении

Страховая компания	Полис	Прикрепление к медицинской организации
ООО СМО "Альфа-страхование-ОМС"		КЕМЕРОВО Г. ГАУЗ КО "Областной клинический госпиталь для ветеранов войн" Поликлиника областного госпиталя

Стоимость оказанной медицинской помощи

Информация о медицинской помощи доступна с 1 января 2015 г.

Подразделение	Вид помощи	Дата	Стоимость
КЕМЕРОВО Г. ГАУЗ КО "Кемеровская городская клиническая больница №1 имени М.Н.Горбуновой"			
Поликлиника №10 (междувозская)	Поликлиника (Рентгенология)	16.02.2015	175,04
КЕМЕРОВО Г. ГАУЗ КО "Областной клинический госпиталь для ветеранов войн"			
Поликлиника областного госпиталя	Поликлиника (Хирургия)	14.01.2015	162,55
Поликлиника областного госпиталя	Поликлиника (Хирургия)	15.01.2015	162,55
Поликлиника областного госпиталя	Поликлиника (Хирургия)	16.01.2015	162,55
Поликлиника областного госпиталя	Поликлиника (Хирургия)	17.01.2015	162,55

– С 2012 года в стране и в Кузбассе действует программа «Земский доктор». Охотно ли едут работать в сельскую местность медицинские работники?

– За время действия Программы уже очевидны ощутимые результаты. Начиная с 2012 года в сельские здравпункты и ФАПы Кузбасса приехали работать 187 специалистов. В 2015 году – 31 медицинский работник. В 2016 году уже значительно больше – 95. В условия программы «Земский доктор» на 2016 год внесены значительные изменения: к деревням, сельским населенным пунктам и рабочим поселкам добавились поселки городского типа. Для нашей области это очень актуально, ведь в Кузбассе порядка двух десятков пгт. Кроме того, повысилась верхняя планка возраста врачей – с 45 до 50 лет. Изменился принцип финансирования программы: если в 2015 году денежные средства выделялись в равных долях из бюджета Федерального фонда ОМС и бюджета области, то в 2016 году большую часть расходов (60%) взял на себя Фонд ОМС.

В 2017 году программа «Земский доктор» продолжится. По прогнозам, 1 млн рублей получают 100

кузбасских врачей. Областной бюджет готов выделить для этого свою долю средств – 40%, или 40 млн рублей.

– Игорь Вадимович, какие задачи стоят перед Территориальным фондом ОМС Кемеровской области в 2017 году?

– Мы наметили для себя несколько приоритетных направлений: продолжим работать над повышением охвата страхованием жителей области, внедрением системы «Управление госпитализацией» на территории Кузбасса и совершенствованием пациентоориентированной системы, я имею в виду работу Контакт-центра по вопросам ОМС. Будем продолжать осваивать новое направление – использование средств нормированного страхового запаса ТФОМС для организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации. Но самая главная наша задача – обеспечение стабильного, ритмичного финансирования системы здравоохранения региона в рамках утвержденной Территориальной программы ОМС. И, думаю, нам это вполне удастся.



Климкина В.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОМУ ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ В 2016 ГОДУ



КЛИМКИНА В.В.,
начальник финансово-экономического
управления

Договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между территориальным фондом ОМС (далее – ТФОМС) и страховой медицинской организацией (далее – СМО), типовая форма которого утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н, установлены права и обязанности СМО и ТФОМС.

Так, СМО ежемесячно представляет в ТФОМС:

- заявку на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи;

- заявку на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в объеме средств, необходимых для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц;

и вправе обращаться за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса (далее – НСЗ) ТФОМС в случае превышения установленного для страховой медицинской организации объема средств на оплату медицинской помощи.

В свою очередь, ТФОМС обязуется:

- утверждать и пересматривать дифференцированные подушевые нормативы финансирования обязательного медицинского страхования;

- направлять в течение пяти рабочих дней со дня получения заявки на авансирование средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования, и в течение трех рабочих дней со дня получения заявки на получение целевых средств – средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за отчетный месяц с учетом ранее направленных средств на авансирование оплаты медицинской помощи в размере суммы заявки, но не более суммы целевых средств, рассчитанной

исходя из количества застрахованных лиц и дифференцированных подушевых нормативов;

- рассматривать обращение СМО за предоставлением целевых средств, сверх установленных на оплату медицинской помощи, из средств НСЗ ТФОМС и принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении СМО недостающих для оплаты медицинской помощи средств;

- осуществлять предоставление средств из НСЗ ТФОМС не позднее пяти рабочих дней со дня окончания проверки, проведенной в целях установления причин недостатка целевых средств у СМО.

Дифференцированные подушевые нормативы (далее – ДПН) финансового обеспечения обязательного медицинского страхования рассчитываются ТФОМС ежемесячно в соответствии с Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

ДПН предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования СМО в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола и возраста.

Не приводя в статье формулы и показатели расчета, утвержденные Правилами ОМС, остановимся лишь на общих принципах определения ДПН.

Для расчета ДПН необходимо рассчитать коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы, отражающие затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (обычно – финансовый год). Затраты на оплату медицинской помощи определяются на основании реестров счетов в разрезе установленной половозрастной структуры застрахованных лиц, а

численность – на основании сведений из регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, также распределенную на половозрастные группы.

Таким образом определяется норматив затрат на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период и нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в определенный половозрастный интервал. В результате рассчитываются коэффициенты дифференциации для каждой половозрастной группы.

Для определения ежемесячного объема финансирования СМО рассчитывается среднедушевой норматив финансирования с учетом поступивших в отчетном месяце в бюджет ТФОМС доходов за минусом средств, необходимых для пополнения НСЗ, средств на осуществление управленческих функций ТФОМС и расходов на ведение дела СМО. В расчете также участвует среднемесячная численность застрахованных лиц. Далее рассчитываются ДПН для каждой СМО с использованием среднедушевого норматива финансирования и коэффициентов дифференциации для половозрастных групп.

Правилами ОМС установлено шесть половозрастных групп:

- ноль – четыре года, мужчины/женщины;
- пять – семнадцать лет, мужчины/женщины;
- восемнадцать – пятьдесят девять лет, мужчины;
- восемнадцать – пятьдесят четыре года, женщины;
- шестьдесят лет и старше, мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше, женщины.

При этом установлено, что при расчете ДПН в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности на половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании

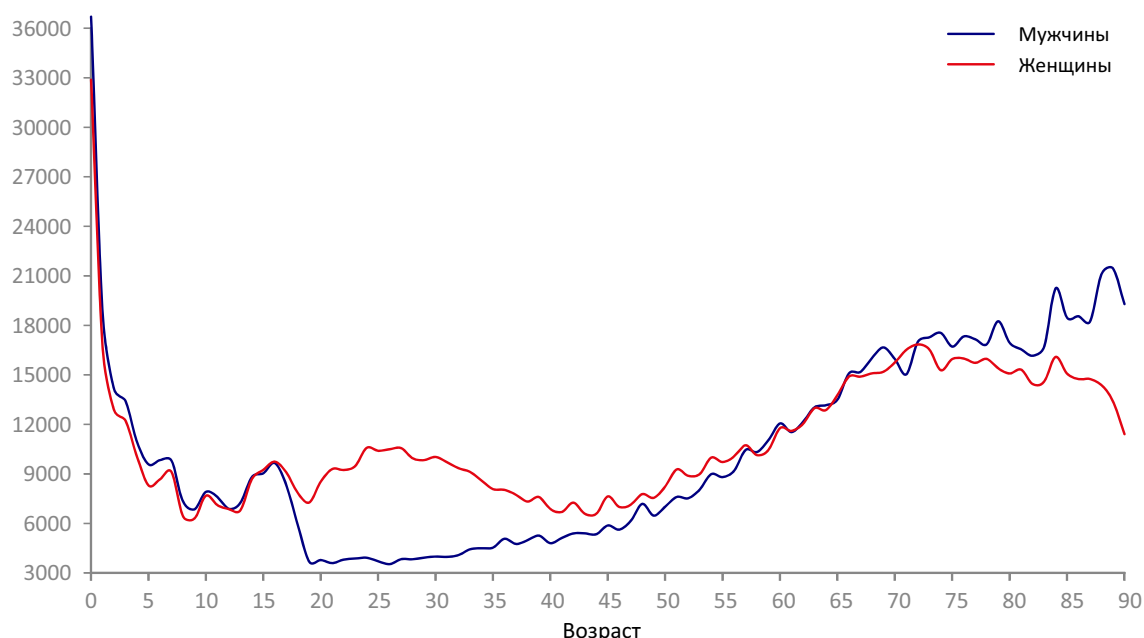
медицинской помощи.

На территории Кемеровской области в системе ОМС работают три страховые медицинские организации. Назовем их условно: СМО1, СМО2 и СМО3.

В начале очередного финансового года ТФОМС Кемеровской области (далее – ТФОМС КО) осуществляет расчет коэффициентов дифференциации (Кдi) для половозрастных групп застрахованных лиц, которые используются для финансирования СМО, и утверждает их приказом директора. Коэффициенты дифференциации являются едиными для всех СМО, работающих в системе ОМС на территории области. Для расчета затрат на одного пролеченного по возрастам используется информация по реестрам оказанной медицинской помощи из базы пролеченных и численность застрахованных лиц из регионального сегмента базы застрахованных. С целью более точного учета затрат группы сформированы для мужчин и женщин в диапазоне от 0 до 90 лет (и старше) с разбивкой по каждому году. Таким образом, на 2016 год утверждено 182 коэффициента – для 90 групп отдельно для мужчин и женщин, исходя из фактически сложившихся затрат граждан определенного возраста. С другой стороны, такая детальная дифференциация по группам, возможно, имеет свои погрешности: число пациентов какого-либо возраста в расчетном периоде могло быть незначительным, и, соответственно, значение коэффициента рассчиталось исходя из затрат по единичным случаям лечения (это могут оказаться как не дорогие случаи, так и, наоборот, сложные и дорогостоящие заболевания).

На рисунке 1 наглядно представлена фактически сложившаяся стоимость медицинской помощи по возрастам пролеченных.

Рисунок 1.
Стоимость медицинской помощи на 1 человека в год (руб.)



Наибольшие Кд_и и, соответственно, высокие затраты на оказание медицинской помощи обоснованно приходятся на следующие возрастные группы:

1. Младенческий возраст – до 1 года;
2. От 1 года до трех лет;

3. Женщины детородного возраста;
4. Лица старшего и пожилого возраста. Особенно ярко выражена эта тенденция у мужчин.

Наглядно в сравнении со средним значением показатели отражены на рисунке 2 и в таблице 1.

Рисунок 2.
Максимальные и минимальные значения коэффициентов дифференциации для половозрастных групп застрахованных лиц

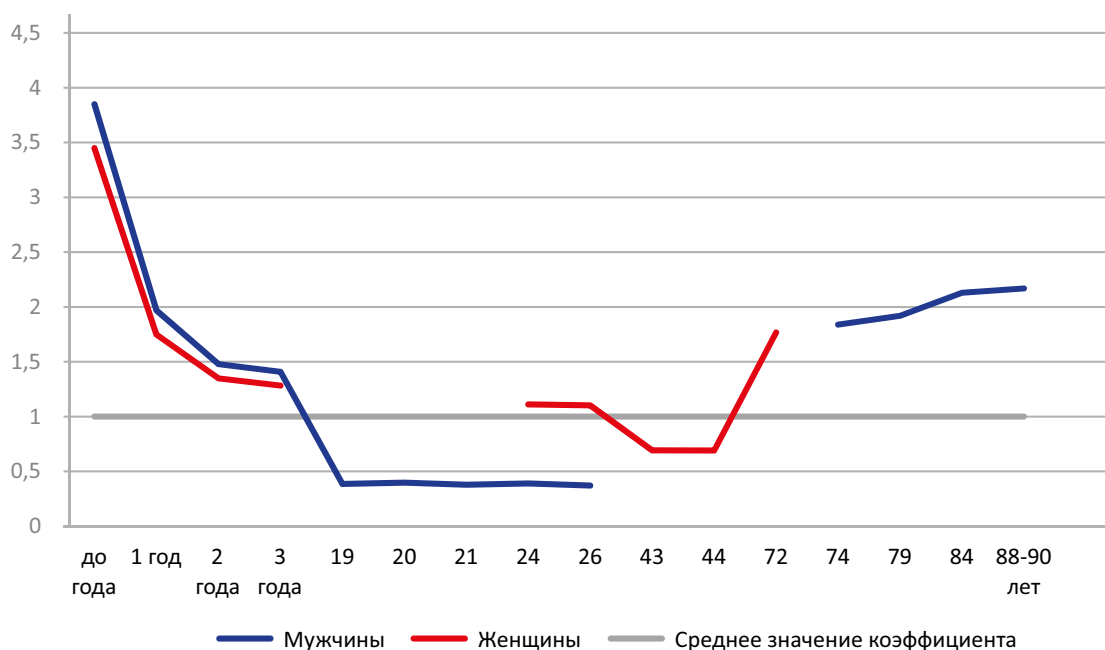


Таблица 1. Максимальные и минимальные значения коэффициента дифференциации по полу и возрасту

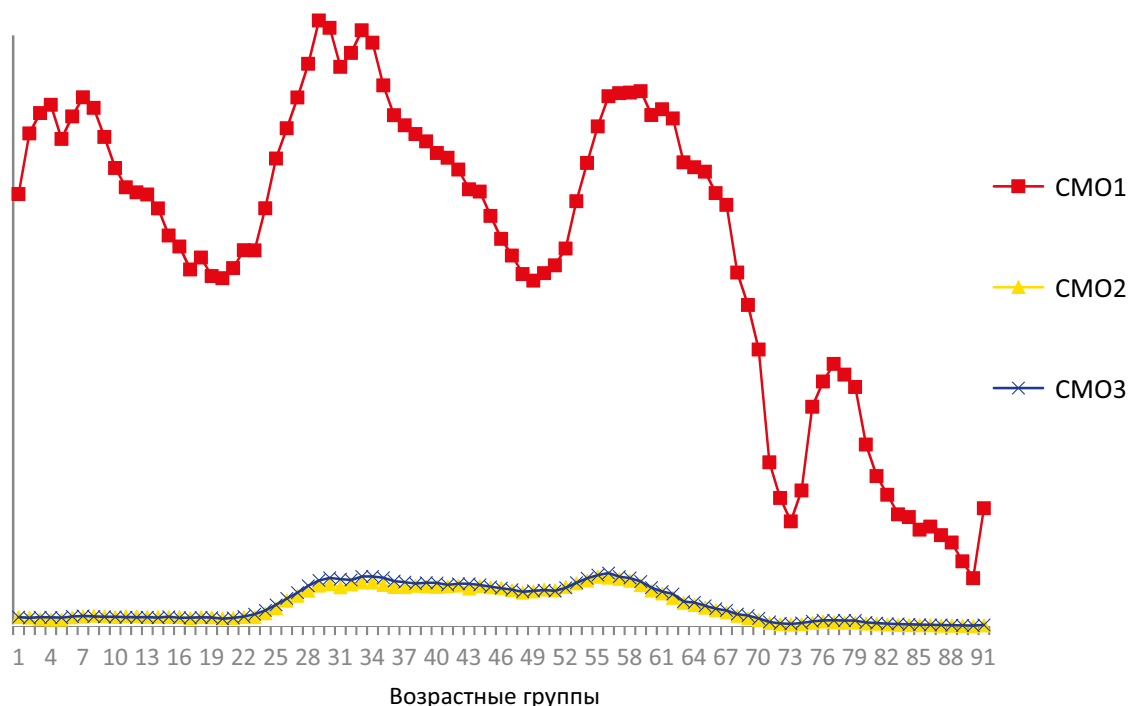
Максимальные значения коэффициента дифференциации по полу и возрасту			Минимальные значения коэффициента дифференциации по полу и возрасту		
Группа	Коэффициент		Группа	Коэффициент	
	муж.	жен.		муж.	жен.
0	3,8547	3,4535	19	0,3866	
1	1,9706	1,7515	20	0,3976	
2	1,4851	1,3518	21	0,3781	
3	1,4088	1,2838	24	0,3898	1,1110
72	1,7852	1,7690	26	0,3715	1,1025
73	1,8148	1,7378	43		0,6922
84	2,1261	1,6899	44		0,6918

В течение 2016 г. одна из трех страховых медицинских организаций (СМО2) регулярно обращалась в ТФОМС КО за получением субвенции из НСЗ в связи с нехваткой средств, полученных по ДПН, для оплаты предъявленных счетов за оказанную медицинскую помощь, в то время как у двух других формировался остаток после оплаты счетов, который СМО возвращали в ТФОМС КО. В среднем размер ежемесячно запрашиваемой СМО2 субвенции из НСЗ составил около 5% от объема финан-

сирования по ДПН. Проводимые ТФОМС КО проверки подтверждали обоснованность запрашиваемых сумм.

В Кемеровской области СМО1 занимает основную долю страхового поля и отличается по составу застрахованных лиц от двух других, у которых практически идентичная картина половозрастного состава и сопоставимое число застрахованных (рисунок 3). Поэтому для сравнения показателей по финансированию ОМС будем использовать данные по СМО2 и СМО3.

Рисунок 3.
Количество застрахованных лиц по возрастам в разрезе СМО



По СМО2 и СМО3 суммы ДПН, рассчитываемые ежемесячно на основе КдІ, сопоставимы. Следовательно, имеют место различия в затратах СМО на оплату предъявленных счетов за оказанную населению медицинскую помощь.

ТФОМС КО проведен анализ стоимости оказанной медицинской помощи (далее – МП) застрахованным по принадлежности к СМО2 и СМО3 по условиям ее оказания. По результатам анализа выявлено следующее.

Затраты на оказание МП в амбулаторных условиях существенно не отличаются, поэтому отдельно не рассматриваются. Основную долю затрат в структуре медицинской помощи по условиям ее оказания занимают затраты на стационарную помощь – 50% от общего объема счетов и по СМО2, и по СМО3. При этом стоимость стационарной МП зависит от уровня медицинской организации и учитывает разницу в затратах на ее оказание с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведение углубленных исследований и т.п. Тарифным соглашением в системе ОМС Кемеровской области на 2016 г. коэффициенты уровня оказания стационарной МП установлены для медицинских организаций уровня 3,1 в размере 1,28; уровня 3,2 – 1,16. Контингент застрахованных в СМО2 проживает в городах с близкой географической доступностью к крупным больницам третьего уровня, где и получает медицинскую помощь.

В таблице 2 представлены сравнительные данные о стоимости медицинской помощи в дневном стационаре

и в стационарных условиях (включая ВМП), оказанной застрахованному в СМО2 и СМО3 населению.

Из таблицы видно, что затраты на оказание медицинской помощи в дневном стационаре по СМО2 в абсолютном выражении выше, чем по СМО3, при меньшей численности застрахованных. По стационарной МП общая сумма в абсолютном выражении сопоставима, при этом стоимость одного случая лечения по СМО2 превышает стоимость случая по СМО3 на 5%. При этом по СМО2 фактическое значение норматива объемов на 1 застрахованное лицо и в дневном стационаре, и в стационаре выше, чем по СМО3, что говорит о более высокой обращаемости пациентов в медицинские организации.

По результатам анализа можно сделать вывод, что по СМО2 складываются более существенные затраты на оказание МП застрахованным в дневном стационаре и стационаре.

Таким образом, недостаток финансовых средств, перечисляемых ежемесячно в СМО2 по ДПН, для оплаты предъявленных медицинскими организациями счетов и, соответственно, обращение СМО в ТФОМС КО за субвенцией из НСЗ, объясняется более высоким уровнем потребления медицинской помощи застрахованными в СМО2 лицами.

Кроме того, можно предположить, что на уровень потребления медицинской помощи оказывает влияние еще и то обстоятельство, что значительную долю застрахованных в СМО2 составляют граждане трудоспособного возраста, работающие на крупных

Таблица 2.
Сравнительные показатели стоимости медицинской помощи по СМО

	СМО2	СМО3	Отклонение СМО2/СМО3
Дневной стационар			
Случаи	8737	7690	114%
Сумма (тыс. руб.)	100 650,1	92 616,5	109%
Стоимость одного случая (тыс. руб.) (по ТПОМС – 13,5 тыс. руб.)	11,5	12,0	96%
Фактическое значение объемов на 1 застрахованное лицо (по ТПОМС – 0,06)	0,0663	0,0539	123%
Стационарная помощь			
Случаи	18337	19400	95%
Сумма (тыс. руб.)	516 285,2	517 870,6	99,7%
Стоимость одного случая (тыс. руб.) (по ТПОМС – 27,3 тыс. руб.)	28,2	26,7	105%
Фактическое значение объемов на 1 застрахованное лицо (по ТПОМС – 0,17214)	0,139	0,136	102%

предприятиях и в угольных компаниях (работающее население традиционно страховалось по так называемому цеховому принципу), имеющие полисы ДМС. В связи с чем они используют возможность и имеют мотивацию обращаться в медицинские организации

за получением более широкого спектра медицинских услуг. При этом, помимо медицинских услуг, оплачиваемых по программе ДМС, пациенты одновременно могут получать медицинскую помощь по Территориальной программе ОМС.



Матвеева Н.А., Филина О.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПРОБЛЕМЫ РАСЧЕТА ТАРИФОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Одним из элементов тарифного регулирования в системе обязательного медицинского страхования являются тарифы на медицинские услуги. В соответствии с законодательством тарифы утверждаются соглашением сторон и рассчитываются на основании Методики расчета тарифов, утвержденной в составе Правил обязательного медицинского страхования.

Требованием территориальной программы в последние годы становятся единые подходы к тарификации и оплате медицинской помощи с использованием эффективных способов, ориентированных на конечный результат. Однако, несмотря на, казалось бы, единую нормативную базу и, как следствие, единые подходы территориальных фондов к расчету тарифов, единства и даже небольшой схожести между регионами не наблюдается. Исключение составляют те случаи, когда тарифы утверждаются на федеральном уровне. В чем же проблема?

Определение цены на медицинскую услугу по ОМС совсем не похоже на аналогичную задачу в других видах деятельности, и этому есть ряд объяснений. Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, на медицинскую услугу. При этом возможен выбор метода определения затрат: нормативный, структурный или экспертный. На практике методы комбинируются, и для расчета разных видов затрат могут использоваться разные методы, что усложняет всю процедуру и делает расчеты «непрозрачными». Наиболее однозначные результаты позволяет получить нормативный метод, но нормативы имеются только на отдельные позиции, и на сегодняшний день вызывают много вопросов, так как в большей части очень устарели в связи с изменением



МАТВЕЕВА Н.А.,
заместитель директора
по экономическим вопросам

медицинских технологий и внедрением нового оборудования. Структурный метод предполагает распределение группы затрат пропорционально выбранному основанию. Здесь возникают вопросы, на что именно их распределять и какова структура той организации, которую мы берем за базис. При применении экспертного метода затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются на основании экспертной оценки, как правило, к нему прибегают в отсутствии фактических данных.

Переходя от теории к практике, и медицинские организации, и территориальные фонды, аргументируя свои позиции о размере тарифов, определяют себестоимость услуги. Если услуга уже оказывается медицинской организацией, то расчет выполняется исходя из фактических затрат, по возможности, за довольно длительный период времени. При отсутствии данных и нормативов все то же самое делается с помощью экспертной оценки.

В течение года в комиссию по разработке ТПОМС поступает около десятка ходатайств об уточнении тарифов или установления новых. При этом, как правило, сам размер тарифов предлагается к утверждению медицинскими организациями на основе фактических затрат. Тарифы проверяются специалистами ТФОМС, при этом учитывается позиция главных специалистов департамента охраны здоровья населения по соответствующему профилю. При проверке на первом этапе рассматриваются такие параметры, как соответствие Номенклатуре работ и услуг в здравоохранении, наличие услуг в утвержденных стандартах оказания медицинской помощи, достоверность фактических расходов на медикаменты, расходные материалы (стоимость, расход, кратность).

Зачастую в прессе можно встретить мнение, что «уровень тарифов ОМС не соответствует уровню рас-

ходов медицинских учреждений на оказание услуг по ОМС». С этим нельзя не согласиться, но стоит попытаться понять причины. Проиллюстрировать всю многогранность проблемы позволяет следующий пример.

Одной из востребованных медицинских услуг, тарифы на которую определяются в каждом субъекте Российской Федерации, является магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) с контрастированием. В нашем регионе расчет тарифов на МРТ был выполнен в 2012 году, в последующие годы незначительно индексировался. В 2016 году в систему ОМС вошли новые частные медицинские организации, основной сферой деятельности которых является МРТ. В целях уточнения достоверного расхода контрастного вещества, составляющего значительную долю в тарифе, было принято решение дополнительно проанализиро-

вать фактические расходы медицинских организаций.

Для уточнения расчета тарифов на магнитно-резонансную томографию проведены проверки расходов по использованию контрастного вещества на МРТ-исследования в трех медицинских организациях, расположенных в г. Кемерово: частный медицинский центр (далее – Больница 1), муниципальная больница (далее – Больница 2), государственная больница (далее – Больница 3). В 2015 году фактическое количество исследований с контрастированием составило 3995 случаев, в выборку включены 456 случаев (11% от общего количества).

Для анализа использовалась выборка сплошным методом по каждому учреждению не менее чем за два месяца, для расчета брались все случаи согласно данных учета медицинских организаций (таблица 1).

Таблица 1.
Стоимость контрастного вещества на одно исследование

Наименование МО	Период выборки	Количество рассмотренных случаев	Доля в общем объеме рассмотренных случаев	Стоимость контрастного вещества на 1 исследование (руб.)
Больница 1	Ноябрь 2015 – март 2016	192	43%	4 406,93
Больница 2	Январь – февраль 2016	125	27%	2 285,70
Больница 3	Июнь – июль 2015	139	30%	5 859,62
		456	100%	4 268,27

При сопоставимых объемах работ расходы медицинских организаций на приобретение контрастного вещества различаются в разы. Так, расходы в Больнице 2 составили 2 285,7 руб. на один случай, а

в Больнице 3 – 5 859,6 руб. Разница в цене обусловлена применением разных препаратов и разным объемом контрастного вещества на одно исследование (таблица 2).

Таблица 2.
Применяемое контрастное вещество

Наименование магнитно-резонансного контрастного препарата	Форма выпуска	Цена 1 флакона, шприца (руб.)	Расход флаконов, шприцев			
			Больница 1	Больница 2	Больница 3	Итого
Омнискан	шприц 15 мл	2 229,32		97		97
	флакон 20 мл	2 972,43			34	34
Гадодиамид	шприц 15 мл	2 229,32		11		11
	флакон 15 мл	2 644,16		17		17
Магневист	флакон 20 мл	3 525,54	144			144
	флакон 20 x 2 = 40 мл	7 051,10	48			48
	флакон 15 мл	6 717,37			103	103
Гадовист	флакон 15 x 2 = 30 мл	13 434,74			1	1
	шприц 10 мл	8 100,95			1	1
Итого			192	125	139	456

Цены на контрастные препараты указаны согласно Государственному реестру предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты.

В трех медицинских организациях используется пять видов контрастного препарата с разной ценой. Можно отметить, что у каждой из медицинских организаций имеются свои предпочтения, один преимущественный препарат. Так, Больница 1 использует только Магневист, в Больнице 3 в 75% случаев используется Гадовист, Больница 2 в 78% случаев использует Омнискан. Так как разница в цене препаратов отличается в разы, существенно различаются и общие расходы на одно исследование по медицинским организациям.

Согласно официальной инструкции рекомендуемая доза контрастных препаратов для МРТ следующая:

1) Омнискан, Магневист: 0,2 мл/кг массы тела при массе тела до 100 кг, более 100 кг – 20 мл. В случае когда остаются подозрения на наличие патологического

очага, возможно проведение повторного контрастного исследования 0,2 мл/кг или дозы 0,4 мл/кг. Максимальная разовая доза составляет 0,6 мл/кг массы тела.

2) Гадодиамид: взрослым с массой тела до 100 кг – 0,2 мг/кг, взрослым с массой тела 100 кг и более – 20 мл.

3) Гадовист: однократное внутривенное введение препарата в дозе 0,1 мл/кг массы тела обычно бывает достаточным. Максимальная доза препарата составляет 0,3 мл на 1 кг массы тела.

4) Примовист: для взрослых 0,1 мл /кг массы тела.

Таким образом, исходя из требований инструкции к лекарственному применению, Гадовист должен применяться в меньшем объеме, чем Омнискан и Магневист, однако фактические данные этого не подтверждают.

Если исключить из анализа Гадовист и Примовист, как имеющие другую дозировку, распределение по объему лекарственных препаратов выглядит так (таблица 3):

Таблица 3.
Используемый объем контрастного вещества

Объем	Количество	Доля в общем количестве
15 мл	125	27%
20 мл	178	51%
40 мл	48	14%
	351	100%

Все случаи с двойной дозой контрастного вещества выявлены в Больнице 1, причем отмечается достаточно высокая частота использования (в каждом четвертом случае), проведен дополнительный анализ причин увеличения объема контрастного вещества. Анализ, выполненный специалистами страховой медицинской организации, показал, что двойное контрастирование применяется в Больнице 1 при:

- повышенной массе тела пациента (более 75-80 кг);
- диагностике рассеянного склероза;
- проведении исследований органов брюшной полости, органов малого таза;
- подозрении на метастазирование опухоли;
- проведении исследований в динамике после операций с применением гамма-ножа.

Согласно заключению главного специалиста по лучевой диагностике Кемеровской области дозировка контрастного вещества в 40 мл (2 флакона) применяется для обследования пациентов с массой тела не менее 200 кг.

С учетом фактического использования препаратов при расчете тарифов были включены препараты Омнискан, Гадодиамид с дозировкой 15 мл, 20 мл. Применение более дорогих контрастных препаратов по медицинским показаниям целесообразно учесть через вероятность с учетом мнения главного специалиста по профилю. В связи с этим, Комиссией по разработке ТПОМС в 2016 году принято решение об

утверждении тарифов на МРТ-исследования с применением 20 мл контрастного вещества.

В данном примере рассмотрен только один из моментов, когда тарифы, определенные по одним и тем же принципам на основе фактических затрат медицинских организаций, могут существенно различаться. На практике на точность расчета тарифов влияет множество факторов, в том числе отсутствие нормативных документов, определяющих порядок выполнения медицинских технологий; точность распределения административных, накладных и прочих косвенных затрат (отсутствие утвержденной методики и управленческого учета в медицинских организациях); количество медицинских организаций, выполняющих услугу; конкуренция среди МО; объем предоставляемых услуг.



Воронкова А.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПОРЯДОК ГРУППИРОВКИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПРИ РАСЧЕТЕ ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА



ВОРОНКОВА А.В.,
начальник экономического отдела

Ежегодные изменения, происходящие в нормативной базе по вопросам оплаты медицинской помощи, направлены на обеспечение единообразия тарифной политики в системе здравоохранения Российской Федерации, а также на повышение эффективности расходования финансовых средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Так, с 2013 года утверждаются Методические рекомендации, разработанные совместно Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС (далее – ФФОМС), регламентирующие общие принципы к установлению способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС в субъектах РФ (далее – Методические рекомендации). Однако в 2013-2014 гг. Методические рекомендации преследовали цель упорядочить внедрение нового способа оплаты специализированной медицинской помощи – на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп и клинко-профильных групп. Оплате амбулаторно-поликлинической и скорой помощи уделялось немного внимания. В 2015-2016 гг. субъектам представлены уже более подробные рекомендации по оплате данных видов помощи.

В 2016 г. Федеральный фонд ОМС впервые проверил все регионы на соответствие установленных способов оплаты Методическим рекомендациям и направил письма в территориальные фонды ОМС о нарушениях Методических рекомендаций (Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС на 2016 г. – Письмо МЗ РФ и ФФОМС от 24.12.2015 №11-9/10/2-7398 и №8089/21-и, допущенных в Тарифных соглашениях в системе ОМС (далее – Тарифное соглашение).

В Кемеровской области имели место отклонения от Методических рекомендаций в части установления

индивидуальных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощи.

В соответствии с Письмом Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2015 №11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифным соглашением в системе ОМС Кемеровской области на 2016 г. определены следующие способы оплаты:

– Амбулаторно-поликлинической помощи – по подушевому нормативу (далее – ПН) финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (далее – МО) и выполнения плана посещений, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

– Скорой помощи – по подушевому нормативу на число застрахованных лиц обслуживаемого населения с учетом выполнения плана вызовов.

Алгоритм расчета стоимости медицинской помощи, установленный с начала года до октября 2016 г., предполагал применение к среднеобластному (базовому) ПН индивидуальных коэффициентов для каждой медицинской организации (рисунок 1).

Рисунок 1.
Коэффициенты, применяемые к ПН, до утверждения порядка группировки МО



- Кпвп - коэффициент половозрастных затрат
- Кфп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание структурных подразделений (ФАПов)



- Кпвп - коэффициент половозрастных затрат
- Ксрп - коэффициент дифференциации, учитывающий средний радиус территории
- Курп - коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества

Методическими рекомендациями (п. 2.2.) определено следующее:

1. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций.

2. Объединение медицинских организаций в однородные группы (подгруппы) осуществляется, исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива.

3. Значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива ранжируются от максимального до минимального значения и, в случае существенных различий, объединяются в однородные группы с последующим расчетом средневзвешенного значения данного коэффициента для каждой группы.

Следуя вышеизложенным принципам, Фонд разработал Порядок группировки медицинских организаций при расчете подушевого норматива, исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива (далее – Порядок). Он обсуждался на рабочей группе Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС в августе, утвержден в сентябре и вступил в силу с октября 2016 года.

Согласно Порядку объединение медицинских организаций в группы производилось в два этапа:

1. Расчет интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива. Произведен по каждой медицинской организации путем умножения всех утвержденных коэффициентов (рисунок 1), используемых для расчета подушевого норматива по соответствующему виду помощи. Фрагмент расчета интегрированных коэффициентов для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, представлен в таблице 1.

Таблица 1.
Расчет интегрированных коэффициентов

Медицинская организация	Коэффициент половозрастных затрат, Кпвп	Коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание структурных подразделений (ФАПов), Кфп	Интегрированный коэффициент, Кинт
Медицинская организация 1	0,6575	0,8989	0,5910
Медицинская организация 2	0,7252	0,8989	0,6519
Медицинская организация 3	0,7358	0,8989	0,6615
.....			
Медицинская организация 93	0,9939	1,7337	1,7231
Медицинская организация 94	0,9830	1,8151	1,7842
Медицинская организация 95	1,0091	1,7337	1,7891
Итого	1,0000	1,0000	1,0000

Если ранее коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание структурных подразделений (Кфп) был установлен для МО, в структуре которых состоят фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории, то для исполне-

ния требования в части утверждения коэффициентов для всех участников системы данный множитель рассчитан для всех МО. Соответственно, там, где нет подобных подразделений, коэффициент ниже единицы.

При осуществлении расчетов все коэффициенты нормируются на единицу для обеспечения бюджетной нейтральности.

2. Полученные значения интегрированного коэффициента дифференциации подушевого нормати-

ва по медицинским организациям ранжируются от минимального до максимального значения, после чего МО объединяются в группы с шагом в пять процентов (таблица 2).

Таблица 2.
Принцип объединения в группы

Медицинская организация	Кинт	Определяем группу	Кинт средневзвешенный (Чзас – численность застрахованных)
Медицинская организация 1	0,5910	0,6842	0,6458 (сумма произведения Чзас. и Кинт/Чзас.)
		+5%=0,6206	
Медицинская организация 2	0,6519		
Медицинская организация 3	0,6615		
Медицинская организация 4	0,6899	+5%	0,7109
Медицинская организация 5	0,7055		
Медицинская организация 6	0,7126		
Медицинская организация 7	0,7179		
Медицинская организация 8	0,7226	+5%	0,7270
		0,7184	
		0,7543	

К минимальному значению интегрированного коэффициента добавляется 5%. Медицинские организации, интегрированные коэффициенты которых ниже или равны полученной верхней границы группы, объединяются в одну однородную группу.

Далее для получения верхней границы следующей группы к верхней границе предыдущей группы добавляется 5%.

В группе не может быть меньше двух медицинских организаций. В случае, если в группе нет ни одной медицинской организации или одна, шаг увеличивается еще на 5%. И так продолжается до момента попадания в группу более чем одной медицинской организации.

После формирования групп для каждой из них выполняется расчет интегрированного коэффици-

ента как средневзвешенного значения для данной группы. Данный коэффициент применяется при расчете финансирования к базовому подушевому нормативу.

Произведя группировку МО, произошло объединение 95 имевшихся групп в 16, так как финансирование осуществляется не по индивидуальным тарифам, а по условиям, равным для нескольких МО в группе.

На сегодняшний день изложенный порядок включен в Тарифное соглашение в системе ОМС на 2017 год. Для работы на территории Кемеровской области определено, что подушевой норматив финансирования будет рассчитываться один раз на плановый год (ранее – ежемесячно), что повысит оперативность рабочего процесса и облегчит планирование деятельности для медицинских организаций.



Бондарева И.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области



БОНДАРЕВА И.В.,
начальник отдела расчетов

ОБ ИТОГАХ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ РАСЧЕТОВ ЗА ОКАЗАННУЮ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

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.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области, выполняя территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федера-

ции бесплатной медицинской помощи, 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 2014 в 2016* году сумма средств, затраченных на лечение застрахованных граждан Кемеровской области за пределами региона, увеличилась почти в два раза. Сумма предъявленных к оплате счетов территориальным фондам ОМС других субъектов РФ за лечение инообластных граждан в медицинских организациях Ке-

Диаграмма 1.
Динамика межтерриториальных расчетов (млн руб.)



*Данные за 2016 год получены по состоянию на 24.11.2016.

меровской области за 2016 год составила 211 млн рублей. Наибольшая доля от полученных средств приходится на территории Сибирского федерального округа:

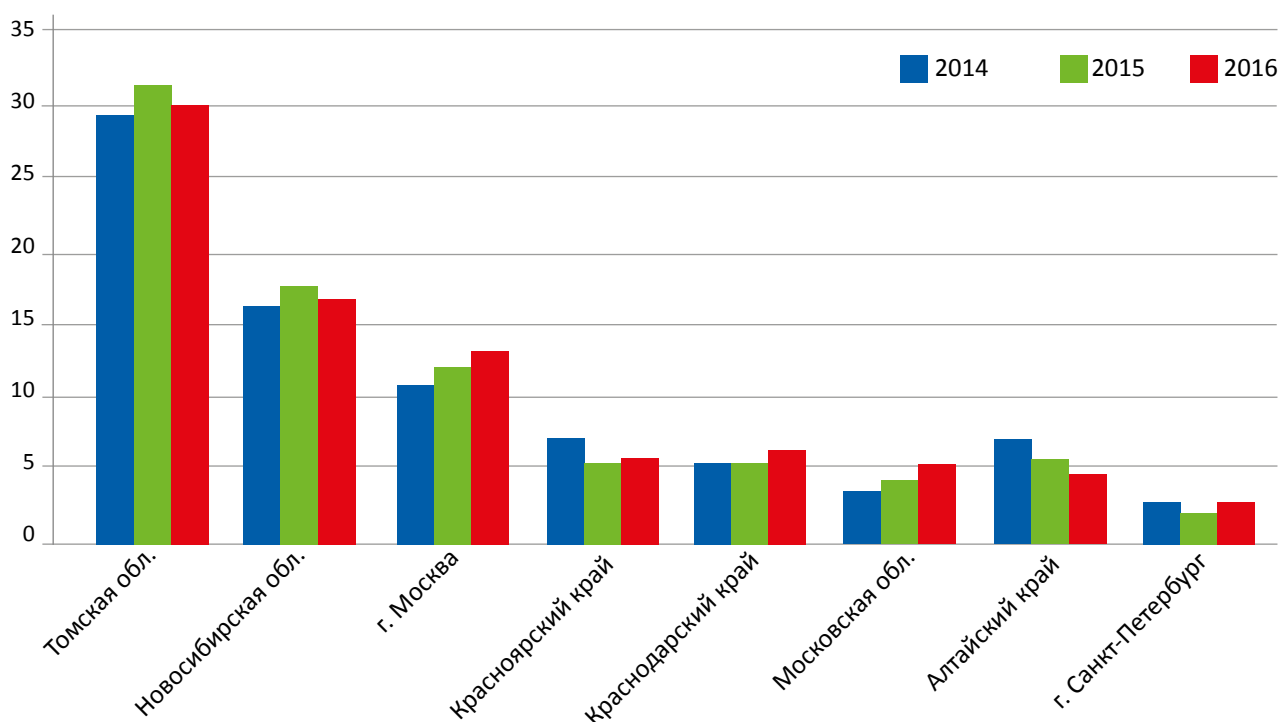
- Алтайский край – 35 268,33 руб. (16,7%)
- Новосибирская область – 30 435,60 руб. (14,4%)
- Красноярский край – 23 188,92 руб. (11,0%)
- Республика Хакасия – 20 059,45 руб. (9,5%)
- Томская область – 16 708,50 руб. (7,9%)

Сумма средств по счетам, поступившим к оплате в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области за лечение застрахованных граждан нашего региона за пределами области, составила 422,7 млн рублей. Перечень регионов с высокой долей затрат:

- Томская область – 126 557,78 руб. (29,9%)
- Новосибирская область – 73 109,55 руб. (17,3%)
- Город Москва – 55 721,78 руб. (13,2%)
- Красноярский край – 24 234,17 руб. (5,7%)
- Краснодарский край – 23 237,33 руб. (5,5%)
- Московская область – 20 553,58 руб. (4,9%)
- Алтайский край – 20 023,49 руб. (4,7%)
- Город Санкт-Петербург – 12 793,19 руб. (3,0%)

По сравнению с 2014 годом отмечается рост доли затрат на 4% по г. Москве и на 2% по Московской области. По Алтайскому краю доля затрат снизилась на 2,5%. По остальным регионам динамика затрат незначительная (диаграмма 2).

Диаграмма 2.
Регионы с высокой долей затрат (%)



Наиболее затратными по межтерриториальным расчетам для Кемеровской области являются Томская область, Новосибирская область и г. Москва.

Около трети всех межтерриториальных расчетов приходится на расчеты с медицинскими организациями Томской области.

В таблице 1 приведена динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Томской области за три года.

Расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным Кемеровской области в медицинских организациях Томской области, за этот период увеличились почти в два раза.

В таблице 2 представлена динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Новосибирской области.

Расходы на оплату медицинской помощи за-

страхованным Кемеровской области в медицинских организациях Новосибирской области за три года также увеличились почти в два раза. В то время как поступления снизились на 15%. В 2015 году произошло резкое увеличение расходов. В 2016 году расходы уже в 2,5 раза превысили поступления за лечение застрахованных Новосибирской области в медицинских организациях Кемеровской области.

Динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС города Москвы приведена в таблице 3.

Как видим, расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным Кемеровской области в Москве, за три года выросли в 2,5 раза.

В таблице 4 представлен удельный вес застрахованных Кемеровской области, обратившихся в медицинские организации Томской, Новосибирской области и г. Москва в разрезе возрастов.

Таблица 1.
Динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Томской области (тыс. руб.)

Год	Расходы на лечение застрахованных Кемеровской области в МО Томской области	Поступления за лечение застрахованных Томской области в МО Кемеровской области	Расходы / поступления
2014	68 205	12 320	554%
2015	107 506	14 868	723%
2016	126 558	16 709	757%
2016/2014	186%	136%	

Таблица 2.
Динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС Новосибирской области (тыс. руб.)

Год	Расходы на лечение застрахованных Кемеровской области в МО Новосибирской области	Поступления за лечение застрахованных Новосибирской области в МО Кемеровской области	Расходы / поступления
2014	39 808	35 958	111%
2015	64 728	30 149	215%
2016	73 110	30 436	240%
2016/2014	184%	85%	

Таблица 3.
Динамика межтерриториальных расчетов с ТФОМС г. Москвы (тыс. руб.)

Год	Расходы на лечение застрахованных Кемеровской области в МО г. Москвы	Поступления за лечение застрахованных г. Москвы в МО Кемеровской области	Расходы / поступления
2014	22 321	8 527	262%
2015	40 287	7 542	534%
2016	55 722	6 855	813%
2016/2014	250%	80%	

Структура обращений в медицинские организации Томской и Новосибирской областей примерно одинакова. Там преимущественно оказывают амбулаторную помощь студентам – жителям Кузбасса, основная доля приходится на группу от 17 до 23 лет.

Структура обращений в медицинские организации города Москвы показывает, что основная доля обращений приходится на работающих граждан Кемеровской области и детей.

Рассмотрев структуру расходов на лечение граждан нашего региона в Томской и Новосибирской областях (таблица 5), можно сделать вывод, что воз-

растная группа 24-65 лет обращается преимущественно за оказанием медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара и, соответственно, составляет основную долю расходов.

Структура расходов по городу Москве значительно отличается от двух других. В ней основная доля (53%) приходится на детей (0-16 лет), и третья часть – на группу 24-65 лет.

В структуре расходов по видам помощи во всех трех регионах преобладает стационарная помощь (диаграмма 3).

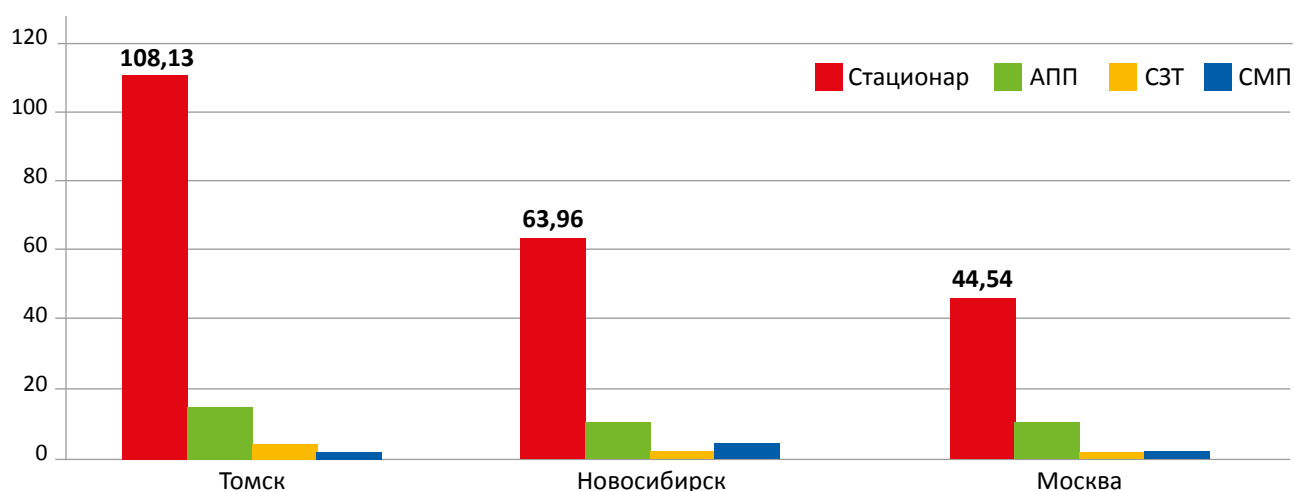
Таблица 4.
Удельный вес застрахованных Кемеровской области, обратившихся в медицинские организации Томской, Новосибирской области и г. Москва, в разрезе возрастов

Возраст/регион	Томская область	Новосибирская область	г. Москва
0-16 лет	8%	7%	29%
17-23 года	59%	53%	20%
24-65 лет	29%	35%	45%
66 лет и старше	4%	5%	6%
	100%	100%	100%

Таблица 5.
Расходы на оказание медицинской помощи в МО Томской, Новосибирской области и г. Москва в разрезе возрастов

Возраст/регион	Томская область	Новосибирская область	г. Москва
0-16 лет	7%	8%	53%
17-23 года	10%	10%	4%
24-65 лет	12%	15%	8%
66 лет и старше	71%	67%	35%

Диаграмма 3.
Расходы по видам помощи (млн руб.)



В разрезе классов заболеваний наибольшие расходы в общей структуре затрат на лечение застрахованных граждан Кемеровской области в медицинских организациях Томской области в 2016 году пришлось на группу «Новообразования» (диаграмма 4). Причем за три года расходы увеличились в 4 раза.

В Новосибирской области наибольшие расходы также приходятся на группу «Новообразования» (диаграмма 5).

За три года расходы увеличились в 3,5 раза. Значительная динамика наблюдается по следующим классам заболеваний:

- болезни системы кровообращения,
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин,
- болезни глаза (за три года расходы увеличились в 13 раз),
- болезни мочеполовой системы.

Диаграмма 4.
Динамика расходов на оказание медицинской помощи в МО Томской области по классам заболеваний (млн руб.)

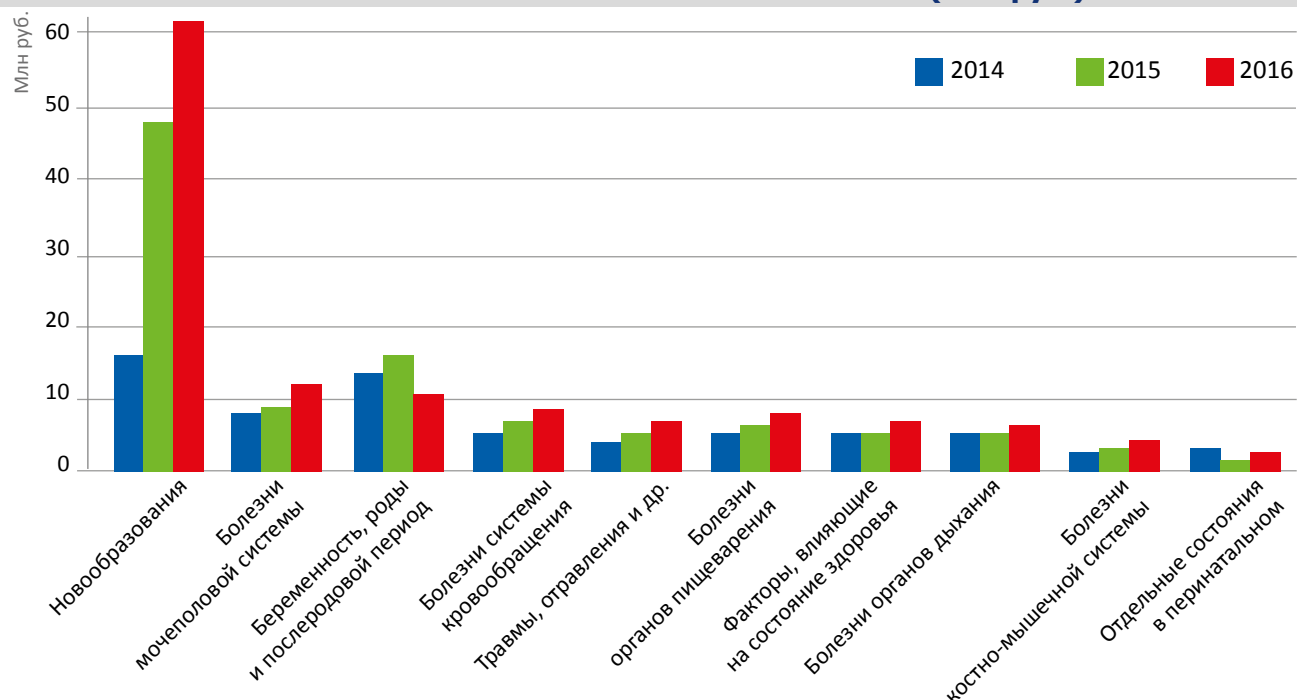
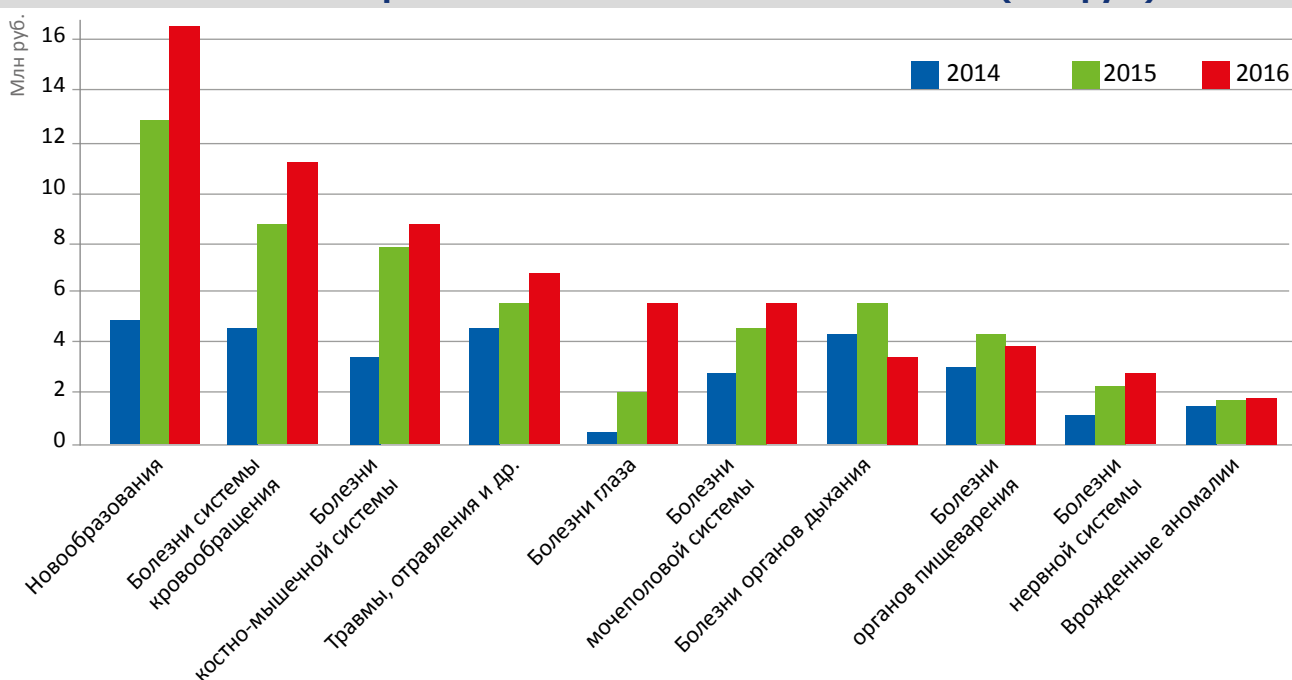


Диаграмма 5.
Динамика расходов на оказание медицинской помощи в МО Новосибирской области по классам заболеваний (млн руб.)



При рассмотрении динамики расходов на оказание медицинской помощи в медицинских организациях города Москвы по классам заболеваний (диаграмма 6) обращают на себя внимание следующие группы:

- новообразования – увеличение расходов за три года в 4,5 раза;
- болезни уха – увеличение в 66 раз (связано с направлением детей с территорий Кемеровской области на

замену речевого процессора);

- болезни крови – увеличение расходов в 6,4 раза.

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 приближенностью территорий.

Диаграмма 6.
Динамика расходов на оказание медицинской помощи в МО города Москвы по классам заболеваний (млн руб.)

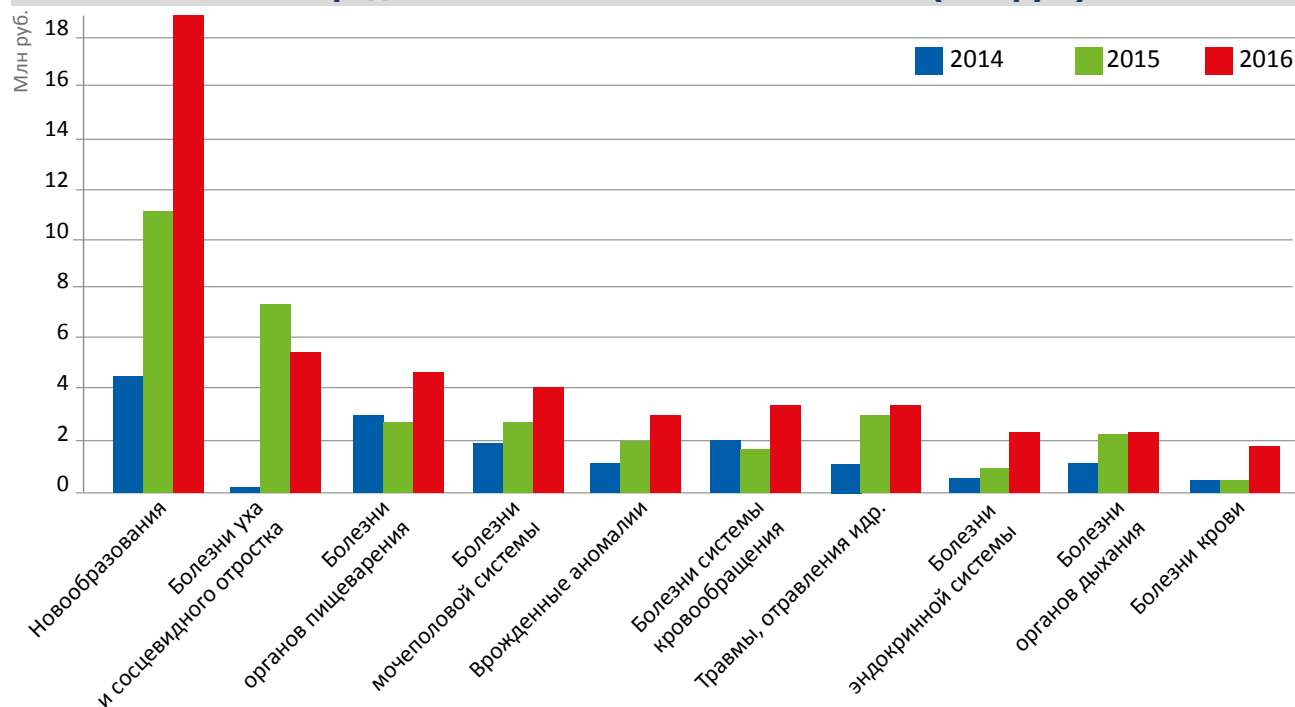


Диаграмма 7.
Территориальная структура обращений застрахованных Кемеровской области в медицинские организации Томской области



Структура обращений застрахованных граждан Кемеровской области в медицинские организации Новосибирской области в разрезе территорий пред-

ставлена на диаграмме 8. Четверть всех обращений приходится на жителей Новокузнецка и Новокузнецкого района.

Диаграмма 8.
Территориальная структура обращений застрахованных Кемеровской области в медицинские организации Новосибирской области



Вероятно, выбирая вуз за пределами своей области, выпускники Новокузнецка отдают предпочтение более престижным Новосибирским вузам (соответственно, больше студентов обращаются там за меди-

цинской помощью в период учебы), в то время как жители Кемерово между вариантами ехать в другой город или остаться в своем родном городе предпочитают остаться (рисунок 1).

Рисунок 1.
Расстояние между городами Новокузнецк и Новосибирск

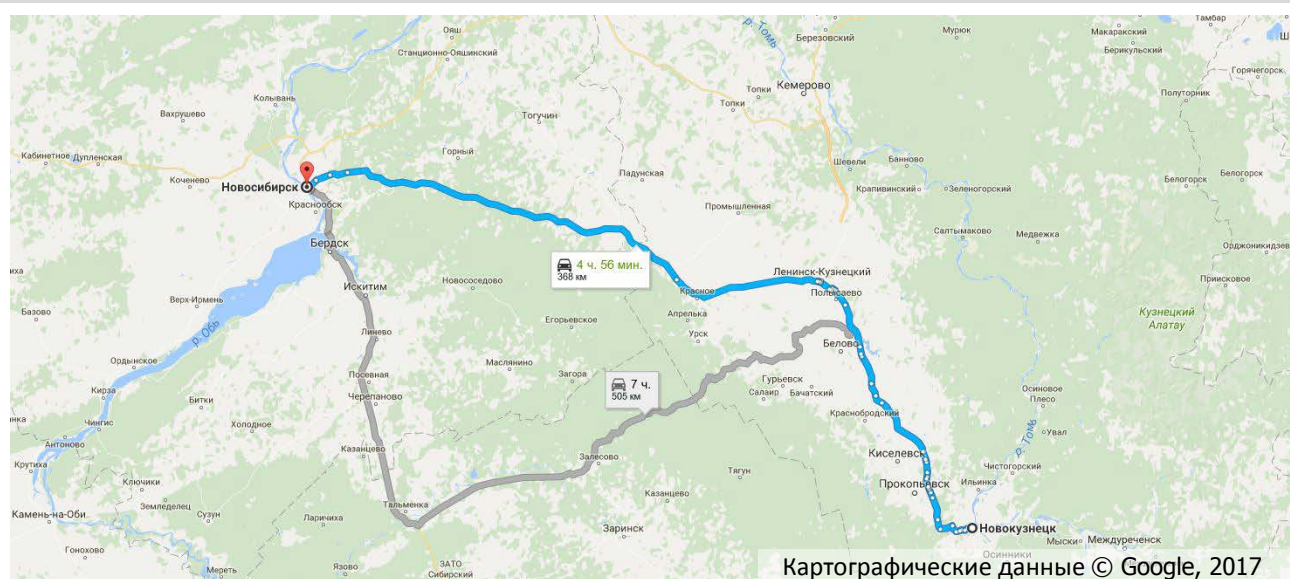
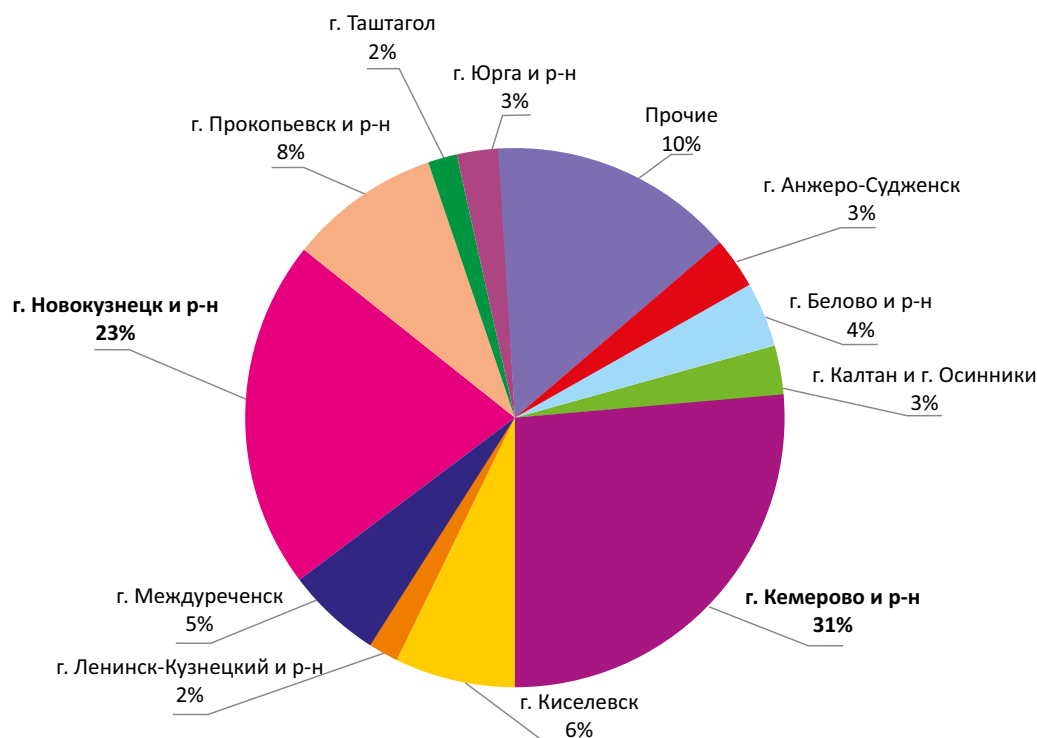


Диаграмма 9.
Территориальная структура обращений застрахованных
Кемеровской области в медицинские организации города Москвы



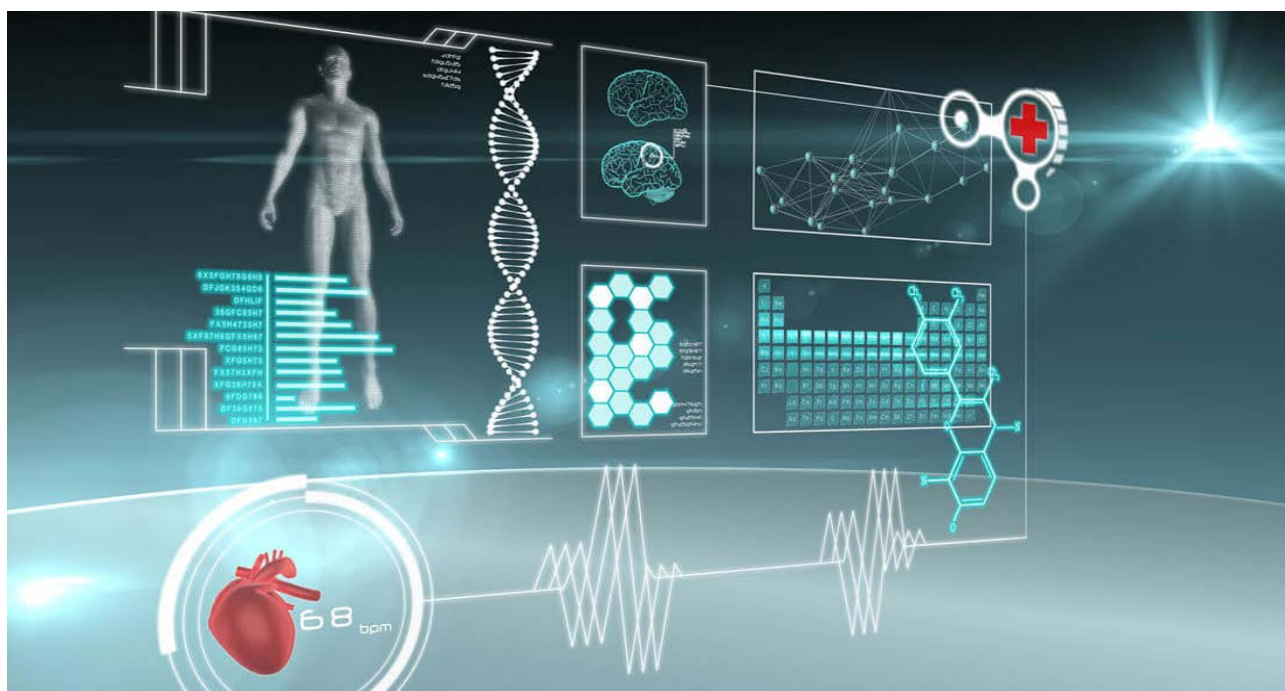
И, наконец, на диаграмме 9 рассмотрим структуру обращений застрахованных граждан Кемеровской области в разрезе территорий в медицинские организации города Москвы.

Основная доля обращений приходится на столицу области (31%) и на город Новокузнецк (23%).

Таким образом, можно сделать вывод, что факты

обращений наших граждан в медицинские организации рассматриваемых регионов связаны:

1. с обучением в вузах Томской и Новосибирской областей;
2. с географической приближенностью Томской области;
3. с переездом по месту работы в Москву.



Хакимова О.Г.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

КОНТАКТ-ЦЕНТР — НА СТРАЖЕ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ



ХАКИМОВА О.Г.,
начальник управления организации ОМС

В 2016 году в системе обязательного медицинского страхования произошло много изменений. В частности, согласно требованиям Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда обязательного медицинского страхования в каждом субъекте Российской Федерации организована работа контакт-центров в сфере ОМС.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ КОНТАКТ-ЦЕНТРА

На территории Кемеровской области Контакт-центр представлен «горячими линиями» Территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций. Целью его создания в сфере ОМС является формирование единой системы учета обращений застрахованных граждан и осуществление контроля за процессом и результатами их рассмотрения, а в конечном итоге – повышение эффективности работы по защите прав и законных интересов граждан в сфере обязательного медицинского страхования.

Задачами Контакт-центров являются:

- обеспечение объективного, всестороннего и своевременного рассмотрения обращений по вопросам медицинского страхования, а также пресечения нарушений законодательства в сфере ОМС;
- информирование граждан об их правах на получение качественной медицинской помощи по программам ОМС;
- организация «обратной связи» с населением для получения информации, которая касается вопросов обязательного медицинского страхования.

Операторы Контакт-центра занимаются регистрацией и рассмотрением обращений от застрахованных граждан, проводят телефонные опросы по итогам рассмотрения данных обращений, оказывают

справочно-консультативную помощь, принимают все необходимые меры в тех случаях, когда гражданин не удовлетворен доступностью и качеством медицинской помощи в медицинской организации.

CALL-ЦЕНТР И КОНТАКТ-ЦЕНТР

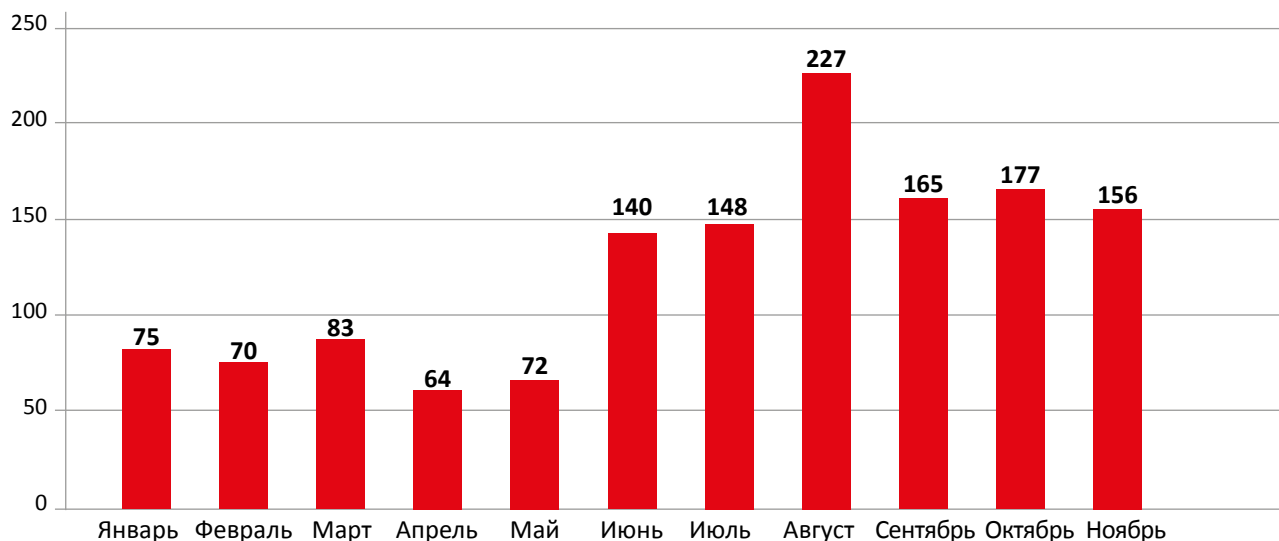
Эти понятия имеют принципиальные различия. В переводе с английского call-center означает «центр по обработке звонков». Этот термин появился достаточно давно, еще до появления интернета, когда основным способом общения с клиентами была телефонная связь. В деятельность call-центров входят, в частности, создание и обслуживание телефонных «горячих линий» для связи с клиентами.

Понятие «контакт-центр» возникло гораздо позже, в период активного развития интернета и новых видов коммуникаций. Поэтому у контакт-центров более широкий спектр коммуникационных возможностей как на уровне приема обращений (телефонные звонки, SMS-сообщения, обращения, поступившие посредством факса, электронной почты, Skype, из чата и др.), так и их последующей обработки.

Таким образом, под Контакт-центром в сфере ОМС понимается уже нечто большее, чем обслуживание «горячей линии», так как его работа подразумевает управление всеми контактами с застрахованными гражданами. В перспективе эта работа должна выйти на качественно новый уровень.

Для этого в дополнение к действующему прямому городскому телефону «горячей линии» ТФОМС приобрел федеральный телефонный номер (8-800-200-60-68), на который каждый гражданин теперь может бесплатно звонить из любого муниципального образования страны.

Рисунок 1.
Количество звонков на «горячую линию» ТФОМС Кемеровской области
(11 мес. 2016 г.)



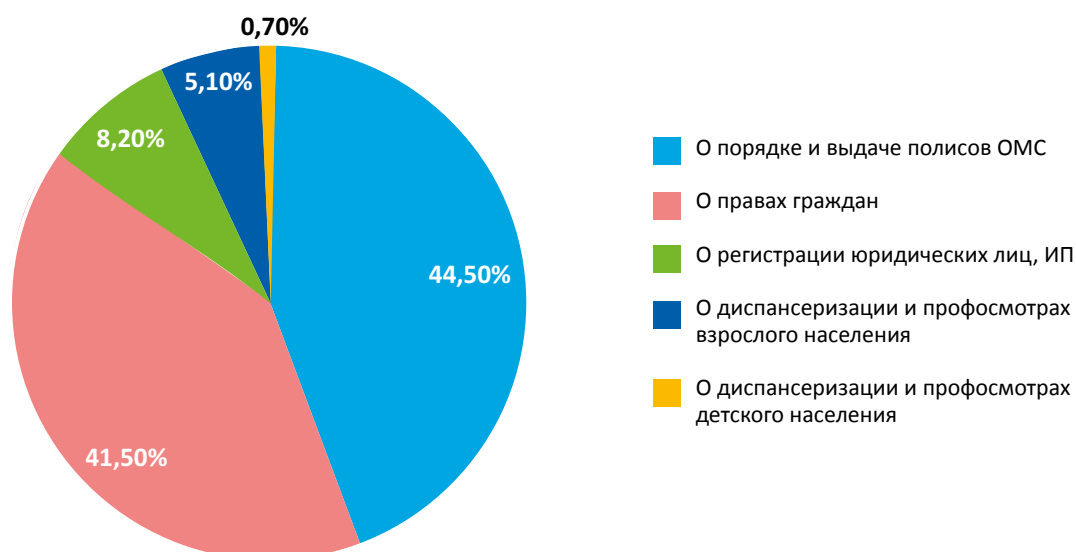
За 11 месяцев 2016 г. на телефон «горячей линии» ТФОМС Кемеровской области поступило и обработано 2 075 звонков от граждан (рисунок 1).

На диаграмме прослеживается увеличение количества звонков на телефон «горячей линии» в августе, сентябре, октябре 2016 года. Это связано с активной информационно-разъяснительной работой ТФОМС

с гражданами о работе Контакт-центра, о возможности позвонить бесплатно из любого региона страны, с размещением информации в СМИ, на корпоративном web-сайте.

Структура обращений граждан на телефон «горячей линии» ТФОМС за 11 месяцев 2016 г. представлена на рисунке 2.

Рисунок 2.
Структура обращений граждан на «горячую линию» ТФОМС
Кемеровской области за 11 мес. 2016 г.



Кроме этого, проведена модернизация имеющегося программного обеспечения, что позволило специалистам ТФОМС, его филиалов и страховых ме-

дицинских организаций с октября 2016 г. регистрировать в едином электронном журнале все обращения, поступающие от граждан в ТФОМС, его филиалы, в

страховые медицинские организации, как в письменной, так и в устной формах, а также фиксировать результаты их рассмотрения. Специалисты проводят консультирование обратившихся, принимают все необходимые меры в тех случаях, когда человек не удовлетворен доступностью и качеством медицинской помощи в медицинской организации. На каждое обращение заводится индивидуальная регистрационно-контрольная карточка. Устные обращения рассматриваются в режиме текущего времени, письменные – в установленные законодательством Российской Федерации сроки.

Пациент может получить ответы на любые вопросы, связанные с порядком получения полисов ОМС, с оказанием медицинских услуг, например, как на практике воспользоваться правом выбора медицинского учреждения или врача; каковы сроки ожидания при оказании медицинской услуги; как защитить свои права в сфере обязательного медицинского страхования, если они нарушены, и что является нарушением; как пройти диспансеризацию и профилактические осмотры и так далее.

Контакт-центр работает круглосуточно. В рабочее время принимают звонки от граждан и отвечают на них операторы Контакт-центра, для этого разработан и утвержден Перечень типовых «вопросов-от-

ветов» на телефонные обращения граждан. В остальное время функционирует режим «электронного секретаря» (или «голосового маршрутизатора»), с обязательной аудиозаписью входящих и исходящих вызовов.

В рамках работы Контакт-центра в едином электронном журнале обращений ТФОМС за октябрь-ноябрь 2016 г. зарегистрировано 747 обращений (не только звонки на телефон «горячей линии», но и устные, и письменные обращения, и обращения граждан на корпоративный web-сайт в рубрику «Вопрос-ответ»). Из всего числа обращений 88,6% (или 662) составляют устные обращения, 11,4% – письменные (85).

Структура устных обращений в Контакт-центр представлена на рисунке 3.

Наибольшее число устных обращений граждан в Контакт-центр в указанный период зафиксированы по следующим вопросам:

- об обеспечении полисами ОМС (299 обращений, или 45,2%);
- о видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи (114 обращений, или 17,2%);
- о выборе, замене СМО и идентификации в качестве застрахованного лица (73 обращения, или 11%).

Структура письменных обращений в Контакт-центр представлена на рисунке 4.

Рисунок 3.
Структура устных обращений граждан в Контакт-центр за октябрь-ноябрь 2016 года

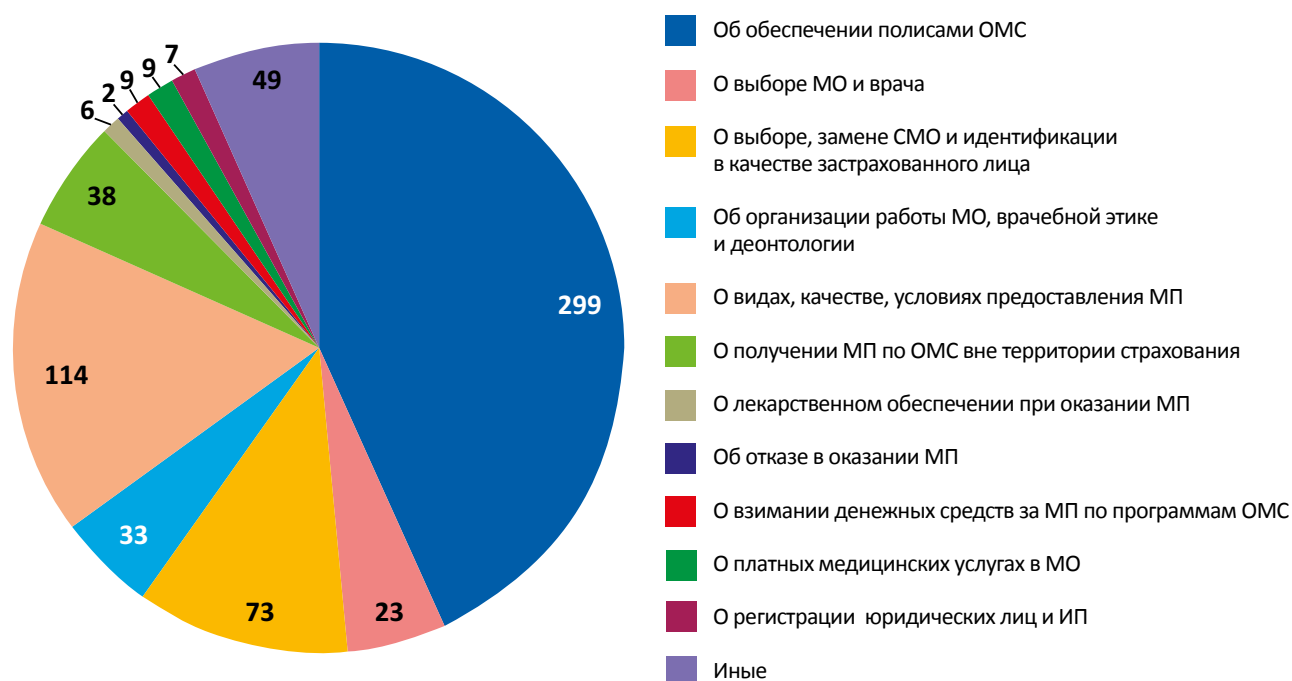
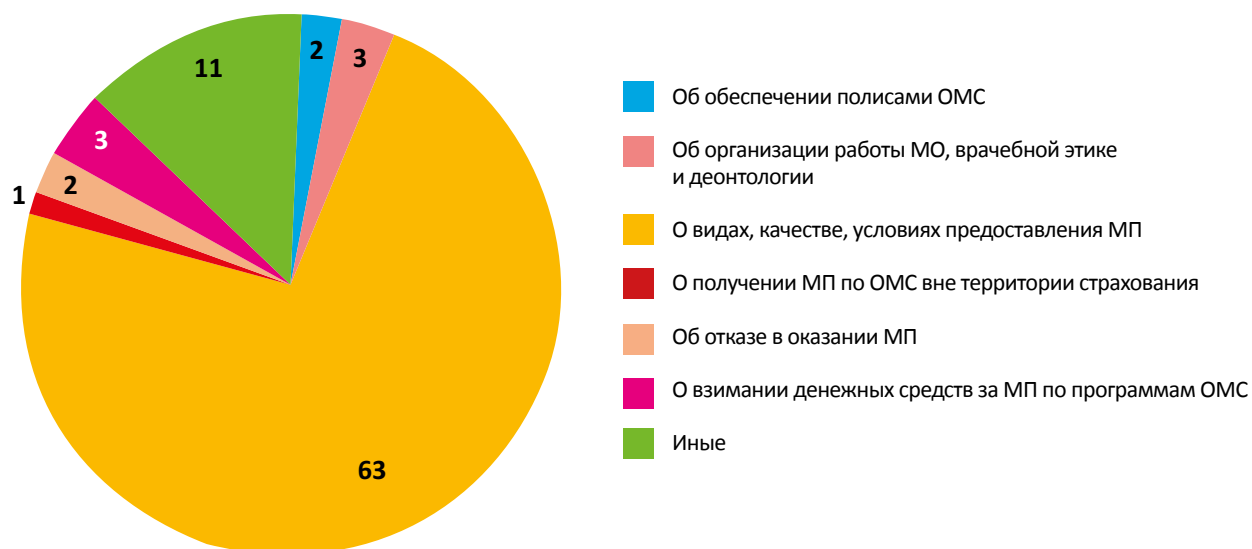


Рисунок 4.
Структура письменных обращений граждан в Контакт-центр
за октябрь-ноябрь 2016 года



Наибольшее число письменных обращений граждан в Контакт-центр составили обращения, связанные с получением медицинской помощи, о видах, качестве и условиях ее предоставления (63 обращения, или 74%).

В конечном итоге задача, которая поставлена

перед Контакт-центром – не только дать профессиональную консультацию гражданам, помочь им в решении вопросов при получении медицинской помощи, но и проанализировать поступившие обращения, чтобы понять, является ли вопрос частным случаем или системной проблемой, которую нужно решать.



РЕЙТИНГ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ЗА 2016 ГОД



ИВАНОВ И.Г.,
начальник отдела организации
защиты прав граждан

В целях информирования застрахованных лиц о деятельности страховых медицинских организаций (далее – СМО), работающих в сфере обязательного медицинского страхования на территории Кемеровской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее – ТФОМС) на основании сведений, представленных страховыми медицинскими организациями и имеющихся в Территориальном фонде ОМС, проведен мониторинг показателей деятельности СМО за 2016 год.

Деятельность СМО оценивалась в соответствии с «Методикой расчета показателей оценки деятельности страховых медицинских организаций», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) от 26.12.2011 № 243 «Об оценке деятельности страховых медицинских организаций» по следующим показателям:

1. Численность застрахованных лиц;
2. Обеспеченность пунктами выдачи полисов обязательного медицинского страхования;
3. Обеспеченность специалистами-экспертами медицинской помощи;
4. Объем медико-экономических экспертиз;
5. Объем экспертиз качества медицинской помощи;
6. Объем тематических экспертиз;
7. Нарушения в экспертной деятельности СМО;
8. Объем штрафных санкций, предъявленных к страховой медицинской организации;
9. Деятельность страховой медицинской организации по информированию застрахованных лиц;
10. Проведение социологических опросов;
11. Наличие обоснованных жалоб на работу СМО;

12. Результативность досудебной и судебной деятельности СМО;
13. Доступность в получении информации для застрахованных лиц;
14. Информационная активность СМО в медицинских организациях;
15. Деятельность СМО по информированию и привлечению застрахованных лиц к прохождению профилактических мероприятий;
16. Выполнение плана по профилактическим мероприятиям;
17. Объем экспертиз качества медицинской помощи по случаям летальных исходов;
18. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым коронарным синдромом;
19. Деятельность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения;
20. Деятельность представителей СМО в медицинских организациях;
21. Охват медицинских организаций представителями СМО.

За основу оценки деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (рейтинг), взяты сведения, представленные в ТФОМС страховыми медицинскими организациями согласно Приложению № 2 «Сведения от страховой медицинской организации (филиала)» к приказу ФФОМС от 26.12.2011 № 243.

Сведения, представленные страховыми медицинскими организациями, соответствуют отчетности по организации защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования.

Страховым медицинским организациям по каждому показателю в соответствии с его значением определено ранговое место с 1 по 3. Каждому ранговому месту присвоено определенное количество баллов: 1 место – 3 балла, 2 место – 2 балла, 3 место – 1 балл. При равенстве значений показателей у нескольких СМО им были определены одинаковые места со следующими балльными оценками: 1-2 места – 3 балла, 1-3 места – 3 балла, 2-3 места – 2 балла.

Результаты оценки деятельности СМО с общим рейтинговым местом показаны на рисунке 1 и в таблице 1.

ВЫВОДЫ

При оценке рейтинга деятельности страховых медицинских организаций Кемеровской области, участников обязательного медицинского страхования, по методике, утвержденной Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и включающей оценку деятельности СМО по 21 показателю, первое рейтинговое место в 2016 году занимает ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь», набравшее 55 баллов; второе – АО СМК «Сибирский Спас-Мед» – 42 балла, третье – ООО «СК Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово – 36 баллов.

Рисунок 1.
Рейтинг СМО Кемеровской области,
2016 год (баллы)

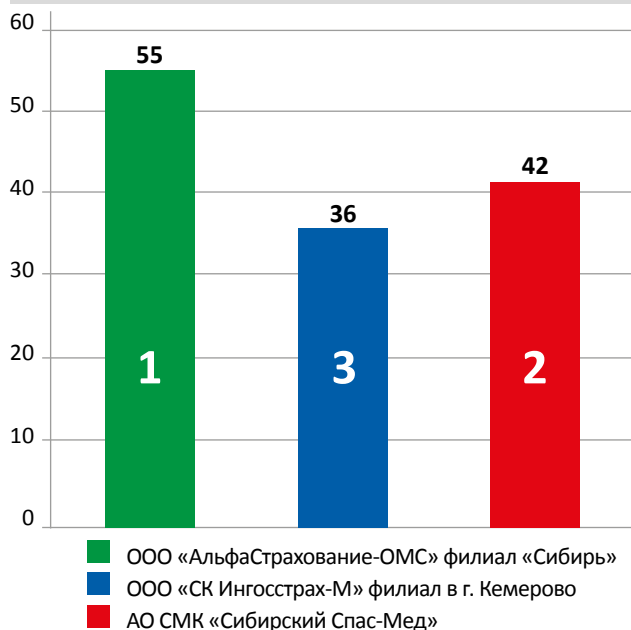


Таблица 1. Рейтинг страховых медицинских организаций Кемеровской области за 2016 год

Страховая медицинская организация	Показатель											
	Численность застрахованных лиц, в %		Обеспеченность пунктами выдачи полисов ОМС		Обеспеченность специалистами МП		Объем медико-экономических экспертиз		Объем экспертиз качества МП		Объем тематических экспертиз	
	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»	90,0	1	2,7	3	0,71	3	2,2	1	1,5	1	38,7	1
ООО «СК Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово	5,2	2	13,8	1	0,72	2	2,1	2	1,4	2	2,4	3
АО СМК «Сибирский Спас-Мед»	4,8	3	11,6	2	0,78	1	1,5	3	1,2	3	12,2	2

Страховая медицинская организация	Показатель											
	Объем штрафных санкций к СМО		Действенность СМО по информированию застрахованных лиц		Проведение социологических опросов		Наличие обоснованных жалоб на работу СМО		Результативность досудебной и судебной деятельности СМО		Доступность информации для застрахованных лиц	
	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
1	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»	0,03	1	4,20	1	38,2	2	0	1	100,0	1	7,8	1
ООО «СК Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово	0,18	3	0,04	3	23,3	3	0	1	100,0	1	2,2	3
АО СМК «Сибирский Спас-Мед»	0,15	2	1,37	2	66,6	1	0	1	100,0	1	2,3	2

Страховая медицинская организация	Показатель											
	Действенность СМО по информированию и привлечению ЗЛ к прохождению профилактических мероприятий		Выполнение плана по профилактическим мероприятиям		Объем экспертиз качества МП по случаям летальных исходов (в %)		Действенность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с ОКС		Действенность СМО по случаям непрофильной госпитализации пациентов с ОНМК		Действенность представителей СМО в медицинских организациях	
	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место	Значение	Место
1	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»	0,08	1	30,3	2	99,20	2	100,0	1	89,8	1	67,2	1
ООО «СК Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово	0,01	2	29,6	3	100,00	1	58,3	2	50,0	3	2,7	3
АО СМК «Сибирский Спас-Мед»	0,00	3	31,7	1	89,41	3	54,5	3	74,3	2	9,7	2

Рейтинг СМО Кемеровской области за 2016 год (в баллах)

Страховая медицинская организация	1 место (по 3 балла)	Баллы	2 место (по 2 балла)	Баллы	3 место (по 1 баллу)	Баллы	Сумма баллов	Общее рейтинговое место
1	2	3	4	5	6	7	8	9
ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»	15	45	4	8	2	2	55	1
ООО «СК Ингосстрах-М» филиал в г. Кемерово	4	12	7	14	10	10	36	3
АО СМК «Сибирский Спас-Мед»	6	18	9	18	6	6	42	2

Чуйков Д.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

НОВЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА ЕДИНОГО РЕГИСТРА ЗАСТРАХОВАННЫХ



ЧУЙКОВ Д.В.,
начальник отдела разработки
и сопровождения прикладного
программного обеспечения

Согласно закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», одной из функций территориальных фондов ОМС является ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

И действительно, в современном мире трудно представить себе полноценное функционирование государственных организаций без использования масштабных информационных ресурсов. В ТФОМС Кемеровской области задача по учету застрахованных существует давно, практически с момента основания Фонда. По-новому на это направление деятельности взглянули в 2011 году после выхода ряда документов, регламентирующих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. В конце 2010 года выпущен вышеупомянутый закон об обязательном медицинском страховании, а в феврале 2011 года – Правила ОМС. С тех пор принято решение о создании Единого регистра застрахованных лиц Федерального уровня. Технология объединения разрозненных региональных систем в единое целое содержится в Приказе ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2011 году региональная база застрахованных существенно модернизирована, налажен ежедневный информационный обмен между ТФОМС и СМО, ФФОМС, Госзнаком, ЗАГС, Пенсионным фондом, созданы онлайн-сервисы для сверки информации о страховании, доступ к ресурсам для информацион-

ных систем медицинских организаций. Однако в работе над модернизацией базы застрахованных специалисты ТФОМС сталкивались с рядом трудностей. В основном это связано с необходимостью интегрировать новую систему в старую, которая к 2011 году уже активно использовалась в работе большинства структурных подразделений, а новые требования были таковы, что тяжело ложились на старую основу и имели ряд существенных технологических, архитектурных, принципиальных противоречий. В результате работа с региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц (далее – РСЕРЗЛ) имела ряд недостатков, в частности, несколько слабо интегрированных между собой подсистем, требовала большого участия технических специалистов.

В конце 2015 года принято решение написать совершенно новую информационную систему, спроектированную «с нуля» и учитывающую все особенности и опыт информационного взаимодействия при формировании РСЕРЗЛ, накопленный за последние пять лет работы. В основу построения новой системы легли два принципа.

Во-первых, максимальный уровень автоматизации регламентных процессов. В технологическом смысле информационный обмен строится как «система, управляемая событиями». В результате такого подхода снижается негативная роль «человеческого фактора», влияющего на процесс. Теперь пользователи системы и специалисты технической поддержки, скорее, контролируют результат, чем иницируют сам процесс. На сегодняшний день две трети из 45 подпроцессов информационного обмена, выделенных в системе, полностью автоматизированы. Для них разработан график, рассчитанный таким образом, чтобы

обеспечивать максимальную актуализацию данных при допустимой аппаратной нагрузке, с учетом времени, необходимого для зрительного контроля спе-

циалистами. График автоматизированных процессов информационного обмена при формировании РСЕРЗЛ представлен в таблице 1.

Таблица 1.
График автоматизированных процессов
информационного обмена при ведении РСЕРЗЛ

№	Наименование	Периодичность
1	Загрузка и обработка данных по страхованию от СМО	Каждые 10 минут
2	Формирование и отправка ответных файлов для СМО на файлы по страхованию	Сразу после обработки исходного файла от СМО
3	Формирование и отправка файлов на вывод застрахованных в СМО по результатам вывода застрахованных лиц (далее – ЗЛ) в РСЕРЗЛ	Каждые 10 минут
4	Загрузка и обработка данных по прикреплению от СМО	Каждые 10 минут
5	Формирование и отправка ответных файлов для СМО на файлы по прикреплению	Сразу после обработки исходного файла от СМО
6	Идентификация новых ЗЛ в центральном сегменте (далее – ЦС) и определение ЕНП для данных ЗЛ	1 раз в час
7	Передача в ЦС сведений о новых временных свидетельствах. Предварительная подготовка заявок для отправки в Госзнак	Ежедневно
8	Передача в ЦС сведений о новых полисах единого образца и о смене СМО без смены полиса	Ежедневно
9	Передача в ЦС сведений о новых и измененных прикреплении ЗЛ к МО и врачу	Ежедневно
10	Передача в ЦС сведений о выводе ЗЛ из РСЕРЗЛ	Ежедневно
11	Получение из ЦС списка наших ЗЛ, подлежащих выводу из ЦС. Анализ и отработка данного списка	Ежедневно
12	Вывод из базы ТФ сведений об умерших по результатам обработки отделом ОМС	Ежедневно
13	Передача в ЦС сведений о смерти по инообластным ЗЛ	Ежедневно
14	Получение из ЦС списка ЗЛ, умерших в других регионах. Анализ данного списка. Передача на отработку в отдел ОМС	Ежедневно
15	Вывод из базы ТФ застрахованных иностранцев с истекшим сроком действия полиса	Ежедневно
16	Подготовка файлов для отправки в Госзнак. Загрузка протоколов отправки файлов в Госзнак	3 раза в неделю
17	Загрузка и обработка списка умерших за период из ЗАГС КО	По мере поступления файлов с умершими из ЗАГС КО
18	Загрузка списка новорожденных из ЗАГС КО. Идентификация ЗЛ по загруженному списку	1 раз в месяц при поступлении файлов из ЗАГС КО
19	Сверка данных с ЦС по застрахованным	Еженедельно
20	Сверка данных с ЦС по прикреплению к МО	Еженедельно
21	Сверка данных с ЦС по прикреплению к врачу	Еженедельно
22	Отправка во все СМО файла сверки установленного формата на начало месяца	Ежемесячно
23	Формирование нового отчетного периода в таблице фиксированных месячных срезов	Ежемесячно
24	Формирование нового отчетного периода в таблице с результатами обработки работающих	Ежеквартально
25	Обработка сведений о работающих за отчетный квартал	Ежеквартально
26	Выполнение поиска в ЦС для инообластных пролеченных за отчетный месяц	Ежемесячно
27	Контроль отсутствия прикрепления к недействительным МО. Обработка некорректно прикрепленных	Ежемесячно
28	Загрузка и обработка списка лиц, получивших СНИЛС в ПФР КО за отчетный день	Ежедневно
29	Обновления данных в таблице с текущим прикреплением для сервиса поиска ЗЛ по СНИЛС врача	Ежедневно

Во-вторых, создание многофункционального инструмента для работы пользователей с РСЕРЗЛ. Теперь все ранее разрозненные подсистемы объединены в единый программный комплекс, предоставляющий специалистам доступ к информации, получаемой из всех источников: СМО, ЦСЕРЗЛ, ЗАГС, Пенсионный фонд, МО. Для минимизации ошибок в работе реализована система разграничения прав доступа к функционалу для разных пользователей.

Основными функциями при работе с системой являются:

- анализ ведения базы застрахованных лиц в системе ОМС Кемеровской области;
 - поиск и получение подробной информации по конкретному ЗЛ;
 - получение различных отчетных форм и статистической информации по базе ЗЛ;
 - выполнение различных сервисных функций по сопровождению базы ЗЛ;
 - мониторинг информационного взаимодействия между участниками системы ОМС на территории Кемеровской области в части ведения регистра ЗЛ.
- Интерфейс программы представлен на рисунке 1.

Рисунок 1.

Интерфейс информационной системы «Региональный регистр застрахованных»

Внедрение новой системы проходило летом 2016 года, и в настоящее время можно подвести некоторые итоги. Хорошей иллюстрацией положительного эффекта от внедрения могут служить сравнительные показатели расхождения регионального и центрального сегментов ЕРЗЛ. Поскольку первоисточником информации о страховании являются СМО, затем информация попадает в ТФОМС, а лишь затем в центральный сегмент, подвергаясь на каждом этапе жесткому форматно-логическому контролю, то синхронизация данных во всех информационных системах является важным показателем чистоты и актуальности информации. По состоянию на конец 2016 года ликвидированы расхождения между центральным и региональным сегментами ЕРЗЛ по таким важным показателям, как:

- общая разница в численности регистра ЗЛ между данными ТФ и ЦС;
- разница в численности застрахованных лиц, обеспеченных полисами единого образца, между данными ТФ и ЦС;

– разница в общей численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, между данными ТФ и ЦС;

– количество «зависших» по неопределенным причинам заявок на изготовление полисов единого образца с просроченным сроком действия временного свидетельства;

– разница в численности работающего населения.

Несмотря на впечатляющие положительные результаты, работа над системой не стоит на месте. Функционал постоянно наращивается в соответствии с изменениями в законодательстве и пожеланиями пользователей. В перспективе – полная автоматизация всех регламентных процессов, добавление новых аналитических инструментов, отчетных форм, что повысит точность принятия решений на основе данных, получаемых из информационной системы, что, в свою очередь, поднимет уровень актуальности информации до максимума.

Киселева Н.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ПЕРСНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ СВЕДЕНИЙ О ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦАХ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



КИСЕЛЕВА Н.В.,
начальник отдела организации ОМС

На сегодняшний день невозможно представить себе систему обязательного медицинского страхования без персонифицированного учета данных.

Персонифицированный учет с 2011 года в соответствии с действующим законодательством ведется в формате регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (Региональный сегмент). Необходимые сведения, формат и требования к его ведению установлены соответствующим приказом Федерального фонда ОМС.

Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц формируется на основании сведений о вновь застрахованных гражданах и изменений в уже имеющихся записях, которые в соответствии с условиями договоров о финансовом обеспечении страховых медицинских организаций передают в Фонд в ежедневном режиме.

Для обеспечения достоверности и корректности сведений, содержащихся в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц специалисты Фонда в постоянном режиме проводят работу по его актуализации.



При включении сведений в Региональный сегмент все поступающие данные автоматически проверяются:

- по фамилии, имени, отчеству, дате и месту рождения;
- по данным документа, удостоверяющего личность;
- по адресу регистрации, по месту жительства и дате рождения;
- по фамилии, имени, отчеству и адресу регистрации по месту жительства;
- по страховому номеру индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и т.д.

Данная процедура позволяет на входном контроле предотвратить образование так называемых абсолютных «двойников», то есть тех граждан, сведения о которых по каким-то причинам присутствуют в Региональном сегменте дважды. В соответствии с действующим законодательством гражданин может быть застрахован в одной страховой медицинской организации, которую он лично выбирает путем подачи заявления, и может иметь только один полис ОМС.

Одним из новых направлений при актуализации Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц является поиск «межобластных двойников». Это граждане, застрахованные в Кемеровской области и одновременно за ее пределами. Определение такого рода «двойников» осуществляется в Центральном сегменте единого регистра застрахованных лиц, где аккумулируются сведения о застрахованных гражданах. Большая часть граждан идентифицируется в автоматическом режиме и ежедневно выводится из Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц. При этом существует ряд лиц, которые изменяют паспортные данные, соответственно, автоматически не идентифицируются как одно лицо. В подобных ситуациях поиск таких данных осуществ-

ляется путем уточнения реквизитов с последующим выводом граждан в ручном режиме.

В результате такой работы из Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц выведено в 2016 году более 37,9 тысячи межобластных «двойников». Для сравнения: за весь 2015 год – 24,4 тысячи человек.

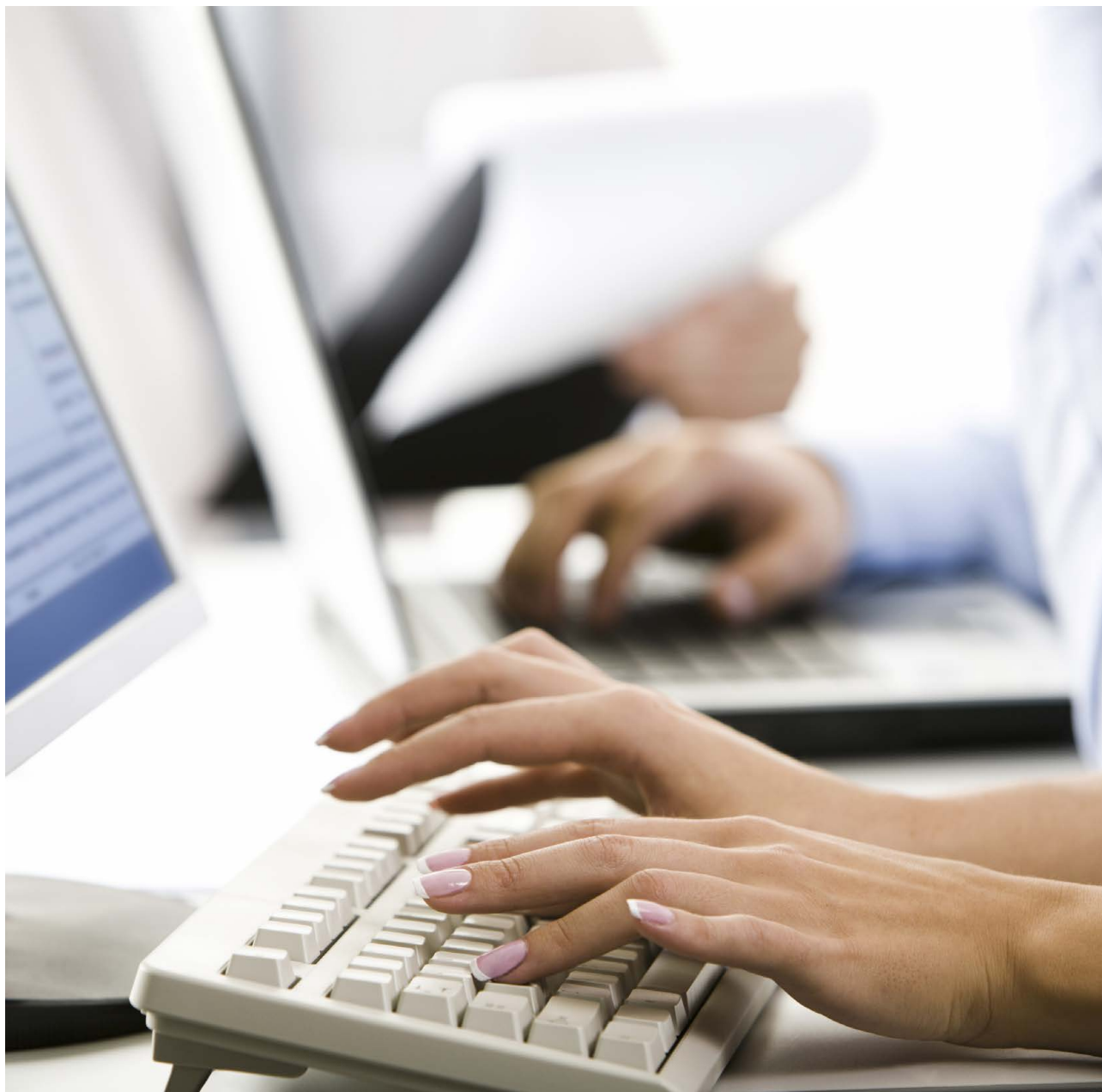
Наибольшее число «двойников» определено в следующих субъектах:

- Новосибирская область;
- Краснодарский край;
- город Санкт-Петербург;
- Томская область;
- город Москва.

Особое внимание уделяется актуализации сведений о документах, удостоверяющих личность. Законодательство в сфере ОМС обязывает застрахованных лиц предоставлять новые данные в страховую ком-

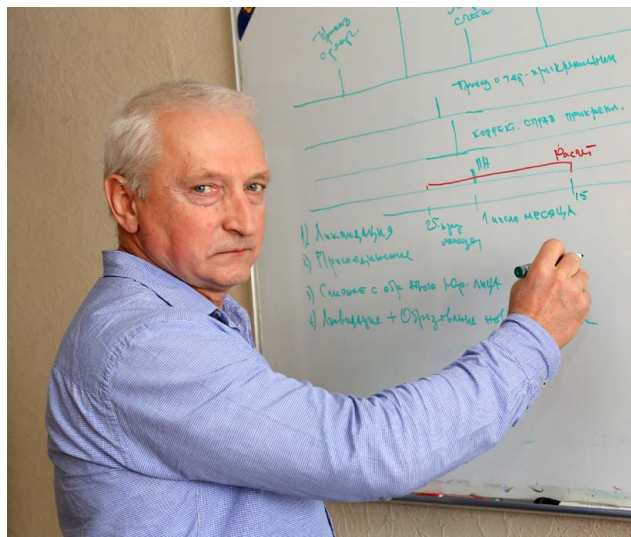
панию в течение месяца со дня, когда эти изменения произошли. Со стороны специалистов Фонда в данном направлении проводится массово-разъяснительная работа с населением, выпускается информационный материал в виде памяток, буклетов и иной полиграфической продукции, где граждане узнают, что кроме прав в сфере обязательного медицинского страхования каждый гражданин имеет определенные обязанности.

В целом актуализация Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц имеет очень важное значение для всех участников системы обязательного медицинского страхования. Все усилия работников Фонда, направленные на актуализацию этого информационного ресурса, в конечном итоге обеспечивают эффективное расходование средств ОМС, своевременное финансирование оказанной гражданам медицинской помощи.

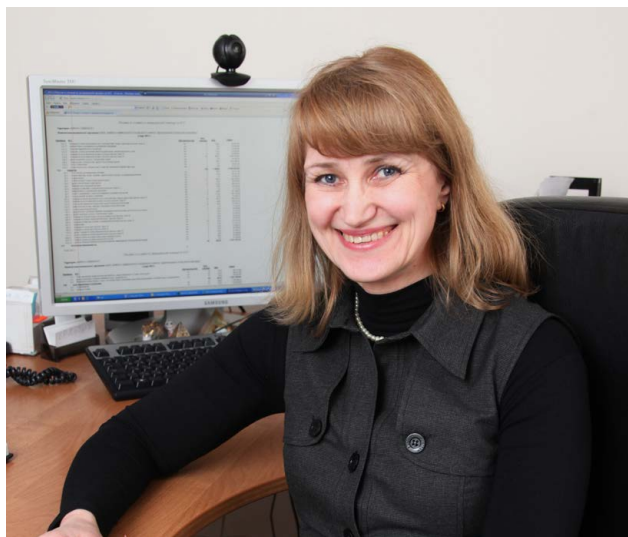


Садовская Е.Н., Ситников А.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЙТИНГА УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ НА ОСНОВЕ ОБЪЕКТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ



СИТНИКОВ А.А.,
заместитель директора
по информатизации



САДОВСКАЯ Е.Н.,
начальник управления
информационно-аналитических технологий

18 октября 2016 года в пресс-центре информационного агентства «Интерфакс» с участием заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец и министра здравоохранения Российской Федерации В.И. Скуворцовой состоялась презентация первого независимого «Рейтинга терапевтов России».

В рейтинг вошли участковые врачи-терапевты и врачи общей практики, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления городских округов и муниципальных районов.

Всего были обработаны данные о 46 665 врачах-терапевтах. Из них в рейтинг включены 37 607 врачей-терапевтов, работающих на типичных по возрастной структуре населения участках, на которых не менее 50% прикрепленного населения от 28 до 57 лет. Для включения в рейтинг терапевт должен был проработать на участке не менее года.

В методике рейтинга терапевтов применялся математико-статистический подход. В разработке принимали участие ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации информатизации здравоохранения» Минздрава России, Национальный

исследовательский университет «Высшая школа экономики» и Центр педагогического мастерства департамента образования г. Москва.

Как отметила О.Ю. Голодец, рейтинг является абсолютно независимым и основан только на объективных показателях. В качестве исходных данных для его формирования взята информация о количестве госпитализаций, количестве вызовов скорой помощи, числе умерших и случаях диспансеризации граждан на участках. Данные о прикреплении граждан к участковым терапевтам, сведения об оказанной им медицинской помощи предоставлены территориальными фондами ОМС за 1 полугодие 2016 года.

При составлении рейтинга учитывались приоритетные цели и задачи системы здравоохранения, региональная неоднородность, различная возрастная структура участков.

Модель рейтинга строилась с учетом общефедерального уровня и региональной специфики показателей. Для каждого показателя определялись средние федеральное и региональное значения. Для каждого региона по каждому показателю вычислялось базовое значение – среднеарифметическое федерального и регионального значений. Для показателя диспансеризации использовалось общефедеральное среднее значение, для показателя госпитализации и вызовов скорой помощи – региональные средние значения.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПО СУБЪЕКТАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВРАЧЕЙ, ВОШЕДШИХ В СПИСОК ЛУЧШИХ 500 ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ УЧАСТКОВЫХ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ТОП-500)



№	СУБЪЕКТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	КОЛИЧЕСТВО ВРАЧЕЙ
1	Краснодарский край	27
2	Кемеровская область	23
3	Ростовская область	22
4	г. Москва	21
5	Московская область	21
6	Республика Татарстан	19
7	г. Санкт-Петербург	18
8	Красноярский край	18
9	Новосибирская область	18
10	Хабаровский край	18

Материалы из презентации «Методика рейтингов терапевтов»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В результате определены 500 победителей из 69 регионов. По количеству врачей, которые вошли в список лучших, Кемеровская область находится среди лидеров: Краснодарский край – 27 человек, Кемеровская область – 23, Ростовская область – 22, Москва – 21, Московская область – 21, Татарстан – 19 человек.

Таких результатов удалось достигнуть благодаря большой работе, проведенной медицинскими организациями Кемеровской области совместно с Территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями. Была принята новая редакция «Положения о порядке учета информации о выборе застрахованными гражданами медицинских организаций для оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи». С середины 2015 года медицинские организации стали прикреплять граждан к участковым терапевтам, а Территориальный фонд ОМС ежедневно учитывать информацию о прикреплении в Региональном сегменте Единого регистра застрахованных лиц (РСЕРЗЛ). Сегодня 99,9% застрахованных по ОМС граждан прикреплены к участковым врачам.

Нужно отметить, что параметры, задействованные в рейтинге, в Кемеровской области мониторятся уже несколько лет. При оплате медицинской помощи «Тарифным соглашением в системе ОМС Кемеровской области» учитываются показатели результативности деятельности медицинских организаций, такие как:

- отсутствие роста количества вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением;
- отсутствие роста уровня экстренной госпитализации прикрепленного населения;
- снижение общей смертности населения;
- количество граждан, направленных на II этап диспансеризации.

Контроль этих индикаторов является дополнительным финансовым стимулом для оптимизации оказания первичной медико-санитарной помощи медицинскими учреждениями.

Таким образом, Кемеровская область оказалась подготовленной к проведению рейтинга. Все это позволило 23 врачам-участковым терапевтам медицинских организаций Кемеровской области войти в число победителей. Абсолютными лидерами стали 13 врачей Новокузнецка. Среди лучших участковых терапевтов пять из Кемерово, четыре врача из г. Ленинск-Кузнецкий, один из Юрги.

На сегодняшний день в Центральном сегменте «Единого регистра застрахованных лиц» числится более 1200 участковых терапевтов.

Что же помешало остальным оказаться среди победителей? Вероятно, причинами этому явились:

- недостатки в организации работы поликлиник по оказанию неотложной помощи, что привело к необходимости обращения гражданами в скорую помощь,
- низкие темпы проведения диспансеризации в 1 квартале;

– большая нагрузка на терапевтов на некоторых участках: 155 участков имеют более 3 тыс. прикрепленных, в том числе на 36 участках более 4 тыс. прикрепленных граждан.

Кроме этого, информация о количестве умерших анализировалась без исключения смертности в ДТП и других причин, независимых от работы поликлиники.

Имеют место недостатки учета информации о прикреплении. К сожалению, 4 тыс. человек до сих пор не имеют прикрепления к участковому терапевту. Среди больниц, имеющих наибольшую долю не прикрепленных к участковому врачу граждан, – ГБУЗ КО «Березовская городская больница» (г. Березовский) и ГБУЗ КО «Ленинск-Кузнецкая городская больница № 1» (г. Ленинск-Кузнецкий).

Встречаются ошибки в «Регистре медицинских работников». Службам по работе с персоналом медицинских учреждений необходимо своевременно актуализировать в регистре информацию о всех изменениях кадрового состава.

Конечно, рейтинг – не самоцель. Но он является хорошим инструментом для выявления лучших практик в работе терапевтов, для обмена опытом между ведущими терапевтами страны. Это механизм реализации программ, направленных на развитие первичной медико-санитарной помощи, таких как «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» и других, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи.



Залесова О.Б.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

УПРАВЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ – СИСТЕМА СО ЗНАКОМ «ПЛЮС»



ЗАЛЕСОВА О.Б.,
начальник отдела по взаимодействию
с медицинскими организациями

С января 2015 года в медицинских организациях города Кемерово начали внедрять информационный ресурс поддержки процесса плановой госпитализации, разработанный Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области. А с февраля 2016 года к системе «Управление госпитализацией» стали активно подключать все медицинские организации области, оказывающие стационарную помощь, и поликлинические учреждения, имеющие прикрепленное население.

Информационная система «Управление госпитализацией» направлена, прежде всего, на информирование пациентов о состоянии очереди на бесплатное плановое лечение в стационаре. Она позволяет пациенту выбрать лечебное учреждение для получения плановой медицинской помощи с учетом наличия свободных мест и длительности ожидания госпитализации. В итоге время ожидания плановой госпитализации сокращается, и специализированная медицинская помощь становится более доступной.

Если в первом квартале текущего года к информационной системе подключились только 72 медицинские организации (далее – МО), то в настоящий момент в ней работают уже 113 МО Кемеровской области различных форм собственности – государственные, муниципальные, федеральные и частные (прирост составил 57%).

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ И ПРАВИЛА РАБОТЫ В СИСТЕМЕ «УПРАВЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ»

Согласно требованиям законодательства, медицинские организации обязаны ежедневно вносить и

обновлять в информационной системе определенные сведения. Если это поликлиника, то данные о застрахованных лицах, получивших направление в выбранную медицинскую организацию на госпитализацию с указанием даты.

Если это стационар, то информацию:

- о количестве свободных мест для плановой госпитализации на текущий день и на ближайшие 10 рабочих дней с указанием планируемой даты освобождения места;

- о застрахованных лицах, госпитализированных как в плановом, так и в экстренном порядке в разрезе профилей (отделений), в том числе в разрезе медицинских организаций, направивших застрахованное лицо на госпитализацию;

- о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась запланированная госпитализация, в том числе из-за отсутствия медицинских показаний.

Также Правила ОМС предписывают страховым представителям СМО информировать застрахованных:

- о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Кемеровской области, и режиме их работы;

- о праве выбора (замены) и порядке выбора (замены) страховой компании, медицинской организации и врача;

- о порядке получения полиса;

- о видах, качестве и об условиях оказания медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ;

- о прохождении диспансеризации и профилактического медицинского осмотра.

Кроме того, МО должны осуществлять информационное сопровождение застрахованных граждан на всех этапах оказания им медицинской помощи. Система «Управление госпитализацией» в числе прочих информационных ресурсов как раз является тем

инструментом, который позволит страховым медицинским организациям (далее – СМО) выполнять эти требования.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

Специалисты тех медицинских организаций, которые уже могут поделиться опытом успешного внедрения данной системы, в ряду положительных моментов, прежде всего, отмечают прозрачность всей системы госпитализации и повышение доступности медпомощи для детского и взрослого населения. В широком смысле это оптимизация процесса маршрутизации пациентов при оказании им стационарной помощи. Кроме того, МО расширяют объем обследования больных на догоспитальном этапе, что, в свою очередь, увеличивает эффективность использования коечного фонда.

Ещё один плюс – поликлиники получают доступ к информации об экстренной и плановой госпитализации прикрепленного населения. Формируется преемственность в работе между поликлиникой и стационаром.

Работа в новой системе позволяет в короткий срок получать оперативную информацию об очередности на плановую госпитализацию в профильные стационары, сведения для отчетов по госпитализации прикрепленного населения, анализ того, в какие отделения обращаются пациенты, где снижается очередность.

Кроме того, при использовании ИС экономится время медработников, занимающихся госпитализацией. Нужно отметить преимущества и для иногородних пациентов: они получают информацию о профиле

оказания медицинской помощи в медицинских организациях области. В связи с тем, что время приема не датировано, а интервальное, у пациента появилась возможность заранее планировать дату госпитализации.

ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В настоящее время продолжается планомерная работа по совершенствованию информационной системы, исходя из предложений, поступающих от медицинских организаций. В результате система «Управление госпитализацией» становится более удобной, расширяются ее функциональные возможности.

В частности, планируется разработать дополнительные сервисы, которые позволят формировать в программе направления на проведение диагностических исследований (МРТ, МСКТ и КТ).

Данная подсистема предназначена для:

1. Формирования единой электронной очереди на МСКТ, КТ и МРТ;
2. Информирования врачей и пациентов о времени ожидания исследования;
3. Регулирования направления потока пациентов между медицинскими организациями;
4. Проведения исследований в целях полной и равномерной загрузки оборудования с учетом плановых объемов исследований;
5. Обеспечения информационной поддержки процесса организации проведения исследований с использованием МРТ, МСКТ и КТ застрахованным гражданам в процессе оказания им медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования.



Климов С.А., Паршинцева Е.С.

Территориальный фонд ОМС, Чебулинский филиал

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕБУЛИНСКОГО ФИЛИАЛА ПО АКТУАЛИЗАЦИИ РСЕРЗЛ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



КЛИМОВ С.А.,
директор Чебулинского филиала

Основным принципом осуществления обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) является обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной и базовой программы ОМС. Но обеспечить право гражданина на бесплатную медицинскую помощь невозможно без персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

Целями персонифицированного учета являются:

1. Создание условий для обеспечения гарантий прав застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи надлежащего качества и в соответствующем объеме в рамках программ ОМС;
2. Создание условий для осуществления контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования;
3. Определение потребности в объемах медицинской помощи в целях разработки программ обязательного медицинского страхования.

Начинался персонифицированный учет с создания страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) баз данных, необходимых для выдачи полиса ОМС на конкретной территории. В дальнейшем эти базы данных объединились в региональные регистры застрахованных лиц. Но медицинские организации (далее – МО) не могли идентифицировать иногороднего или инообластного пациента. Каждая территория имела свои особенности медицинского страхования, свои регистры застрахованных лиц и свои тарифы.

В настоящее время в нашей области все данные о застрахованных находятся в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц Кемеровской

области (далее – РСЕРЗЛ). Но создание этого поистине огромного информационного комплекса не обошлось без ошибок, которые нужно найти, устранить и впредь не допускать.

Одним из главных направлений работы специалистов по организации ОМС филиала является актуализация РСЕРЗЛ. Он формируется из регистров застрахованных страховых медицинских организаций и актуализируется ежедневно. Используется всеми участниками обязательного медицинского страхования.

Для выявления не актуальной информации постоянно анализируются и проверяются сведения о застрахованных. К обязательным направлениям работы относятся: отсутствующие паспортные данные, застрахованные в возрасте старше 14 лет со свидетельствами о рождении, ошибки в идентификационных реквизитах, застрахованные без СНИЛС, застрахованные со старыми бланками полиса.

Отсутствие сведений о документах, удостоверяющих личность, приводят к самому сложному процессу обработки данных, т.к. необходимо выяснить, существует ли такой человек или внесены ошибочные сведения о застрахованном. Проводится розыск граждан по телефону, адресу и т.д. Для выяснения данных могут быть задействованы специалисты СМО или участковый врач, администрация сельских поселений, Пенсионный фонд, ЗАГС, Совет ветеранов, родственники, соседи, уличный комитет и др.

Для уменьшения количества ошибок в идентификационных реквизитах, сведениях о застрахованных в возрасте старше 14 лет со свидетельствами о рождении и без СНИЛС на сайтах школ и администраций муниципальных образований размещалась информация о необходимости предоставить в страховую медицинскую организацию данные паспорта и СНИЛС. Кроме этого, в МФЦ и УФМС распространялись листовки и памятки с напоминанием о необходимости сообщать

изменившиеся данные паспорта и СНИЛС в страховую медицинскую организацию. Проводится работа с реестрами пролеченных для получения дополнительной информации о застрахованном.

С застрахованными, имеющими старые бланки полисов, проводится массово-разъяснительная работа, специалисты филиала приглашают их по телефону в СМО для замены полиса. Специалисты СМО рассылают гражданам почтовые карточки с приглашением заменить полис старого образца на новый. Некоторые из них возвращаются с пометками, что по данному адресу человек не проживает, либо убыл с территории или умер. Эти данные сообщаются в Чебулинский филиал, далее информация проверяется, и результаты работы передаются в ТФОМС Кемеровской области для внесения соответствующих изменений.

Дополнительно для актуализации данных детально анализируются сведения о выведенных из РСЕРЗЛ межобластных «двойниках» по каждой территории филиала. Особое внимание уделяется сведениям об убоивших гражданах среднего возраста, детях, застрахованных по адресу проживания родителей, и выясняется, убуили они с территории или остались проживать на ней.

ТФОМС Кемеровской области осуществляет общий контроль за региональным сегментом, поэтому в случае обнаружения ошибок и несоответствий Чебулинский филиал направляет соответствующую информацию в ТФОМС Кемеровской области. Там она проверяется и передается в страховую медицинскую организацию с указанием перечня несоответствий и сроков их исправления.



Афанасьева А.В.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ И ПОЛИС ОМС ДЛЯ ГРАЖДАН ГОСУДАРСТВ-ЧЛЕНОВ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА



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

В настоящее время одним из самых актуальных вопросов, возникающих в рамках функционирования Договора о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014¹ (государства-участники: Республика Беларусь, Республика Казахстан и Российская Федерация, с 10.10.2014 Республика Армения, с 08.05.2015 Кыргызская Республика), является вопрос получения гражданами данного союза медицинской помощи на территории Российской Федерации за счет средств обязательного медицинского страхования.

Основополагающим нормативным правовым актом, регулирующим отношения в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе определяющим правовое положение субъектов и участников ОМС, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, является Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»² (далее – Закон № 326-ФЗ).

В соответствии со ст. 45 Закона № 326-ФЗ полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Порядок выдачи полисов обязательного медицинского страхования установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»³ (раздел IV Правил). Согласно вышеуказанным правилам выдача застрахованному лицу полиса либо временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса и удостоверяющего право на бесплатное оказание ему медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая, осуществляется страховой медицинской организацией.

В силу прямого указания закона (ст. 10 Закона №326-ФЗ) застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в РФ иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в РФ трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»⁴), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах»⁵.

Таким образом, иностранные граждане, временно пребывающие в Российской Федерации (в том числе трудящиеся на территории нашей страны гра-

¹Официальный сайт Евразийской экономической комиссии <http://www.eurasiancommission.org/>, 05.06.2014.

²Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 06.12.2010, № 49, ст. 6422.

³Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» // Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, ст. 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758).

⁴Федеральный закон от 25.07.2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

⁵Федеральный закон от 19.02.1993 № 4528-1 «О беженцах» // Ведомости СНД и ВС РФ, 25.03.1993, № 12, ст. 425.

ждане государств-членов вышеуказанного международного договора и члены их семей), действующим законодательством РФ не отнесены к категории застрахованных лиц.

Оказание медицинской помощи гражданам государств-членов Евразийского экономического союза (Россия, Белоруссия, Казахстан, Армения, Киргизия) осуществляется в соответствии с Договором о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014 (приложение № 30): государства-члены на своей территории предоставляют трудящимся государств-членов и членам их семей права на получение бесплатной скорой медицинской помощи (в экстренной и неотложной формах) в том же порядке и на тех же условиях, что и гражданам государства трудоустройства. Скорая медицинская помощь (в экстренной и неотложной формах) оказывается трудящимся государств-членов Союза и членам их семей медицинскими организациями (учреждениями здравоохранения) государственной и муниципальной систем здравоохранения государства трудоустройства бесплатно, независимо от наличия медицинского страхового полиса.

При этом под скорой медицинской помощью, согласно ст. 35 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁶, понимается медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

В случае продолжения лечения пациента в медицинской организации государства трудоустройства после устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих оплата фактической стоимости оказанных услуг осуществляется непосредственно пациентом или из иных источников, не запрещенных законодательством государства трудоустройства, по тарифам или договорным ценам (Договор о Евразийском экономическом союзе от 29.05.2014 (приложение № 30).

Таким образом, вышеуказанным международным договором гражданам государств-членов Евразийского экономического союза на территории РФ гарантировано получение только той медицинской помощи, которую медицинские организации в силу прямого указания закона обязаны оказать и без предъявления полиса обязательного медицинского

страхования (ст. 11 Закона № 326-ФЗ). В то же время страховые взносы на обязательное медицинское страхование, оплачиваемые работодателями на территории Российской Федерации, в том числе и за вышеуказанную категорию граждан, включают в себя в полном объеме финансовое обеспечение всех видов медицинской помощи, включенных в тариф на оплату медицинской помощи в соответствии с базовой программой ОМС на соответствующий год.

Анализируя права граждан государств-членов Евразийского экономического союза на получение медицинской помощи, нельзя не отметить особый статус граждан Белоруссии, так как в соответствии с действующими международными договорами⁷, заключенными между нашими странами, граждане Республики Беларусь имеют равные с гражданами России права на трудоустройство, оплату труда, режим рабочего времени и времени отдыха, охрану и условия труда, получение медицинской помощи и предоставление других социально-правовых гарантий. При этом механизм реализации данного права, предусмотренного договорами между нашими странами, до конца 2016 года предусмотрен не был.

Необходимость исполнения Российской Федерацией принятых на себя обязательств в рамках вышеуказанных международных договоров привела к изменению действующего национального законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. Так, с 01.01.2017 в Правила ОМС внесены изменения, которые позволяют гражданам государств-членов Евразийского экономического союза (при наличии трудового договора) выбрать страховую медицинскую организацию и получить полис ОМС и, как следствие, медицинскую помощь в соответствии с базовой программой ОМС на соответствующий год.

Если в отношении граждан Белоруссии вышеуказанные изменения – возможность России реализовать принятые на себя обязательства в объеме, предусмотренном положениями международных договоров и соглашением «...о порядке оказания медицинской помощи... гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации», то в отношении граждан Республики Казахстан, Республики Армении и Кыргызской Республики – возможность получения прав в большем объеме, чем это предусмотрено договором между нашими странами, так как полис ОМС, выдаваемый данной категории

⁶Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ, 28.11.2011, № 48, ст. 6724.

⁷- Договор о создании Союзного государства, подписанный в г. Москве 01.12.1999 (ратифицирован Федеральным законом от 02.01.2000 № 25-ФЗ) // Российская газета, № 21, 29.01.2000.

- Договор между Российской Федерацией и Республикой Беларусь о равных правах граждан, подписанный в г. Москве 25.12.1998 (ратифицирован Федеральным законом от 01.05.1999 № 89-ФЗ) // Российская газета, № 246, 26.12.1998.

- Соглашение между Правительством РФ и Правительством Республики Беларусь от 24.01.2006 «О порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» (ратифицировано Федеральным законом от 28.02.2008 №12-ФЗ) // Собрание законодательства РФ, 26.05.2008, № 21, ст. 2395.

граждан, ничем не отличается от полисов ОМС граждан РФ, а, следовательно, удостоверяет право гражданина государства-члена Евразийского экономического союза на бесплатное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС. То есть, несмотря на положения приложения № 30 к Договору о Евразийском экономическом союзе, дает право данной категории граждан бесплатно (по полису ОМС) продолжать лечение в медицинской организации государства трудоустройства и после устранения непосредственной угрозы его жизни или здоровью окружающих.

Если же граждане государств-членов Евразийского экономического союза не состоят в трудовых отношениях на территории РФ, то они имеют право на получение в Российской Федерации бесплатной скорой медицинской помощи, а право на получение полиса ОМС и медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, как и иные иностранные граждане, получают только с момента получения разрешения на временное проживание, вида на жительство или гражданства Российской Федерации.



О РЕФОРМЕ АДМИНИСТРИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ



СОЛНЫШКОВ А.А.,
начальник отдела учета и контроля
сбора страховых взносов и платежей

Финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) на территориях субъектов Российской Федерации осуществляется за счет субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) бюджетам территориальных фондов ОМС. Одним из источников формирования субвенций являются страховые взносы на ОМС работающего населения.

С 1993 по 2000 годы контроль за уплатой страховых взносов на ОМС работающего населения осуществляли ФФОМС и территориальные фонды ОМС. В 2001 году страховые взносы на ОМС вошли в состав единого социального налога, и контроль за его уплатой был передан в налоговые органы. Через девять лет произошел возврат от единого социального налога к страховым взносам. В соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» (далее – Закон № 212-ФЗ) с 1 января 2010 года контроль за исчислением и уплатой страховых взносов на ОМС стал осуществлять Пенсионный фонд РФ (далее – ПФР) и его территориальные органы.

Указом Президента РФ В.В. Путина от 15.01.2016 №13 «О дополнительных мерах по укреплению платежной дисциплины при осуществлении расчетов с Пенсионным фондом Российской Федерации, Фондом социального страхования Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования» положено начало реформированию системы администрирования страховых взносов.

В целях реализации Указа 3 июля 2016 года приняты два федеральных закона: № 243-ФЗ «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса РФ в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование» (далее — Закон № 243-ФЗ) и № 250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) РФ в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового Кодекса РФ...» (далее – Закон № 250-ФЗ).

В соответствии с новыми законами с 1 января 2017 года функция администрирования, т.е. контроль за исчислением и уплатой страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование, передается налоговым органам. В Налоговый кодекс Российской Федерации (далее – НК РФ) введена новая глава «Страховые взносы», законодательство об обязательном пенсионном, социальном, медицинском страховании приведено в соответствие с нововведениями, отменяется основной закон о страховых взносах – Закон № 212-ФЗ.

Таким образом, с 1 января 2017 года НК РФ будет устанавливать порядок и общие принципы не только в отношении системы налогов и сборов, но и в отношении страховых взносов. Страховые взносы выведены в отдельный обязательный федеральный платеж наряду с налогами и сборами. На страховые взносы будут распространяться все правила администрирования обязательных платежей, установленные НК РФ, в том числе обязательный досудебный порядок урегулирования налоговых споров, который выработан с учетом многолетней практики и позволяет быстро и эффективно разрешать разногласия с налоговыми

органами, не прибегая к судебной процедуре, что поможет плательщикам страховых взносов избежать излишних затрат.

Следует отметить, что Законы № 243-ФЗ и № 250-ФЗ в целом не изменяют порядок исчисления и уплаты страховых взносов, однако отдельные моменты все же претерпели некоторые изменения.

В НК РФ теперь закреплено понятие страховых взносов. Под страховыми взносами понимаются обязательные платежи на обязательное пенсионное страхование, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, на обязательное медицинское страхование, взимаемые с организаций и физических лиц в целях финансового обеспечения реализации прав застрахованных лиц на получение страхового обеспечения по соответствующему виду обязательного социального страхования.

Как и в Законе № 212-ФЗ, выделены две категории плательщиков страховых взносов: плательщики, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, к которым относятся: организации, индивидуальные предприниматели, физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями и плательщики, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам – индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, арбитражные управляющие, оценщики, медиаторы, патентные поверенные и др.

Для плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, остались прежними:

- объект обложения страховыми взносами;
- порядок определения базы для начисления страховых взносов;
- сроки уплаты страховых взносов – не позднее 15-го числа следующего календарного месяца;
- отчетные и расчетный периоды – первый квартал, полугодие, девять месяцев, год;
- размеры тарифов страховых взносов на 2017-2018 годы:
 - ФФОМС – 5,1%;
 - ПФР – 22% в пределах установленной предельной величины базы для исчисления страховых взносов, свыше установленной предельной величины базы – 10%;
 - ФСС – 2,9% в пределах установленной предельной величины базы для исчисления страховых взносов;
 - пониженные тарифы для льготных категорий плательщиков.

Плательщики, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, уплачивают страховые взносы на ОМС, как и раньше, в фиксированном размере, который определяется как произведение минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом на начало календарного года, за который уплачиваются страховые взносы, увеличенного в 12 раз, и тарифа страховых взносов на ОМС. Срок уплаты взносов – не позднее 31 декабря текущего календарного года.

Страховые взносы по-прежнему уплачиваются отдельно в отношении каждого вида страхового взноса.

В статье 80 НК РФ теперь закреплено понятие расчета по страховым взносам, под которым понимается письменное заявление или заявление плательщика страховых взносов, составленное в электронной форме и переданное по телекоммуникационным каналам связи с применением усиленной квалифицированной электронной подписи или через личный кабинет налогоплательщика, об объекте обложения страховыми взносами, о базе для исчисления страховых взносов, об исчисленной сумме страховых взносов и о других данных, служащих основанием для исчисления и уплаты страховых взносов.

Одним из основных изменений является утверждение новой формы отчетности по страховым взносам и сроков ее предоставления. Начиная с 1 квартала 2017 года плательщики представляют единый расчет по страховым взносам в налоговые органы, который объединяет сведения по начисленным и уплаченным взносам в ПФР, ФФОМС и ФСС. Для плательщиков, производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам, установлен единый срок представления отчетности вне зависимости от способа сдачи отчета – не позднее 30-го числа месяца, следующего за расчетным (отчетным) периодом. Для глав крестьянских (фермерских) хозяйств – до 30 января календарного года, следующего за истекшим расчетным периодом. Формы расчетов РСВ-1, РСВ-2, предоставляемые ранее в ПФР, отменены.

Передача функций контроля за страховыми взносами от ПФР налоговым органам происходит в соответствии с «Планом-графиком мероприятий («дорожная карта») по передаче полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное страхование и обязательное медицинское страхование органами Пенсионного фонда РФ налоговым органам». Задолженность, которую передаст ПФР, будут взыскивать с плательщиков налоговые органы.

До 2017 года в соответствии с соглашением об информационном обмене между ПФР и ФФОМС, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее – ТФОМС Кемеровской области) осуществлял постоянное взаимодействие с Отделением Пенсионного фонда России по Кемеровской области (ОПФР по Кемеровской области). В ТФОМС Кемеровской области в разрезе каждого плательщика поступали сведения о платежах на ОМС, данные расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС, сведения о регистрации (снятии с регистрационного учета) в ОПФР по Кемеровской области в качестве плательщиков страховых взносов.

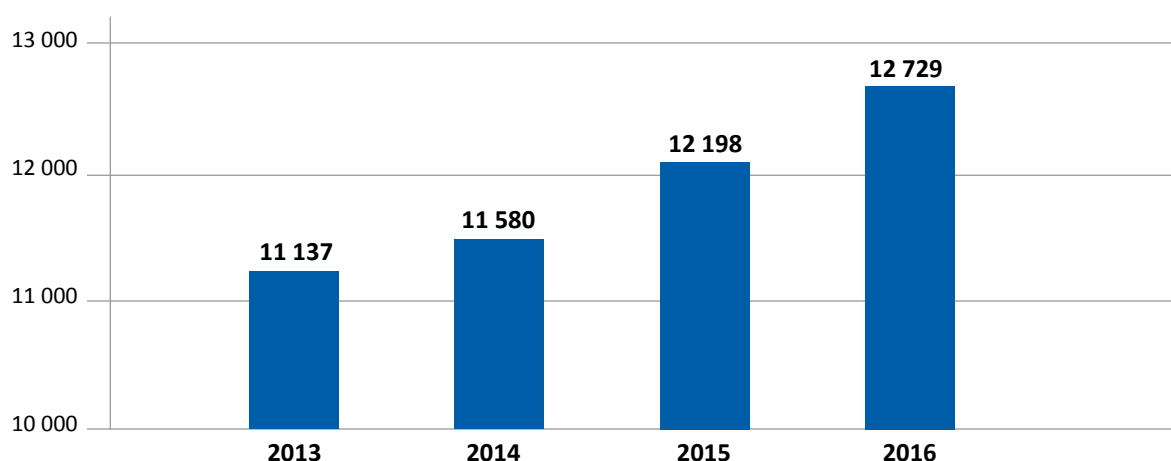
В 2016 году из ОПФР по Кемеровской области в ТФОМС Кемеровской области поступила информация о более чем 877 тыс. платежах страхователей, более 288 тыс. расчетов плательщиков по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС и более 5 тыс. сведений о регистрации (снятии с регистрационного учета) страхователей в ОПФР по Ке-

меровской области. Полученные сведения использовались для формирования и пополнения единой базы «Регистр страхователей и платежей», расчета задолженности плательщиков по страховым взносам на ОМС и проведения работы с должниками по ее погашению.

Постоянно осуществлялся анализ и мониторинг

поступления страховых взносов на ОМС работающего населения. За период с 2013 по 2016 годы наблюдался ежегодный рост поступлений. В 2016 году плательщиками Кемеровской области перечислено страховых взносов на ОМС в сумме 12 729 млн руб., по отношению к 2015 году прирост составил 104%, или 531 млн руб. (диаграмма 1).

Диаграмма 1.
Динамика поступления страховых взносов на ОМС
работающего населения в бюджет ФФОМС
от плательщиков Кемеровской области в 2013-2016 гг. (млн руб.)



В соответствии со статьей 22 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в Российской Федерации» с 2017 года сведения об уплате страховых взносов на ОМС работающего населения в ТФОМС Кемеровской области представляют налоговые органы в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утвержденным Федеральной налоговой службой и ФФОМС. В рамках Соглашения ТФОМС Кемеровской области и Управлению Федеральной налоговой службы по Кемеровской области (далее – УФНС по Кемеровской области) предстоит организовать работу по информационному взаимодействию.

При этом в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 08.08.2001 № 129-ФЗ «О государственной регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей» в ТФОМС Кемеровской области из УФНС по Кемеровской области ежедневно в рамках «одного окна» поступают сведения, содержащиеся в единых государственных реестрах юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. Сведения обрабатываются и вводятся в информационную базу «Регистр страхователей и платежей» ТФОМС Кемеровской области.

В 2016 году поставлены на учет 13 876 страхователей (в т.ч. 3 974 юридических лица, 9 902 индивидуальных предпринимателя); сняты с учета – 17 122 страхователя (в т.ч. 6 370 юридических лиц, 10 752 индивидуальных предпринимателя).

Государственной Думой принят Федеральный за-

кон от 30 ноября 2016 года № 401-ФЗ «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» в части повышения размера пени для организаций при длительной просрочке уплаты налогов, сборов, страховых взносов. Если просрочка составит более 30 календарных дней, пени необходимо платить исходя из 1/150 ключевой ставки Центрального банка РФ за каждый день, при меньшей просрочке — из расчета 1/300 ключевой ставки. Ранее ставка пени составляла 1/300 вне зависимости от длительности просрочки. Данный федеральный закон нацелен на повышение уровня ответственности плательщиков, усиление платежной дисциплины и опосредованно влияет на снижение задолженности по уплате налогов, сборов и страховых взносов, а также обеспечение устойчивого формирования доходов бюджетов бюджетной системы.

Целью передачи функций администрирования страховых взносов налоговым органам является создание универсальной системы нормативного правового регулирования правил исчисления, уплаты и администрирования налогов, сборов и страховых взносов, снижение административной нагрузки на плательщиков за счет сокращения числа контролирующих органов, оптимизации отчетности, уменьшения количества проверок, а также прогнозирование общей налоговой нагрузки на бизнес при принятии решений в области налоговой политики.

Холкина Л.М.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

КОНТРОЛЬ ЗА ЦЕЛЕВЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СРЕДСТВ ОМС В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ



ХОЛКИНА Л.М.,
начальник контрольно-ревизионного
управления

Контроль за целевым и эффективным использованием средств ОМС в медицинских организациях осуществляется в соответствии с:

1. Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»;

2. Приказом ФФОМС от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью СМО и МО в сфере ОМС»;

3. Ст. 34 Бюджетного Кодекса РФ «Принципы эффективного использования средств ОМС»;

4. Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Кемеровской области;

5. Тарифным соглашением в системе ОМС Кемеровской области;

6. Программой контроля за целевым и эффективным (рациональным) использованием средств ОМС в медицинских организациях ТФОМС Кемеровской области (филиалами).

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕРОК

ТФОМС проводит в медицинских организациях плановые и внеплановые проверки. Плановые проверки проводятся в соответствии с утвержденным графиком, внеплановые – по обращениям граждан, запросам правоохранительных органов, ДОН Кемеровской области и т.п.

Проверки могут быть комплексными, тематическими и контрольными.

Во время комплексных проверок рассматриваются все вопросы, связанные с использованием средств ОМС, во время тематических – конкретные вопросы,

касающиеся использования средств ОМС, во время контрольных проверок оценивается устранение нарушений, выявленных ранее.

Плановые комплексные проверки проводятся в медицинских организациях не реже чем один раз в два года, не чаще чем один раз в год. Внеплановые проверки могут проводиться чаще при наличии объективных причин (например, обращения граждан, задание ФФОМС и т.п.).

Срок проведения проверок составляет 30 календарных дней. Проверка может быть продлена на срок не более 10 календарных дней, на основании дополнительного приказа о продлении. На практике продление проверок случается крайне редко. Происходит это в случае крупных нарушений или если медицинской организацией по какой-либо причине своевременно не предоставлены первичные документы.

Проверки могут осуществляться сплошным и выборочным методом. Разделы «Банковские операции» и «Кассовые операции» проверяются сплошным методом, т.к. это основные разделы, свидетельствующие о целевом характере расходов медицинской организации. Остальные разделы проверки могут проверяться выборочно.

По результатам проверки оформляется Акт в двух экземплярах – один для руководителя медицинской организации, второй – для ТФОМС. Акт составляется на основании первичных и отчетных документов проверяемой организации. Выводы и рекомендации обязательно должны содержать ссылки на действующие нормативные документы.

Медицинской организацией могут быть представлены обоснованные письменные разногласия к

Акту проверки не позднее пяти рабочих дней со дня получения Акта.

ТФОМС также в течение пяти рабочих дней дает письменный обоснованный ответ, приняты разногласия или нет.

Средства, использованные не по целевому назначению, восстанавливаются в соответствии с ч. 9 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» в течение 10 рабочих дней со дня предъявления ТФОМС соответствующего требования (содержится в Акте проверки).

Медицинская организация оплачивает штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС.

При несоблюдении сроков восстановления средств уплачивается пеня в размере 1/300 ставки рефинансирования ЦБ РФ, действующей на день применения санкций, за каждый день просрочки.

Средства восстанавливаются в бюджет ТФОМС. Других способов восстановления средств (например, восстановление на свой же расчетный счет) не допускается.

В течение 30-ти календарных дней со дня предъявления ТФОМС соответствующего требования медицинская организация предоставляет план мероприятий по устранению нарушений.

Контрольно-ревизионное управление ТФОМС Кемеровской области осуществляет контроль за предоставлением плана мероприятий по устранению нарушений, восстановлением нецелевого использования средств, уплатой штрафов.

В случае невозможности восстановления средств в течение 10 рабочих дней решается вопрос о передаче материалов проверки в правоохранительные органы.

ЦЕЛЕВОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ОМС МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Согласно ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и письму ФФОМС от 06.06.2013 № 4509/21-и, за счет средств ОМС не оплачиваются расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу, расходы на капитальный ремонт, капитальное строительство, проектно-сметную документацию для капитального ремонта, кредиторскую задолженность, возникшую до 01.01.2013 г.

Анализ проведенных проверок показывает, что количество МО, в которых выявлено нецелевое использование средств ОМС, остается на достаточно высоком уровне. Данные представлены на диаграмме 1.

Суммы нецелевого использования средств ОМС в МО, выявленные в 2014-2016 годах, представлены на диаграмме 2.

Диаграмма 1.
Количество МО, в которых выявлено нецелевое использование средств ОМС в 2014-2016 годах (шт.)

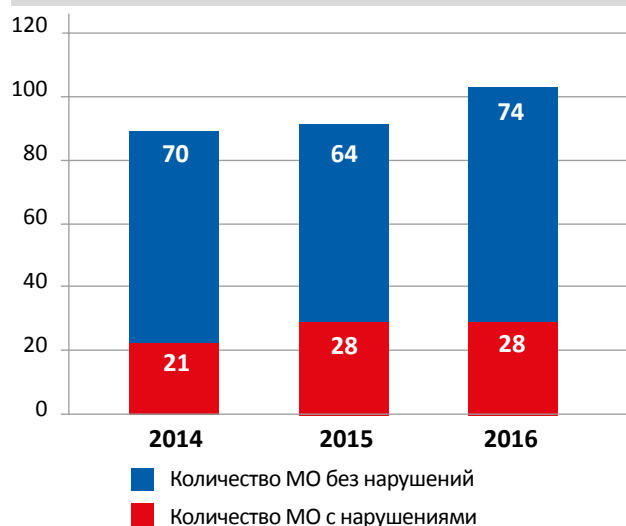
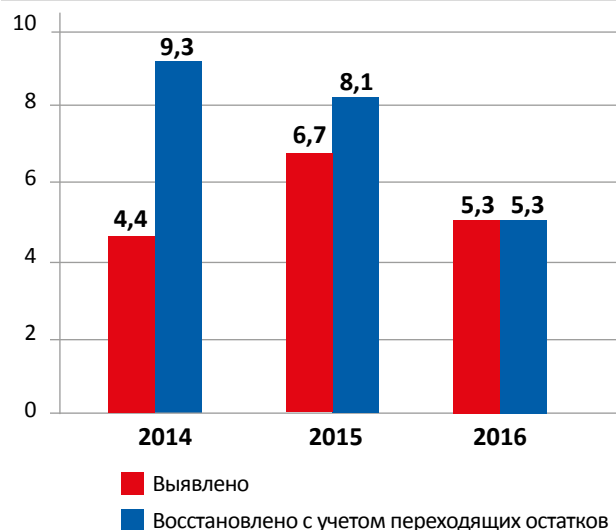


Диаграмма 2.
Суммы нецелевого использования средств ОМС в МО в 2014-2016 годах (млн руб.)



Основные направления нецелевого использования средств ОМС в медицинских организациях Кемеровской области:

- расходы, не включенные в структуру тарифа по ОМС (расходы на капитальный ремонт, проектно-сметную документацию для капитального ремонта, оборудование свыше 100 тыс. руб. за единицу, новогодние подарки для детей сотрудников);
- финансирование структурных подразделений МО, финансируемых из иных источников (расходование средств ОМС на нужды бюджетного и платного отделений);
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС (оплата коммунальных услуг

за сданное в аренду помещение, транспортные расходы при проведении городских мероприятий и т.п.).

ПРОВЕРКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Эффективное использование средств – это достижение целей при минимальных затратах.

Под эффективностью использования средств ОМС понимаются экономичность, продуктивность и результативность затрат, произведенных медицинскими организациями для достижения запланированных целей.

При проверке экономичности оценивается достижение МО заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижение наилучшего результата с использованием полученной суммы средств.

При проверке продуктивности анализируются плановые и фактические результаты деятельности МО в разрезе статей, подстатей КОСГУ.

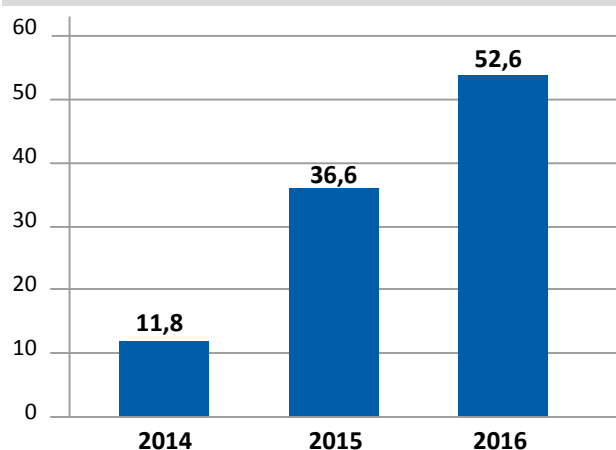
Для определения результативности оценивается процент выполнения медицинской организацией задания.

О неэффективном использовании средств можно судить, если:

- средства израсходованы МО без достижения требуемого результата;
- на получение требуемого результата израсходованы средства с затратами сверх необходимого;
- имеет место необоснованное авансирование работ и услуг;
- не предъявляются требования к должникам по возмещению сумм.

Основные направления неэффективного использования средств ОМС, выявляемые в МО Кемеровской области:

Диаграмма 3.
Суммы неэффективного использования
средств ОМС в МО
в 2014-2016 годах (млн руб.)



- необоснованная или просроченная дебиторская задолженность (авансирование поставщиков);
- приобретение товаров по завышенным ценам, в сравнении со средними потребительскими;
- списание продуктов питания по причине порчи, истечения срока годности;
- различные виды санкций, применяемые к МО (пени, штрафы);
- неиспользование приобретенного оборудования, программных продуктов, строительных материалов и т.п.

Показатели проведенных проверок представлены на диаграмме 3.

В 2017 году ТФОМС Кемеровской области будет продолжать осуществлять контроль за целевым и эффективным использованием средств ОМС в медицинских организациях до полного устранения нарушений.



Безгина Н.С., Соломенникова М.П.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Прокопьевский филиал

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОКОПЬЕВСКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС КО



БЕЗГИНА Н.С.,
директор Прокопьевского филиала

Прокопьевский филиал ТФОМС КО осуществляет свою деятельность на территориях г. Прокопьевска, г. Киселевска и Прокопьевского района. Одной из главных его функций является осуществление контрольно-ревизионной деятельности.

На территории, курируемой Прокопьевским филиалом, в 2016 году зарегистрированы 34 медицинские организации, работающие в системе ОМС, из них 19 организаций государственной формы собственности и 15 МО частной формы собственности. С каждым годом количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС, увеличивается.

В целях реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования Прокопьевский филиал ТФОМС КО осуществляет контроль за использованием средств ОМС на основании Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29.11.2010 г.

Контроль за деятельностью медицинских организаций регламентирован Приказом ФФОМС от 16.04.2012 № 73 «Положение о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЫ В 2016 ГОДУ

- Контроль за целевым использованием средств ОМС, направленных на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи в медицинских организациях;
- Контроль за целевым использованием средств

финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования;

- Оценка эффективности использования средств ОМС;
- Проверка среднемесячной заработной платы в медицинских организациях в 2016 г. к уровню 2015 г.

ЗАДАЧИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Задачами контрольно-ревизионной деятельности являются:

- выявление нарушений использования средств ОМС в ходе проведения проверок;
- контроль за восстановлением нецелевого использования средств ОМС на расчетный счет ТФОМС Кемеровской области;
- контроль уплаты штрафов и пеней, предусмотренных Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- контроль за предоставлением плана мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков;
- проведение совещаний со специалистами медицинских организаций по вопросам расходования средств ОМС.

Проверки в медицинских организациях осуществляются в соответствии с утвержденным графиком комплексных проверок целевого и эффективного (рационального) использования средств и программой проверок. Плановые проверки в медицинских организациях проводятся не реже чем один раз в два года.

На 2016 год планировали проведение 14 комплексных проверок медицинских организаций, в том

числе в шести медорганизациях частной формы собственности.

Проверки проводились в установленные сроки в соответствии с графиком. В 2016 г. проведено 17 проверок, из них: 15 комплексных, одна внеплановая тематическая проверка по ВМП и одна контрольная по результатам комплексной проверки.

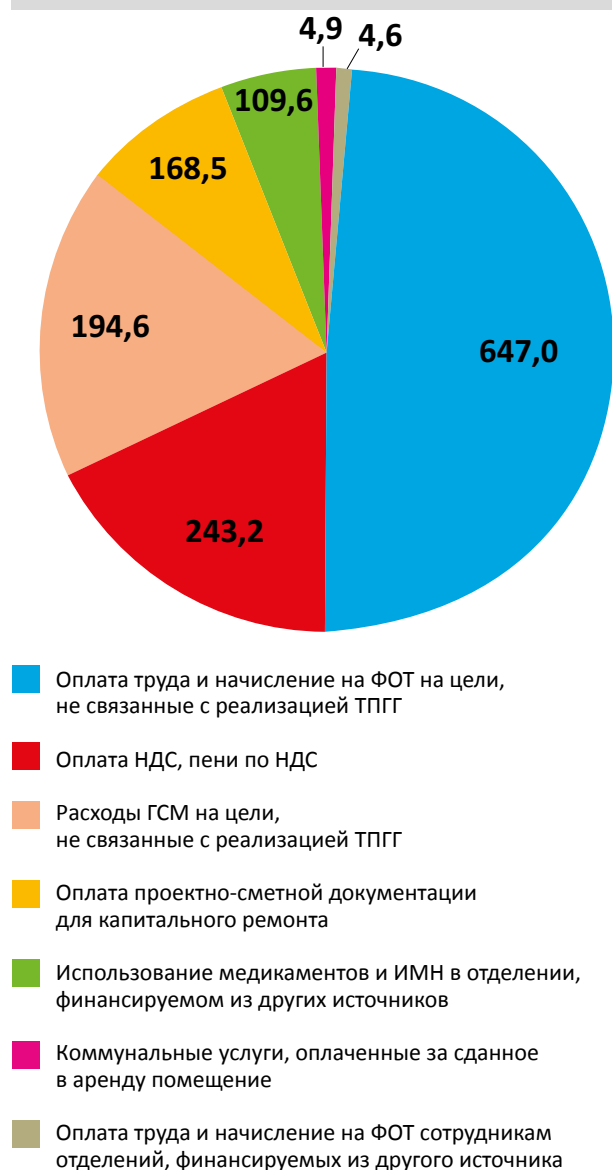
По результатам проведенных проверок нецелевое использование средств ОМС выявлено в пяти ме-

дицинских организациях на сумму 1 372,4 тыс. рублей.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ предъявлено штрафов в размере 10% от суммы нецелевого использования средств ОМС в размере 137,2 тыс. рублей. Все денежные средства восстановлены в 2016 году на расчетный счет ТФОМС КО.

Направления нецелевого использования средств ОМС в медицинских организациях, выявленные в 2016 году, указаны на диаграмме 1 и в таблице 1.

Диаграмма 1.
Структура нецелевого использования средств ОМС в 2016 году (тыс. руб.)



В 2016 г. проведены проверки эффективного использования средств ОМС в восьми муниципальных медицинских организациях. Неэффективное использование средств ОМС выявлено в семи медицинских учреждениях. Сумма неэффективного использования средств ОМС в 2016 г. составила 4 858,2 тыс. руб. (таблица 2, диаграмма 2).

Таблица 1.
Структура нецелевого использования средств ОМС в 2016 году

Виды нарушений	Сумма (тыс.руб.)	%
Оплата труда и начисление на ФОТ на цели, не связанные с реализацией ТПГГ	647,0	47,1
Оплата НДС, пени по НДС	243,2	17,7
Расходы ГСМ на цели, не связанные с реализацией ТПГГ	194,6	14,2
Оплата проектно-сметной документации для капитального ремонта	168,5	12,3
Использование медикаментов и ИМН в отделениях, финансируемых из других источников	109,6	8,0
Коммунальные услуги, оплаченные за сданное в аренду помещение	4,9	0,4
Оплата труда и начисления на ФОТ сотрудникам отделений, финансируемых из другого источника	4,6	0,3
Итого:	1 372,4	100

По результатам проверок медицинские организации предоставляют в Прокопьевский филиал ТФОМС КО план мероприятий по устранению выявленных нарушений и недостатков, при необходимости ревизоры проводят контрольные проверки по их устранению.

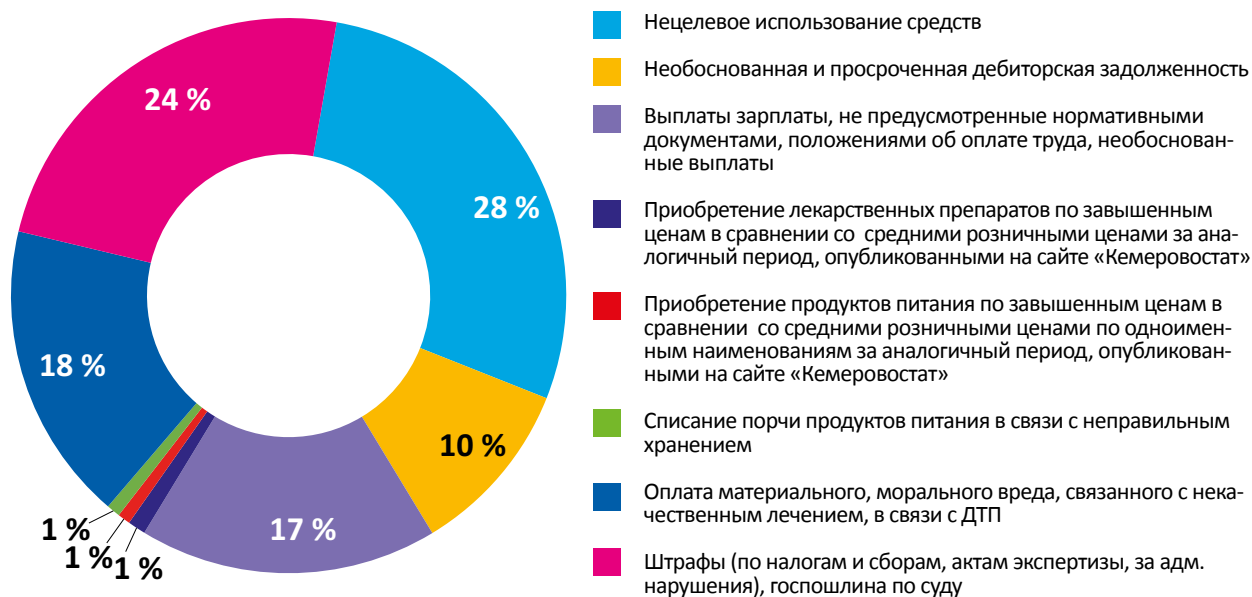
Ревизорами Прокопьевского филиала в 2016 г. проведены два совещания со специалистами медицинских организаций, на которых были рассмотрены:

– итоги проведенных проверок целевого и эффективного использования средств ОМС за 2015 г., 9 месяцев 2016 г.;

Таблица 2.
Структура неэффективного использования средств ОМС в 2016 году

Направление неэффективного использования средств ОМС	Сумма (тыс. руб.)	%
Нецелевое использование средств	1 372,4	28,3
Необоснованная и просроченная дебиторская задолженность	500,9	10,3
Выплаты заработной платы, не предусмотренные нормативными документами, положениями об оплате труда, необоснованные выплаты	843,4	17,4
Приобретение лекарственных препаратов по завышенным ценам в сравнении со средними розничными ценами за аналогичный период, опубликованными на сайте «Кемеровостат»	50,9	1,1
Приобретение продуктов питания по завышенным ценам в сравнении со средними розничными ценами по одноименным наименованиям за аналогичный период, опубликованными на сайте «Кемеровостат»	35,4	0,7
Списание порчи продуктов питания в связи с неправильным хранением	38,8	0,8
Оплата материального, морального вреда, связанного с некачественным лечением, в связи с ДТП	848,0	17,5
Штрафы (по налогам и сборам, актам экспертизы, за административные правонарушения), госпошлина по суду	1 168,4	23,9
Итого:	4 858,2	100

Диаграмма 2.
Структура неэффективного использования средств ОМС в 2016 году



– результаты анализа коммунальных услуг;
– вопросы по оплате труда в рамках Территориальной программы ОМС.

В 2016 г. внедрен новый вид взаимодействия между филиалами в форме ротации кадров с целью передачи опыта и знаний. Совместно с ревизорами Новокузнецкого филиала проведены две проверки.

Прокопьевский филиал ТФОМС КО продолжит работу по контролю за целевым и эффективным использованием средств ОМС, направленных на реализацию Территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи населению. В 2017 году запланировано проведение комплексных проверок в 16 медицинских организациях.

Хайдарова А.Я.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Анжеро-Судженский филиал

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АНЖЕРО-СУДЖЕНСКОГО ФИЛИАЛА ПО КОНТРОЛЮ ЗА ЦЕЛЕВЫМ И ЭФФЕКТИВНЫМ ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ ОМС В МО



ХАЙДАРОВА А.Я.,
директор Анжеро-Судженского филиала

Основной целью при проведении контрольно-ревизионной деятельности является выявление допущенных нарушений установленного законом порядка расходования средств обязательного медицинского страхования (ОМС), а также предупреждение возможных нарушений со стороны медицинских организаций (МО).

Контроль за использованием средств ОМС проводится посредством проведения плановых проверок в соответствии с графиком, утвержденным директором ТФОМС Кемеровской области, а при необходимости и внеплановых (тематических, контрольных) проверок. Проведение каждой проверки оформляется приказом по филиалу, который направляется в МО не позднее чем за три дня до ее начала. Проверки проводятся в соответствии с программой, утвержденной приказом ТФОМС Кемеровской области.

На территории Анжеро-Судженского филиала ТФОМС в системе обязательного медицинского страхования осуществляют деятельность 6 медицинских организаций: одна ведомственная и пять государственных. В проведении проверок в МО участвуют четыре специалиста филиала: бухгалтеры-ревизоры, врач по организации защиты прав граждан и врач по взаимодействию с МО.

За 2016 год проведено восемь проверок. Из них: четыре плановые комплексные проверки целевого и эффективного использования средств ОМС, одна контрольная проверка по устранению нарушений и недостатков, выявленных в результате плановой комплексной проверки, одна внеплановая тематическая

проверка достижения целевых показателей по заработной плате младшего медицинского персонала, две тематические проверки на наличие медицинских работников, работающих в рамках Федеральной программы «Земский доктор».

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕРОК ЦЕЛЕВОГО И ЭФФЕКТИВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В ходе плановых комплексных проверок установлено:

- все МО имеют лицензию на право осуществления медицинской деятельности;
- договоры, заключенные медицинскими организациями со СМО, соответствуют действующим нормативным документам;
- бухгалтерский учет финансово-хозяйственной деятельности осуществляется в соответствии с Приказом министерства финансов РФ от 01.12.2010 №157н «Об утверждении Единого плана счетов бухгалтерского учета и Инструкции по его применению»;
- в соответствии с п. 7 ст. 35 ФЗ от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» средства ОМС в проверяемом периоде расходовались согласно структуре тарифа;
- во всех МО разработан и утвержден Формуляр лекарственных препаратов, медицинских изделий и расходных материалов;
- не во всех медицинских организациях данные, отраженные в форме 14-Ф ОМС, соответствуют данным бухгалтерского учета;

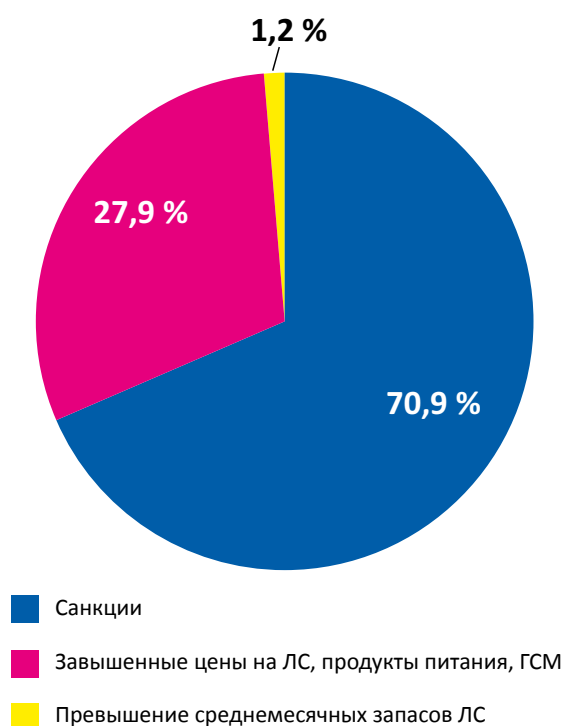
– заказы на поставку товаров, выполнение работ, услуг для государственных или муниципальных нужд проводились в соответствии с нормами Закона 05.04.2013 № 44-ФЗ. Имеются нарушения: отсутствие спецификаций к договору, исполнение свыше установленной суммы договоров, отсутствие дополнительных соглашений при неисполнении договора.

В 2014 году ТФОМС Кемеровской области разработал и утвердил Программу контроля за целевым и эффективным использованием средств ОМС в медицинских организациях. В 2016 году специалисты филиала провели проверки эффективности использования средств ОМС за проверяемый период 2015 г. в четырех МО. В результате неэффективное использование средств ОМС выявлено в трех медицинских организациях в размере 555,2 тыс. рублей, что составило 0,2% от использованных МО средств ОМС (таблица 1).

Таблица 1.
Использование средств ОМС
в 2015 г. (тыс. руб.)

Сумма использованных средств ОМС в 2015 г.	Эффективное использование средств ОМС		Неэффективное использование средств ОМС	
	Сумма	%	Сумма	%
266 395,2	265 840,0	99,8	555,2	0,2

Диаграмма 1.
Направления неэффективного использования средств ОМС МО, %



Основные направления неэффективного использования средств ОМС:

- превышение среднемесячных запасов лекарственных препаратов;
- приобретение лекарственных препаратов, продуктов питания и ГСМ по ценам выше среднеобластных;
- оплата штрафных санкций (диаграмма 1).

За проверяемый период 2015 г. нецелевого использования средств ОМС в медицинских организациях не выявлено. За первый квартал 2016 года по итогам проверки такой случай выявлен в одной МО на сумму 6,5 тыс. рублей (оплата курса повышения квалификации «Стоматология ортопедическая»). В адрес медицинской организации направлено предписание о восстановлении средств ОМС. В результате сумма нецелевого использования средств восстановлена в десятидневный срок в полном объеме. Также перечислен штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств (650 рублей). Все средства направлены в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Нарушения, допущенные МО, влияют на достижение заданной результативности и продуктивности использования финансовых средств ОМС, что может привести к ухудшению предоставления медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС.

По итогам проведенных проверок медицинских организаций средний показатель экономической эффективности составил 99,8%, результативности – 95%, продуктивности – 113,8%.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОНТРОЛЬНОЙ ПРОВЕРКИ ПО УСТРАНЕНИЮ НАРУШЕНИЙ И НЕДОСТАТКОВ, ВЫЯВЛЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЛАНОВОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОВЕРКИ

В ходе контрольной проверки не все нарушения, выявленные при проведении плановой комплексной проверки в медицинской организации, были устранены. Выявлены системные ошибки и нарушения в организации работы МО, из них: отсутствие дополнительных соглашений при неисполнении договора, несоответствие показателей в форме статистической отчетности в сфере ОМС с данными бухгалтерского учета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕПЛАНОВОЙ ТЕМАТИЧЕСКОЙ ПРОВЕРКИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ДОВЕДЕННЫХ ДОЗН КО, ПО ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Проверка была проведена в одной медицинской организации. В ходе проверки установлено, что основная причина невыполнения установленных показателей заработной платы – невыполнение объемных и финансовых показателей медицинской по-

мощи. Для достижения целевых показателей по заработной плате младшего медицинского персонала, доведенных ДОЗН КО, медицинскими организациями произведена оптимизация штатной численности. Высвободившиеся денежные средства направлены на дополнительные выплаты стимулирующего характера младшему медицинскому персоналу. Данные мероприятия позволили довести среднюю заработную плату этой категории до установленных показателей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕМАТИЧЕСКИХ ПРОВЕРОК ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

В 2016 г. Анжеро-Судженским филиалом в двух медицинских организациях проведены тематические проверки наличия медицинских работников, работающих в рамках Федеральной программы «Земский доктор». На момент проведения проверок численность специалистов, работающих по программе «Земский доктор», составила семь человек. Требования ст. 15 п. 12.1 Федерального закона от 29.11.2011 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» соблюдаются. Медицинские работники трудятся по основному месту работы с продолжительностью рабочей недели, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с

трудовыми договорами, заключенными ими с учреждением. Все специалисты внесены в тарификационные списки, имеют высшее образование и соответствующие сертификаты.

По результатам проверок составляются акты. Информация о них доводится до сведения глав муниципальных образований районов и городских округов.

Специалисты Анжеро-Судженского филиала совместно с руководством и специалистами МО проводят анализ и обсуждение по всем направлениям, затронутым в проверках. В целях предотвращения дальнейших нарушений в использовании средств ОМС должностным лицам медицинских организаций даются рекомендации для принятия мер по устранению выявленных нарушений в текущем периоде и недопущению их в дальнейшем. При необходимости специалисты филиала оказывают методическую помощь. Так, в текущем году по инициативе специалистов МО бухгалтер-ревизор филиала с оказанием методической помощи выезжала в три медицинские организации.

Система ОМС будет функционировать только в том случае, если использование средств обязательного медицинского страхования будет эффективным и целевым. Руководители медицинских учреждений должны изменить позицию иждивенческого безразличия на позицию эффективного менеджмента.



Воронина Е.Н.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
Ленинск-Кузнецкий филиал

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕНИНСК-КУЗНЕЦКОГО ФИЛИАЛА ТФОМС КО В РАБОТЕ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ



ВОРОНИНА Е.Н.,
главный специалист-экономист

На территориях, подведомственных Ленинск-Кузнецкому филиалу ТФОМС Кемеровской области, осуществляют медицинскую деятельность в рамках ОМС 10 организаций. Результаты проведенного в декабре 2015 г. анкетирования показали, что руководители медицинских организаций удовлетворены своевременностью решения проблем, которые они поднимают перед специалистами филиала ТФОМС. Были отмечены направления деятельности Фонда, требующие дополнительного разъяснения.

С учетом проблем, выявленных в процессе анкетирования, филиалом разработаны направления, которые стали приоритетными в работе с медицинскими организациями в 2016 г.

1. Оказание методической помощи в реализации Территориальной программы ОМС. Проведение рабочих семинаров, оказание консультативной и практической помощи работникам медицинских организаций по вопросам формирования объемных и финансовых показателей, расчета стоимости медицинской помощи, экспертизы качества медицинской помощи, мониторинга доступности медицинской помощи и др.

При формировании объемных показателей на 2016 год специалисты филиала не просто принимали участие, а возглавляли и курировали эту работу, оказывали методологическую и практическую помощь медицинским организациям:

- при возникновении затруднений у МО осуществляли ввод данных в информационную систему «Формирования 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 ходе 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. За 9 месяцев 2016 г. план корректировался по рекомендации специалистов филиала Фонда в пяти МО, что позволило избежать упущенного дохода.

С начала 2016 г. специалистами филиала проведены выездные семинары в медицинских организациях подведомственных территорий. С использованием презентаций рассмотрены действующие принципы и способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС. На конкретных примерах разобраны случаи финансовых потерь медицинских организаций и предложены варианты оптимизации расчетов в соответствии с действующим Тарифным соглашением.

Специалисты экспертной службы филиала регулярно встречаются с руководителями и специалистами медицинских организаций, обсуждают вопросы медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, разбирают причины снятий, совместно прорабатывают алгоритмы действий для их устранения. С целью улучшения доступности и качества медицинской помощи застрахованных и снижения количества жалоб на встречах освещаются основные вопросы ОМС и права застрахованных граждан.

Выездные семинары и встречи проводятся с 2014 года и положительно оцениваются медицинскими организациями. Поэтому в 2017 году филиал Фонда продолжит работу по данному направлению.

Ежеквартально в 2016 году специалистами филиала проводился детальный анализ выполнения объемных и финансовых показателей медицинскими организациями. По результатам анализа территориальной рабочей группой подготовлены обращения в КРТП ОМС КО о перераспределении объемов медицинской

помощи с целью сохранения доступности между медицинскими организациями, подведомственными филиалу территорий. По всем обращениям приняты положительные решения КРТП ОМС. Таким образом, внутри территории перераспределены объемы стоматологической помощи, отдельные медицинские технологии (МСКТ), амбулаторные посещения с профилактической целью и по заболеванию.

2. Контроль за внедрением в МО информационной системы «Управление госпитализацией».

В настоящий момент на территориях, подведомственных Ленинск-Кузнецкому филиалу ТФОМС, в автоматизированной системе информационной поддержки процесса госпитализации в стационары МО Кузбасса работают семь медицинских организаций.

В начале внедрения системы возникали проблемы, связанные с нерегулярностью передачи информации о состоянии коечного фонда, с формированием очередности направлений на плановую госпитализацию, не был налажен просмотр протоколов с ошибками. Но постепенно работа в этом направлении налаживается. Сотрудники Ленинск-Кузнецкого филиала организовывали выездные встречи в медицинских организациях для решения вопросов.

По итогам анкетирования медицинских организаций по вопросу оптимизации работы в системе «Управление госпитализацией» в основном специалисты отмечают позитивное отношение к внедрению данной системы: оперативная информация при выборе МО для направления пациента на плановую госпитализацию, в некоторых случаях снижение очередности на плановую госпитализацию, достаточность аналитических выходных форм, удобство интерфейса и др.

3. Контрольно-ревизионная деятельность. Обеспечение надлежащего контроля за целевым использованием средств ОМС в медицинских организациях. Проверки эффективного использования средств ОМС медицинскими организациями.

Медицинские организации проверяются не реже чем один раз в два года, в соответствии с графиком, утвержденным директором ТФОМС КО.

За 9 месяцев 2016 г. плановые проверки проведены в семи из 10 медицинских организаций, работающих на подведомственных филиалу территориях. В четырех МО выявлено нецелевое использование средств на общую

сумму 210,4 тыс. рублей. Основными направлениями нецелевого использования средств ОМС являются:

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (63%);

- оплата собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию (37%).

Все средства ОМС, использованные не по целевому назначению, восстановлены медицинскими организациями в ходе проверок на расчетный счет ТФОМС КО.

При проведении плановых проверок МО контролируется эффективное использование средств ОМС, с применением методики определения экономичности, продуктивности и результативности использования денежных средств. Анализируются такие разделы, как оплата труда, состояние расчетов (наличие просроченной дебиторской и кредиторской задолженностей), материальные запасы, приобретение и сроки ввода в эксплуатацию основных средств стоимостью до 100 тыс. рублей, ремонт движимого и недвижимого имущества, оплата коммунальных услуг, процент выполнения задания медицинской организацией и др.

Оценивая результаты ревизионной работы филиала по этому направлению, можно отметить, что в 2015 г. в среднем экономичность использования медицинскими учреждениями средств ОМС составила 99,9%, продуктивность – 91,3%, результативность – 95,0%.

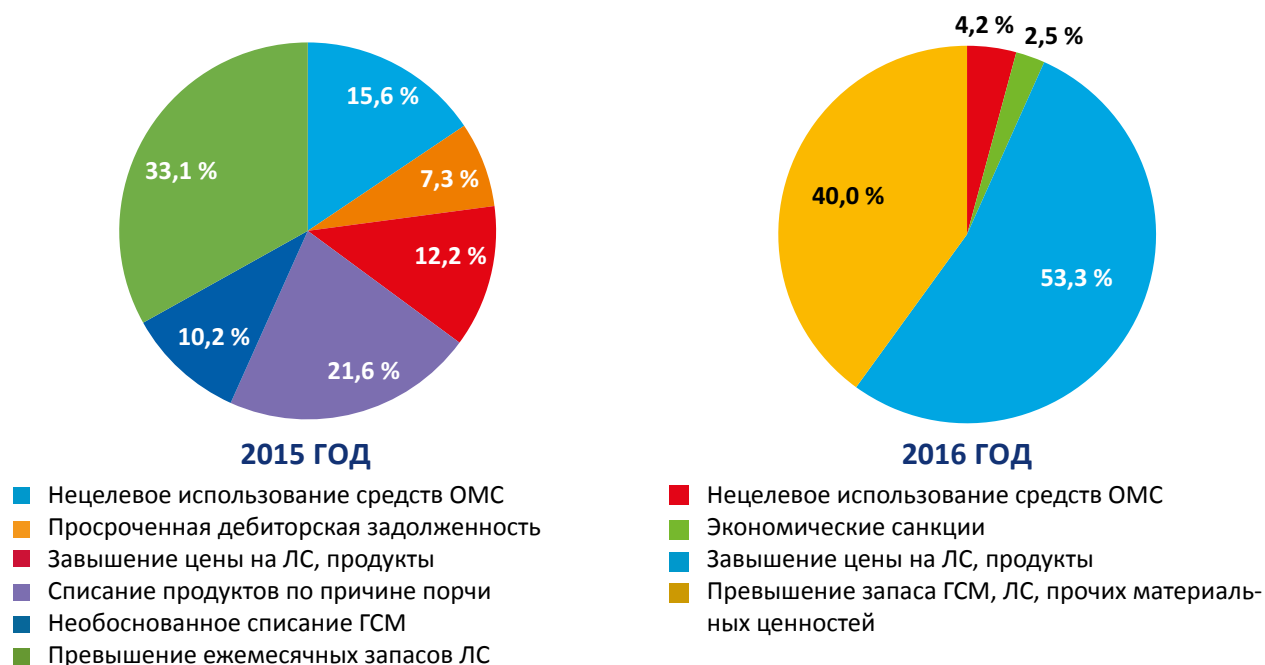
Эта деятельность помогает выявить факторы и условия, которые оказывают непосредственное влияние на эффективность использования средств.

Основными направлениями неэффективного использования средств ОМС в медицинских организациях являются:

- нецелевое использование средств ОМС;
- завышение цены на лекарственные средства, продукты питания;
- наличие просроченной дебиторской задолженности;
- необоснованное списание ГСМ;
- списание продуктов питания по причине порчи, истечения срока годности;
- превышение ежемесячных запасов лекарственных средств.



Рисунок 1.
Структура неэффективного использования средств ОМС в МО в 2015-2016 гг.



В 2015 г. специалистами ревизионной службы филиала выявлено неэффективное использование средств ОМС на общую сумму 1 781,9 тыс. рублей.

За 9 месяцев 2016 года сумма выявленного неэффективного использования средств ОМС увеличилась практически в три раза и составила 5 066,2 тыс. рублей (рисунок 1).

Это связано с тем, что специалистами филиала проводился более глубокий анализ расходов медицинских организаций на предмет эффективности использования средств ОМС с целью выявления в МО факторов, которые оказывают непосредственное влияние на сохранность материальных ценностей, сокращение потребления энергетических ресурсов, воды, тепловой энергии, организации экономического управления финансами. Кроме того, количество ме-

дицинских организаций, включенных в план проверок на 2016 г., увеличилось в 1,5 раза.

По окончании проверок проводятся обсуждения с руководителями и специалистами медицинских организаций по всем выявленным замечаниям, при необходимости оказывается методическая помощь. В дальнейшем ведется контроль за устранением замечаний.

Таким образом, филиал Фонда выполняет организационную, консультативно-методическую, контрольно-ревизионную, координирующую функцию на территориях в реализации задач в сфере здравоохранения и системы ОМС. Наша системная работа побуждает медицинские учреждения считать, анализировать, прогнозировать и влиять на улучшение показателей своей деятельности.



Тихонов Д.А.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

О ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ДЕЛОВЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЯХ И ПУБЛИКАЦИЯХ



ТИХОНОВ Д.А.,
начальник отдела
информационной безопасности

Представить доклад не просто в доходчивой форме, а с наглядными примерами, ярко, «с изюминкой» отчитаться о проделанной работе, не ограничившись отражением сухих фактов и выводов, а «оживив» их фотографиями или видеороликами, ознакомить заинтересованные структуры с успехами и перспективами развития. Казалось бы, благородная и важная задача. Но часто ли мы задумываемся о цене и средствах подобных наших инициатив?

Наша задача – рассмотреть вопрос использования персональных данных, опираясь на привычные категории: конфиденциальность, целостность и доступность информации.

Автор публикации или презентации ожидает, что он собрал необходимый дополнительный «улучшающий» материал (персональные данные) в презентацию или иной вид электронного документа, и теперь этот материал увидит (возможно, и услышит) его потенциальный слушатель. При этом автор полагает, что он точно знает, на какую аудиторию рассчитывает.

На самом деле, произошло несколько событий, о которых наш автор не задумался, выполнив процесс чисто механически, и лишь потому, что обладал такой возможностью. Вот такую схему жизненного цикла информации мы можем себе представить на самом деле:

- Получение данных.
- Обработка на этапе создания макета.
- Согласование проекта.
- Передача в аппаратуру воспроизведения или публикации.
- Хранение в аппаратуре воспроизведения.
- Уничтожение в аппаратуре воспроизведения.
- Уничтожение по инстанциям подготовки и согласования.

- Предоставление заинтересованным лицам.
 - Передача в информационные системы заинтересованных лиц.
 - Хранение в информационных системах заинтересованных лиц.
 - Передача другим заинтересованным лицам по цепочке.
 - Дальнейшее распространение информации.
- Рассмотрим этот процесс более подробно.

Информация из разрозненных источников или из специальных информационных систем собралась, сконцентрировалась на персональном компьютере автора. Таким образом, еще не попав к целевой аудитории, она размножилась и получила новую форму представления, которая уже может быть интересна и совсем другим лицам, не имеющим отношения к делу! Процесс подготовки презентации или статьи чаще всего длительный. Поэтому, пытаясь ускорить работу, для задействования своих мобильных возможностей автор размножает материал, оставляя копии на неучтенных и слабоконтролируемых носителях (флэшках), «передает» по электронной почте.

Слово «передает» взято в кавычки не случайно, ведь на самом деле этот термин не подразумевает полную аналогию передачи из рук в руки материального носителя. Производится множественное копирование информации: с персонального компьютера на сервер, с сервера на следующий сервер, а в конце – с сервера на конечную абонентскую точку. И везде остается копия!

Переданная через электронную почту информация попадает в резервные копии почтовых серверов. Где хранятся эти копии, проследить сложно, отмечу только, что удалить из резервной копии выборочную информацию невозможно! Тем более, что среднестатистический автор копирует таким образом материалы и на «внешние» почтовые сервера, т.е. третьим лицам.

Также стоит отметить, что не только непосредственно автор, но и все участники подготовки информационного материала аналогично заняты в многократном копировании информации на свои и чужие компьютеры.

Особо стоит отметить получение информации в «неочищенном» виде из первоисточника, где могут присутствовать специальные категории персональных данных, требующие особой защиты и не предполагающие иной обработки, кроме как в специально предназначенной информационной системе.

Вот несколько характерных видов возможной утечки информации на этом этапе, которые может допустить невнимательный или неквалифицированный пользователь:

- выборки из баз данных с сохранением на персональные компьютеры или сетевые диски;
- отправка информации по каналам, пусть даже корпоративной, но все-таки электронной почты, для дальнейшего обезличивания;
- фотографирование экрана компьютера с выведенными на экран персональными данными на собственные мобильные телефоны или планшеты.

Не забудем указать наличие не только авторов, соавторов, рецензентов, ответственных редакторов и других участников, на чьи компьютеры по каналам связи и на носителях копируются презентации и статьи.

Далее наша презентация попадает в презентационную технику. Обычно это ноутбук или стационарный компьютер, в котором также сохраняется копия информационного материала. Кроме того, участникам совещания материал может выдаваться опять-таки на неучтенные носители, в т.ч. и на личные флешки, отправляться по электронной почте. Далее этот процесс для автора становится вообще неконтролируемым.

В результате на этапе первичной подготовки презентации материал появляется даже не на нескольких, а на множестве компьютеров, на которых работает коллектив создателей и слушателей презентации. И расположены эти компьютеры не в одном здании, не в одном городе, и даже не в одной области или стране – некоторые из них расположены за рубежом (например, почтовые сервера). Или могут в любое время там оказаться (например, ноутбуки во время поездок в командировку или в отпуск). Данные оказались также на серверах и съемных носителях, и даже на одном или нескольких личных мобильных телефонах и планшетах.

Перед нами стояла задача: выделить и оценить характер мест хранения и масштабы копирования информации, вовлекаемой в процесс подготовки материалов публичных выступлений или служебных докладов. Мы рассмотрели его на примере подготовки презентации, рассчитанной на ограниченный круг слушателей. В этой статье мы не будем так подробно разбирать процесс подготовки публикаций, предполагающих широкий круг получателей информации, так как обозначенные характеристики процесса ока-

жутся схожими. Стоит лишь отметить некоторые характерные черты:

- характер конфиденциальности в отношении публикуемой информации сохраняется в данном случае лишь до момента публикации материала и связан как с авторским правом, так и с возможностью своевременной корректировки неточных или недостоверных сведений. Тем не менее, уязвимости в отношении персональных данных по-прежнему присутствуют;
- нарушение целостности персональных данных возможно на любом из этапов подготовки материала и может привести как к репутационным, так и к правовым рискам;
- нарушение конфиденциальности персональных данных также возможно: во-первых, на этапе получения информации из первоисточников (как уже отмечалось), во-вторых, в результате ошибочного включения персональных данных в публикуемый материал по недосмотру или недостаточной правовой подготовленности автора, рецензентов или ответственных редакторов.

Вспомним, что персональные данные – это особая категория информации. Обработка ее нормируется в Российской Федерации рядом законодательных и подзаконных нормативных актов, и допускается лишь с согласия субъекта персональных данных или в оговоренных законом случаях. Вот лишь краткая выборка самых основополагающих документов и их статей, применительно к системе обязательного медицинского страхования:

- Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»: Статья 6 «Условия обработки персональных данных», Статья 7 «Конфиденциальность персональных данных», Статья 9 «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных».

- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: Статья 10 «Застрахованные лица», Статья 44 «Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам».

- Федеральный закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ «Трудовой кодекс Российской Федерации»: Глава 14 «Защита персональных данных работника», Статья 86 «Общие требования при обработке персональных данных работника и гарантии их защиты», Статья 88 «Передача персональных данных работника».

- Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 № 51-ФЗ: Статья 152 «Защита чести, достоинства и деловой репутации», Статья 152.1 «Охрана изображения гражданина», Статья 152.2 «Охрана частной жизни гражданина».

В итоге трудно не согласиться с тем, что применять в рассмотренных обстоятельствах категорию «конфиденциальность» для персональных данных представляется проблематичным. Поэтому делаем выводы:

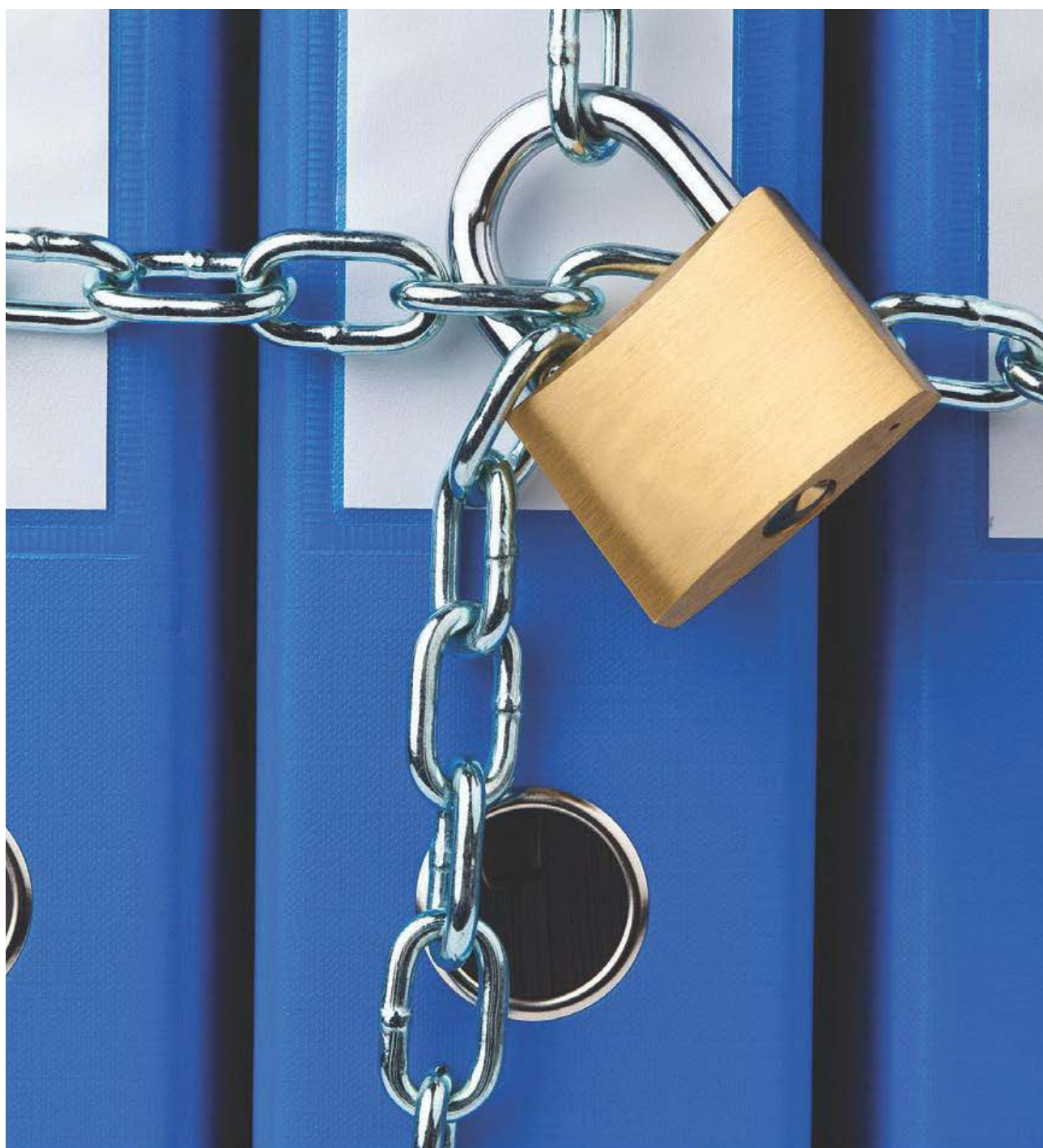
1. Необходимо избегать использования персо-

нальных данных в презентациях и докладах, где это возможно. Это позволит минимизировать риски для самих субъектов персональных данных, снизит репутационные риски учреждения или организации;

2. Если без каких-либо персональных данных теряется смысл доклада или существенной его части, то нужно, во-первых, обеспечить правовую подготовку: если данные получены не из публичных источников, получить согласие всех субъектов, публичные источники информации документировать; во-вторых, не использовать «чувствительные» и специальные категории персональных данных (сведения о месте жительства, состоянии здоровья, о финансовых дохо-

дах и расходах, о семейном положении, судимости и пр.), максимально обезличивать персональные данные; в-третьих, максимально ограничить количество используемых однотипных групп данных, избегая создания списков.

Хочется верить, что создание красивых, деловых, по-настоящему интересных докладов, презентаций и публикаций вполне возможно и без ущемления прав застрахованных по ОМС граждан и работников системы ОМС на неприкосновенность их частной жизни, обещанной Конституцией Российской Федерации. Давайте направим на это наши усилия и сделаем наш мир безопаснее и комфортнее для всех!



ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА В ОРГАНИЗАЦИИ



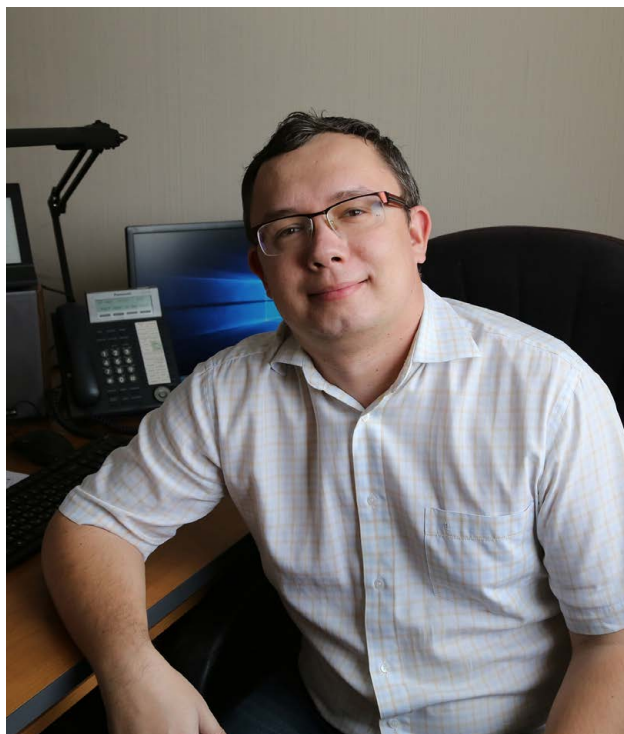
КЛИМОВА Л.А.,
начальник отдела кадров и делопроизводства

В условиях современного бизнеса эффективность работы организации во многом зависит от успешности и скорости управления информацией. Надежность хранения информации и легкий доступ для тех, кто в ней нуждается, является залогом успешной совместной работы. Системы электронного документооборота позволяют решить эту задачу, значительно повысив результативность и качество совместной деятельности работников.

В целях повышения эффективности работы специалистов ТФОМС Кемеровской области в разных областях их деятельности, а также в рамках внедрения в ТФОМС системы менеджмента качества в 2013 году была внедрена корпоративная система электронного документооборота и управления взаимодействием «DIRECTUM» (далее – СЭД). Она помогла вывести документооборот организации на качественно новый уровень.

Внедрение СЭД позволило решить следующие задачи:

1. Сократить внутреннее «хождение» бумажных документов, их не нужно распечатывать, снимать ко-



ТАРАСОВ В.А.,
начальник отдела системного администрирования

пии, относить заинтересованным лицам. Но полностью от бумажного документооборота пока уйти невозможно, так как на текущий момент в юридической практике преимущество имеют бумажные документы;

2. Уменьшить риск потери документов и затраты времени на их поиск. Не нужно искать необходимый документ в огромной стопке бумаг. Поскольку все это хранится в электронном виде, то найти документ можно гораздо быстрее;

3. Снизить затраты на расходные материалы. С внедрением такой системы нет необходимости закупать каждый месяц тонны офисной бумаги и прочих принадлежностей;

4. Управлять движением документов: не только знать, на какой стадии находится документ, но и воздействовать на процесс его движения;

5. Поддерживать высокую исполнительскую дисциплину, так как имеется возможность выявлять сотрудников, задерживающих выполнение работы;

6. Анализировать эффективность работы и загруженность персонала для оптимального распределения нагрузки и стимулирования работников;

7. Повысить качество управления в целом.

Первоначально были приобретены следующие модули:

- Базовый функционал;
- Канцелярия (работа с регистрационно-контрольными карточками) (далее – РКК);
- Управление договорами (создание, согласование договоров).

В 2014 году СЭД была переведена в промышленную эксплуатацию в офисе г. Кемерово, а в 2015 году к работе в ней подключились филиалы. Основные параметры работы в СЭД представлены на диаграмме 1.

Система электронного документооборота постоянно развивается, решая новые задачи. В этом году в связи с необходимостью автоматизации работы с обращениями граждан и организаций в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» внедрен модуль «Обращения граждан и организаций», а также запущены в эксплуатацию Web-сервисы интеграции «DIRECTUM». Модуль «Обращения граждан и организаций» позволяет вести регистрацию обращений, рассмотрение, исполнение поручений по обращению, контроль исполнения, направление ответа заявителю. Кроме того, есть возможность вести номенклатуру дел обращений, а также выполнять поиск информации по атрибутам.

В целях автоматизации процесса подготовки совещаний, ознакомления участников совещания с повесткой и контролем исполнения принятых на сове-

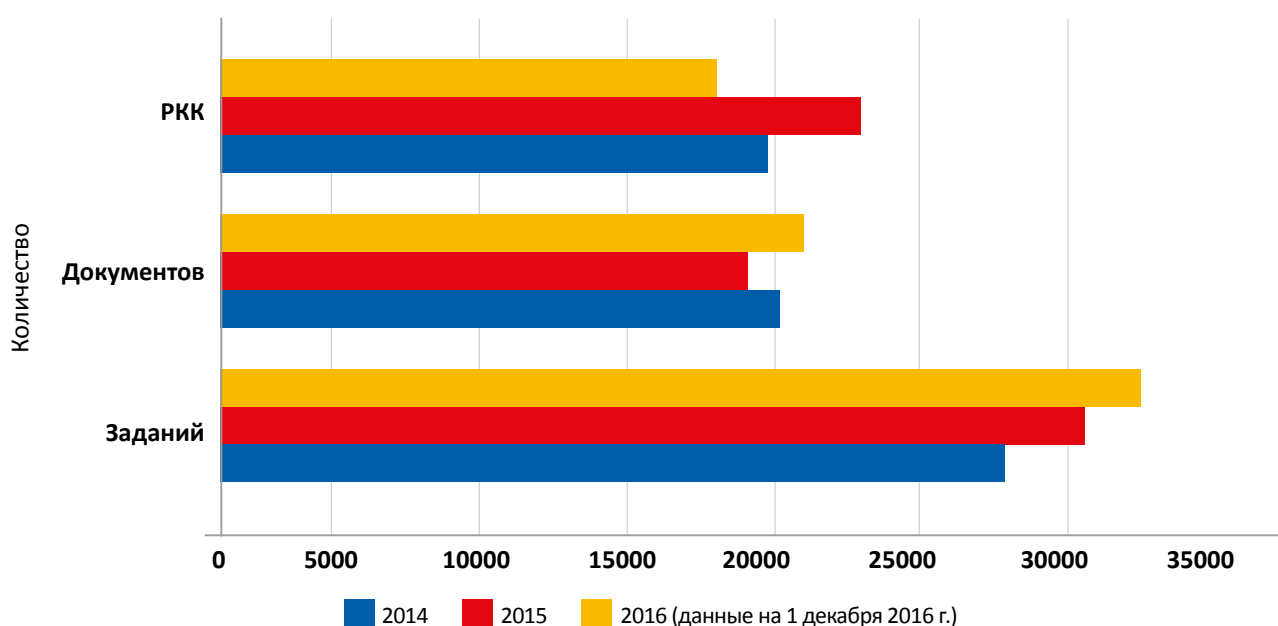


щании решений появилась необходимость внедрить модуль «Управление совещаниями и заседаниями» с возможностью интеграции с Microsoft Outlook. Данный модуль дает возможность контролировать весь жизненный цикл совещания, начиная от планирования и заканчивая исполнением поручений по результатам совещаний.

Систему электронного документооборота необходимо регулярно обновлять, чтобы поддерживать ее безошибочную работу и получать выгоду от новых возможностей системы. В связи с этим в 2016 году СЭД обновили с версии 4.9.1 до версии 5.3.

В целом отметим, что внедрение системы электронного документооборота – это ценное приобретение для организации, которое позволило существенно оптимизировать работу нашего предприятия, помогло решить множество проблем и ускорить процесс работы во многих направлениях деятельности.

Диаграмма 1.
Статистика использования СЭД «DIRECTUM»



Полукаров А.Н.

ГБУЗ КО «Новокузнецкий перинатальный центр»

ОПТИМИЗАЦИЯ СО ЗНАКОМ ПЛЮС

Как правило, в последнее время слово «оптимизация» употребляется исключительно в негативном контексте. Однако не стоит забывать, что у любого процесса всегда есть оборотная сторона медали.

Оптимизация здравоохранения осуществляется путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров. Так, с 1 июля 2015 года второй и третий родильные дома г. Новокузнецка вошли в состав Зонального перинатального центра (с 2017 года – ГБУЗ КО «Новокузнецкий перинатальный центр»).

Присоединение родильных домов к учреждению III уровня оказания медицинской помощи позволило оперативно решать проблемы учреждения, а именно:

1. Повысить доступность и качество медицинской помощи женщинам и детям;
2. Использовать гибкий график закрытия родильных домов на профилактическую дезинфекцию, предоставляя доступность специализированной медицинской помощи III уровня в течение всего года, в том числе беременным и роженицам с пороками развития, очень ранними родами и рождением детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела;
3. Снизить материнскую и младенческую смертность за счет взаимодействия всех структурных подразделений, улучшения качества работы акушерской службы всего города и юга Кузбасса путем усиления диагностических возможностей присоединяемых лечебных учреждений;
4. Оптимально решить кадровые проблемы в регионе, сохранив профессиональные кадры и повысив эффективность их использования путем взаимозаменяемости.

На базе Новокузнецкого перинатального центра в 2016 году начал работать акушерский дистанционный консультативный центр для врачей г. Новокузнецка и



ПОЛУКАРОВ А.Н.,
директор

юга Кузбасса с определением маршрута госпитализации в зависимости от необходимого уровня оказания медицинской помощи, а также для максимального приближения акушерской помощи III уровня.

Для нашего учреждения это не первая реорганизация. Так, в 2002 году произошло объединение акушерской и детской клиник. Реструктуризация позволила создать ведущий многопрофильный центр в сети учреждений Кузбасса в области охраны материнства и детства, где оказывается консультативная, диагностическая, медицинская и организационно-методическая помощь населению Новокузнецка и других городов юга Кузбасса. Это позволило сэкономить 2,5 млрд рублей федерального и регионального бюджетов на строительство перинатального центра в Новокузнецке.

За период работы учреждение постоянно развивается, создаются новые подразделения, внедряются новые технологии.

Для больных детей с острой и хронической почечной недостаточностью был создан единственный в области зал гемодиализа, в котором оказывается высококвалифицированная помощь больным с утраченной функцией почек. Проведено уже более 2300 таких процедур, пролечено 58 больных: 37 пациентов с острой почечной недостаточностью и острым почечным повреждением и 21 больной с хронической почечной недостаточностью.

На базе центра охраны здоровья семьи и репродукции продолжает работать одно из первых в Сибири отделение вспомогательных репродуктивных технологий. С 2013 года в отделении проводится экстракорпоральное оплодотворение в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования. За три года в регионе проведено 820 циклов ЭКО, из них 500 циклов в нашем учреждении.

На базе клинического родильного дома открыто отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и недоношенных детей, полностью переоборудованное для выхаживания детей с экстремально низкой массой тела, а также отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

Работает отделение амбулаторной хирургии, где проводятся малые и средние оперативные вмешательства детям в течение одного дня.

Открыт Центр здоровья для детей, основные функции которого – формирование здорового образа жизни и не допущение развития болезней.

В целях обеспечения доступности современных малоинвазивных хирургических вмешательств широ-

кому кругу пациентов с различной патологией гинекологического профиля населения г. Новокузнецка и юга Кузбасса в 2015 году на базе центра охраны здоровья семьи и репродукции открыт центр амбулаторной гинекологии.

В отделении детской хирургии и урологии (единственном на юге области), которому в 2016 году исполнилось 55 лет, продолжают осваивать современные эндоскопические методы лечения. В этом году в Новокузнецке провели лапароскопическую нефрэктомию – первую эндоскопическую операцию по удалению почки ребенку.

Мы планируем и дальше развиваться. Так, во втором родильном доме открываем отделение второго этапа выхаживания новорожденных детей.



Козырев Н.Н.

ГБУЗ КО «Юргинская городская больница»

ЗАБОТА О ЛЮДЯХ – ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЫ

С 2014 года в Юргинской городской больнице трудятся люди с ограниченными возможностями. Медики как никто другой знают, как важна для человека возможность вернуться к трудовому процессу после перенесенного заболевания и получения группы инвалидности.

В 2016 году Юргинская городская больница заняла 3 место во всероссийском конкурсе «Российская организация высокой социальной эффективности», предварительно став победителем на региональном этапе. Медицинские работники награждены Почетной грамотой от губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева и дипломом Правительства Российской Федерации. Почетные награды вручила заместитель Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец в Доме Правительства РФ.

ВЗВЕШЕННАЯ ПОЛИТИКА

Сегодня ГБУЗ КО «Юргинская городская больница» является крупной многопрофильной больницей, в состав которой входят 9 поликлиник и 10 стационарных отделений. В больнице трудятся 1125 сотрудников. Работа в непрерывном круглосуточном режиме обеспечивает оказание бесплатной и доступной медицинской помощи жителям Кемеровской области и смежных территорий. Программа модернизации здравоохранения позволила за последние пять лет значительно укрепить материально-техническую базу учреждения.

С развитием здравоохранения в Российской Федерации и в условиях необходимости обеспечивать устойчивое и безопасное функционирование, требования к лечебным учреждениям постоянно возрастают. В связи с этим постоянно появляются задачи, для решения которых возникает потребность в организации дополнительных рабочих мест. В ГБУЗ КО «Юргин-



КОЗЫРЕВ Н.Н.,
директор

ская городская больница» проводится взвешенная и поэтапная политика по созданию дополнительных рабочих мест. С этой целью создана комиссия, оценивающая потребность в дополнительных рабочих местах, отслеживающая эффективность проводимых мероприятий и экономическую целесообразность. Отдельным разделом программы с 2014 года является организация рабочих мест для инвалидов.

ДОСТИГЛИ ТРИ ЦЕЛИ

Трудоустройство людей с ограниченными возможностями является достаточно сложной социальной проблемой нашего города. Около 500 жителей города Юрги имеют группу инвалидности, из них 154 человека состоят на учете в Центре занятости населения г. Юрги в целях поиска подходящей работы. Люди с ограниченными возможностями долгое время состоят на учете в Центре занятости населения, так как для их трудоустройства необходимы специальные условия в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, разработанной специально для каждого инвалида. Учитывая тот факт, что больница является самым крупным учреждением с массовым пребыванием людей в городе, очень важно обеспечить правопорядок и антитеррористическую защищенность на её территории.



По государственной программе «Содействие занятости населению Кузбасса на 2014-2016 годы» в Юргинской городской больнице в течение 2014 года были созданы и введены в действие пять новых рабочих мест. Все рабочие места предназначены для трудоустройства инвалидов, состоящих на учёте в Центре занятости населения. Всего на реализацию программы выделено около 1,5 млн рублей.

Программа реализовывалась в два этапа. Первая заявка была подана на выделение средств на организацию четырех рабочих мест сторожей-вахтеров с использованием видеонаблюдения. На эти цели в больницу направили 383 тыс. рублей. На эти средства оборудованы рабочие места: приобретены 22 видеокамеры, установлен автоматический шлагбаум. Значительная часть общестроительных работ по обустройству рабочих мест осуществлялась за счет собственных средств больницы.

На средства в размере более 1 млн рублей, полученные от подачи второй заявки, провели работы по улучшению инфраструктуры больницы: реконструировали центральный вход в поликлинику, установили поручни, выполнили ремонтные работы санузла общего пользования для маломобильных групп населения. Кроме этого, отремонтировано и оборудовано всем необходимым помещение для работника с учетом особенностей передвижения – рабочее

место оснащено системой ГЛОНАСС с программным обеспечением по учету и контролю за передвижением автомобилей. В результате весь автотранспорт автотранспорта находится под постоянным контролем, что обеспечивает его эффективную работу и значительно экономит ГСМ. Экономия ГСМ благодаря этому составляет 30% от исходного уровня.

Мы достигли три важные цели: усилили меры антитеррористической защищенности, улучшили социальную и трудовую адаптацию инвалидов и оптимизировали расходы учреждения. Сотрудники с ограниченными возможностями ведут активный образ жизни, трудятся и участвуют в общественной жизни больницы, а также помогают более эффективно использовать ресурсы учреждения. Важность и востребованность их трудовых функций позволяет им чувствовать себя полноценными членами нашего общества.

Учитывая положительный опыт, в 2015 году были организованы ещё два рабочих места: сторожа-вахтера и архивариуса. В 2016 году мы продолжили мероприятия по организации рабочих мест для людей с ограниченными возможностями.

Работа, проводимая ГБУЗ КО «Юргинская городская больница», высоко оценена Правительством Российской Федерации, Администрацией Кемеровской области, Администрацией города Юрги, обществом инвалидов и ГКУ Центром занятости населения г. Юрги.



УРАВНЕНИЯ СО ВСЕМИ ИЗВЕСТНЫМИ...

Возможности медицины на сегодняшний день позволяют, как говорится, «творить чудеса». Малотравматичными операциями с минимальными сроками реабилитации сейчас уже сложно удивить, а вот методики, позволяющие успешно бороться с раком, вызывают восхищение. Одним из важнейших условий положительного результата лечения злокачественных опухолей является ранняя диагностика.

– Пока человек списывает недомогание на возрастные изменения и воспринимает такое состояние как нормальное, рак предстательной железы активно развивается. Как только течение болезни осложняется воспалением, метастатическими процессами, спасти пациента уже практически невозможно. Самое обидное в этой ситуации, что заболевание легко диагностируется и эффективно лечится, и главное – не потерять драгоценное время, – рассказывает заведующий нефрологическим отделением Кемеровской областной клинической больницы имени С.В. Беляева Андрей Геннадьевич Осипов.

– Андрей Геннадьевич, на каком этапе возникли сложности? Почему так затруднительно быстро подтвердить диагноз?

– Дело в том, что данное заболевание находится «на стыке» двух специальностей – урологии и нефрологии. Прежде, чем назначить лечение, необходимо поставить точный диагноз. Первоначально пациент сдает анализ крови, и при наличии определенных характерных изменений, которые указывают на возможную злокачественную опухоль, для подтверждения диагноза требуется диагностическое обследование – биопсия.

Вот на этом этапе до недавнего времени и возникали трудности. Все было разобщено. Нами был разработан четкий алгоритм действий обследования больных при подозрении на опухолевый процесс в предстательной железе. Теперь биопсия проводится



ОСИПОВ А.Г.,
заведующий нефрологическим отделением
«КОКБ имени С.В. Беляева»

в отделении УЗИ ГАУЗ КОКБ по направлению уролога под наблюдением врача-нефролога. В случае получения положительного результата пациент поступает в стационар, где начинается лечение. Данная услуга финансируется за счет средств ОМС.

Мы много говорим о доступности высококвалифицированной и своевременной медицинской помощи абсолютно каждому пациенту. В рамках данного метода идея доступности реализуется на 100 процентов.

– В чем уникальность данного метода?

– Диагностика в отделении УЗИ поставлена на поток, это не единичное обследование. Пациента наблюдает не просто терапевт, а врач-нефролог. Все обследование проводится в рамках одного многопрофильного лечебного учреждения, и, если вдруг возникает какое-то осложнение, мы имеем возможность привлечения специалистов-хирургов урологического отделения.

Кемеровская областная клиническая больница имени С.В. Беляева является ключевым учреждением в области, в котором проводится обследование и лечение пациентов с данной патологией. Полное обследование и лечение проводится в рамках программы ОМС. Абсолютная доступность для пациента дает возможность диагностировать рак на ранних сроках и сохранить жизнь больному. Еще раз повторюсь, при своевременном обнаружении болезни шансы на выздоровление очень велики.

Еще об одной услуге по диагностике онкогематологических больных. Речь идет о проведении биопсии лимфатических узлов с последующим иммуногистохимическим (ИГХ) исследованием биопсийного материала. Необходимость своевременной и современной диагностики больных злокачественными лимфомами и возможность ее организации обсуждалась участниками всероссийской конференции с международным участием, с которой вернулась заведующая гематологическим отделением Кемеровской областной клинической больницы Марина Владимировна Косинова.

– Марина Владимировна, чем опыт Вашего отделения так привлек коллег центральных клиник страны? Почему сегодня такое внимание уделяется злокачественным лимфомам?

– Во-первых, это очень часто встречаемое новообразование – около 70% из всех онкогематологических заболеваний. Во-вторых, это весьма агрессивно протекающая злокачественная опухоль.

Лимфома – опухолевое образование из лимфоидной ткани, которое поражает лимфоузлы, печень, селезенку, костный мозг. Кроме того, существуют так называемые экстранодальные лимфомы, которые образуются вне лимфатических узлов и поражают внутренние органы.

Из 1100 госпитализаций в год в гематологическое отделение Кемеровской областной клинической больницы порядка 700 – это больные злокачественными лимфомами.

На сегодняшний день абсолютно достоверно известно, что успешное лечение злокачественных лимфом напрямую зависит от точной и своевременной диагностики. Что значит точная диагностика? В настоящее время возможно определение антигенных маркеров опухоли на основании иммуногистохимического исследования биоптата опухоли. На этом основано применение новых препаратов – таргетов, которые воздействуют непосредственно на опухолемитени. В отличие от традиционной химиотерапии, воздействующей на все клетки организма, таргетные препараты действуют только на опухолевые клетки, не повреждая здоровые. Посредством такого лечения можно избежать многих осложнений традиционной химиотерапии и более эффективно лечить саму опухоль.

ИГХ-исследования требуют наличие специального оборудования и подготовленного врача-гистолога с большим опытом. Этим занимаются специализированные лаборатории, ближайшая к нам находится в Новосибирске. Специалисты этой лаборатории имеют достаточную квалификацию самого высокого уровня, в спорных случаях имеется возможность получения консультации у коллег из подобных лабораторий Москвы, Санкт-Петербурга, Германии.



КОСИНОВА М.В.,
заведующая гематологическим отделением
«КОКБ имени С.В. Беляева»

– От правильной организации диагностики, лечения и доступности этих методов зависит жизнь больных. Поэтому наш опыт организации помощи этим больным за счет средств ОМС так заинтересовал моих коллег-гематологов из других регионов, – продолжает Марина Владимировна. – Мы прописали маршрутизацию больных, выстроив четкую схему: максимальное сокращение времени от появления симптомов у больного до обращения к врачу-гематологу ГАУЗ КОКБ, срочное направление к хирургу на биопсию лимфоузла в условиях дневного стационара одного дня с направлением материала на ИГХ-исследование и получением результатов через интернет-почту. На все обследование уходит 10-14 дней. Медицинская услуга биопсии лимфоузла в дневном стационаре с ИГХ-исследованием осуществляется за счет средств ОМС.

Кроме того, для повышения доступности медицинской помощи и сокращения сроков ожидания больных с злокачественными лимфомами руководством нашей больницы внедрены такие медицинские услуги, как применение химиотерапии и введение моноклональных антител в условиях дневного стационара.

Таким образом, за счет проведения ранней диагностики на самом современном уровне и возможности применения схем таргетной терапии по международным стандартам за счет средств ОМС, мы можем значительно улучшить результаты лечения и увеличить сроки выживаемости этих больных.

*Материал подготовлен
пресс-службой ГАУЗ «КОКБ им. С.В. Беляева»*

Агаджанян В.В.

ГАУЗ КО «Областной клинический центр
охраны здоровья шахтеров»

КАЧЕСТВЕННАЯ И СВОЕВРЕМЕННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС

ГАУЗ КО «Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров» сотрудничает с Территориальным фондом ОМС с 1994 г. Все эти годы нашей главной задачей является обеспечение качественной и своевременной первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощью работников угольных предприятий, их детей, родных и близких, ветеранов-шахтеров и населения прикрепленных участков.

Сегодня, когда требования к характеру, объему и качеству оказания медицинской помощи населению учреждениями здравоохранения только возрастают, большая роль в сохранении и укреплении здоровья населения отводится именно поликлиническому обслуживанию пациентов.

В поликлинике центра охраны здоровья шахтеров проводятся все необходимые мероприятия по профилактике, диагностике и лечению заболеваний. Ежегодно медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается 50 тыс. человек, более половины из которых (около 35 тыс. человек) работники угольной промышленности, около 14 тыс. – дети и члены семей шахтеров.

Поликлиническая помощь работникам угольных предприятий г. Ленинска-Кузнецкого и шахт Полысаево осуществляется на восьми цеховых терапевтических участках, доврачебная медицинская помощь оказывается в здравпунктах, расположенных на предприятиях. В поликлинике для взрослых работают пять территориальных участков, обслуживающих население г. Ленинска-Кузнецкого.

Поликлиника центра располагает большими возможностями. Здесь ежедневно ведут прием профильные специалисты, такие как кардиолог, невро-



АГАДЖАНЯН В.В.,
главный врач, заслуженный врач РФ,
д.м.н., профессор, академик РАЕН

лог, пульмонолог, онколог, аллерголог-иммунолог и другие. Врачи-специалисты поликлиники работают и с неприкрепленным населением – на основании направления лечащего врача из поликлиники прикрепления. Осуществляется постоянный консультативный прием специалистами стационара: кардиолога, невролога, хирурга, нейрохирурга, травматолога-ортопеда. Кроме того, ежедневно участковые врачи выезжают на вызовы по неотложной помощи.

Одно из главных направлений нашей работы – снижение заболеваемости среди жителей угледобывающих регионов. Важное значение при этом имеет раннее выявление заболеваний, чему немало способствует проведение диспансеризации на базе центра. Поликлиника занимается диспансеризацией уже более 10 лет – с 2005 года проводит профилактические осмотры. Кроме того, с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний уже третий год в поликлинике работает отдельное структурное подразделение – отделение профилактики. Здесь проводится повозрастная диспансеризация прикрепленного населения и профилактические медицинские осмотры. Одной из важнейших задач для врачей остается раннее выявление онкологических заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой системы, туберкулеза.

Среди прикрепленного к поликлинике населения отдельная работа проводится и с контингентом особого внимания: врачи поликлиники регулярно приглашают на диспансеризацию участников афганской и чеченских войн, ликвидаторов аварии на ЧАЭС, работающих на прикрепленных предприятиях и проживающих на прикрепленных участках. Под постоянным медицинским контролем находится здоровье 60 ветеранов ВОВ и вдов ветеранов, для которых ежегодно проводится диспансеризация с выездом

специалистов к ним на дом.

Центр охраны здоровья шахтеров не перестает успешно внедрять в повседневную практику высокотехнологичные методы лечения с использованием последних достижений науки и техники. Так, на базе поликлиники успешно работает центр амбулаторной хирургии, в котором выполняются малоинвазивные операции, не требующие госпитализации пациента. Врач назначает лечение, оперирует и наблюдает больного на амбулаторном этапе. Для наших пациентов это очень важно, так как большинство из них могут приступать к труду уже через 5-7 дней.

С мая 2016 г. в структуру поликлиники входит травматологический пункт. Здесь оказывается экстренная медицинская помощь и взрослым, и детям. Круглосуточный прием ведут врачи травматологи, нейрохирурги, проводятся рентгенологические исследования, оказывается экстренная медицинская помощь пострадавшим с ожоговой, холодовой травмой, электротравмой, а также пострадавшим в результате несчастных случаев, дорожно-транспортных происшествий или производственной травмы. Проводится первичная иммунопрофилактика бешенства, клещевого энцефалита, столбняка.

Особое место в структуре центра охраны здоровья шахтеров занимает детская поликлиника. Здесь обслуживают 7600 человек детского населения. Первичная медико-санитарная помощь детям и подросткам оказывается врачами-педиатрами на восьми педиатрических участках и в шести образовательных учреждениях. Врачи и медсестры детской поликлиники каждый день посещают более 70 маленьких пациентов из пяти районов города.

Специализированную медицинскую помощь оказывают специалисты консультативно-диагностического отделения. Кроме того, при наличии направления ведется прием детей, прикрепленных к другим поликлиникам города, а также иногородних пациентов.

С 2013 г. расширился объем проводимых обследо-

ваний и лабораторных и функциональных исследований за счет средств ОМС. Особое внимание уделяется детям первого года жизни, семилетним детям (перед поступлением в школу) и подросткам. Все данные вносятся в электронные базы данных.

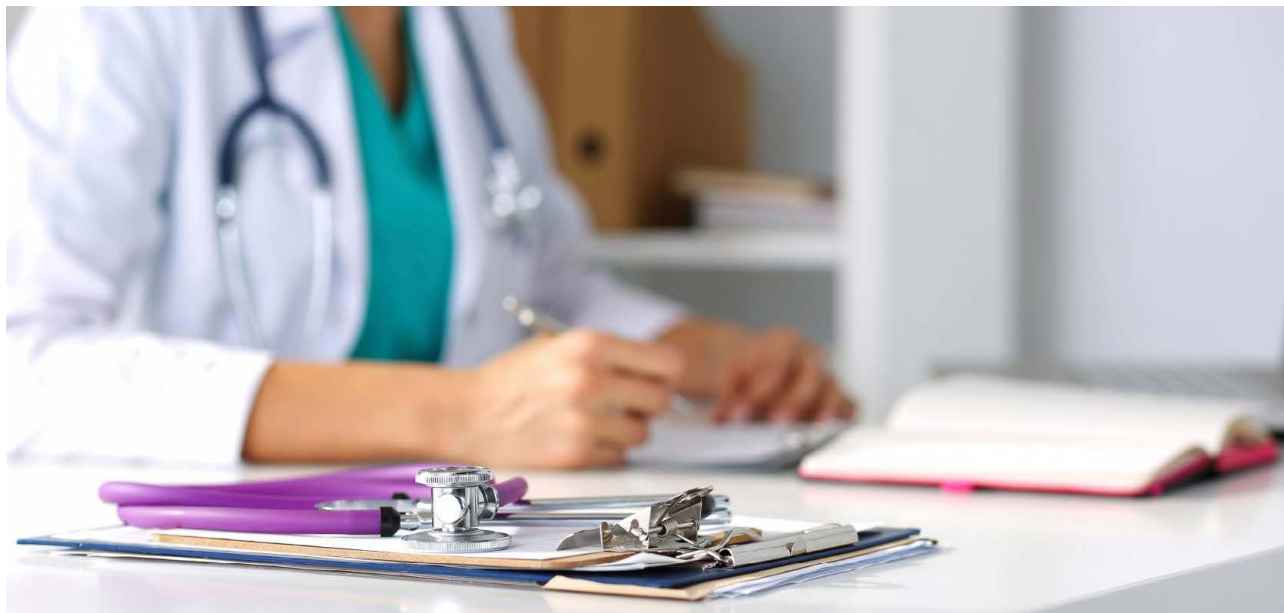
С первых дней жизни ребенок находится под непрерывным наблюдением участкового врача и медицинской сестры. Дети получают расширенный объем диагностических исследований и наблюдение врачей специалистов. Детская поликлиника центра, пожалуй, единственная в области имеет возможность обследовать 100% новорожденных на ЭХО-КГ. Это позволяет выявлять врожденную патологию сердца уже в раннем возрасте. И в большинстве случаев уже к 2-месячному возрасту такие дети оперируются и проходят реабилитацию.

По результатам осмотров разрабатывается программа оздоровления, лечения и реабилитации с учетом выявленных заболеваний. В случае выявления патологии пациенты направляются на лечение, операцию.

С 2013 г. начато проведение диспансеризации детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. С 2014 г. к этой группе детей относятся и воспитанники социального приюта «Радуга» г. Ленинска-Кузнецкого.

Иммунизация детей и подростков – это еще одна важная составляющая работы детской поликлиники. Благодаря грамотно организованной работе в текущем году вакцинацию от гриппа получили 4200 детей. Активно проходит иммунизация против клещевого энцефалита.

Многолетний опыт работы нашего учреждения с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области показывает важность и значимость нашей совместной деятельности. Стабильность и надежность системы ОМС помогает нам оказывать медицинскую помощь нашим пациентам своевременно и качественно.



КОМПЛЕКСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА, ОКАЗЫВАЕМАЯ КОНТИНГЕНТУ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ, В ГБУЗ КО «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН»



СЕЛЕДЦОВА О.В.,
начальник ГБУЗ КО «ОКГВВ»

Оказание качественной комплексной медицинской помощи, повышение ее доступности для всех категорий граждан остается актуальной задачей. С учетом сложившейся демографической картины увеличения продолжительности жизни, профилактическое направление занимает приоритетные позиции в современном здравоохранении. Одним из основных механизмов его реализации является проведение диспансеризации, как по возрастной, так и для определенных категорий граждан. В Областном клиническом госпитале для ветеранов войн ежегодно получают медицинскую помощь более 2200 пациентов, имеющих статус «Контингент особого внимания» (КОВ). 70 процентов из них – это жители территорий области, из которых 22 процента проживают в селах, где в условиях кадрового врачебного дефицита сложно провести необходимый пациентам диспансерный осмотр.

В 2015 г. сотрудниками ГБУЗ КО «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» разработана программа, цель которой – проведение углубленного комплексного обследования проживающих на территориях области пациентов. Этот вид услуги получил название Комплексная Медицинская Услуга (КМУ). Она предназначена для отдельных категорий контингента особого внимания: для участников Великой Отечественной войны (УВОВ), инвалидов ВОВ (ИВОВ), тружеников тыла, репрессированных и впоследствии реабилитированных граждан, узников концлагерей, вдов УВОВ и ИВОВ, жителей блокадного Ленинграда (диаграмма 1).

Что же явилось основной задачей этого проекта? Значительная часть получивших КМУ – это граждане

старшей возрастной группы, для которой типичны ограничения мобильности и полиморбидность (таблица 1).

Для того чтобы получить необходимую консультативную помощь или диспансерный осмотр пожилым людям, особенно селянам, необходимы повторные, утомительные для их здоровья поездки на значительные расстояния. Поэтому Территориальный фонд ОМС принял решение финансировать программу по проведению диспансерных осмотров и необходимого объема обследования для вышеуказанных категорий КОВ за время их лечения в госпитале.

В состав комплексной бригады врачей входят: невролог, оториноларинголог, эндокринолог, офтальмолог, хирург, акушер-гинеколог, дерматовенеролог, уролог, терапевт.

Перечень исследований представлен: липидограммой, тиреотропным гормоном, простатспецифическим антигеном (PSA – для мужчин), антигеном аденогенных раков – СА 125 и мазком на цитологию (для женщин). Проводились консультации врачей-специалистов колопроктолога и сурдолога, а также дополнительные исследования: общего трийодтиронина и свободного тироксина, HbA 1C, УЗИ органов малого таза, брюшной полости, щитовидной железы; рентгенография различных отделов опорно-двигательного аппарата, эндоскопическое исследование.

Результатом проведенной работы стали впервые выявленная патология почти у 13% пациентов: повышение уровня PSA у 64 мужчин, уровня СА-125 у восьми женщин, уровня Hb A 1C у 37 человек (22 – женщины, 15 – мужчин); злокачественное новообразование желудка и кишечника у четырех человек (2-х мужчин и 2-х женщин); глаукома – 4 случая (три – у женщин, один – у мужчины); язвенная болезнь желудка – у одного мужчины и желчекаменная болезнь у пяти женщин. Не требует комментариев важность раннего выявления такой па-

Диаграмма 1.
Количество обследований (КМУ) в разрезе КОВ в 2016 году

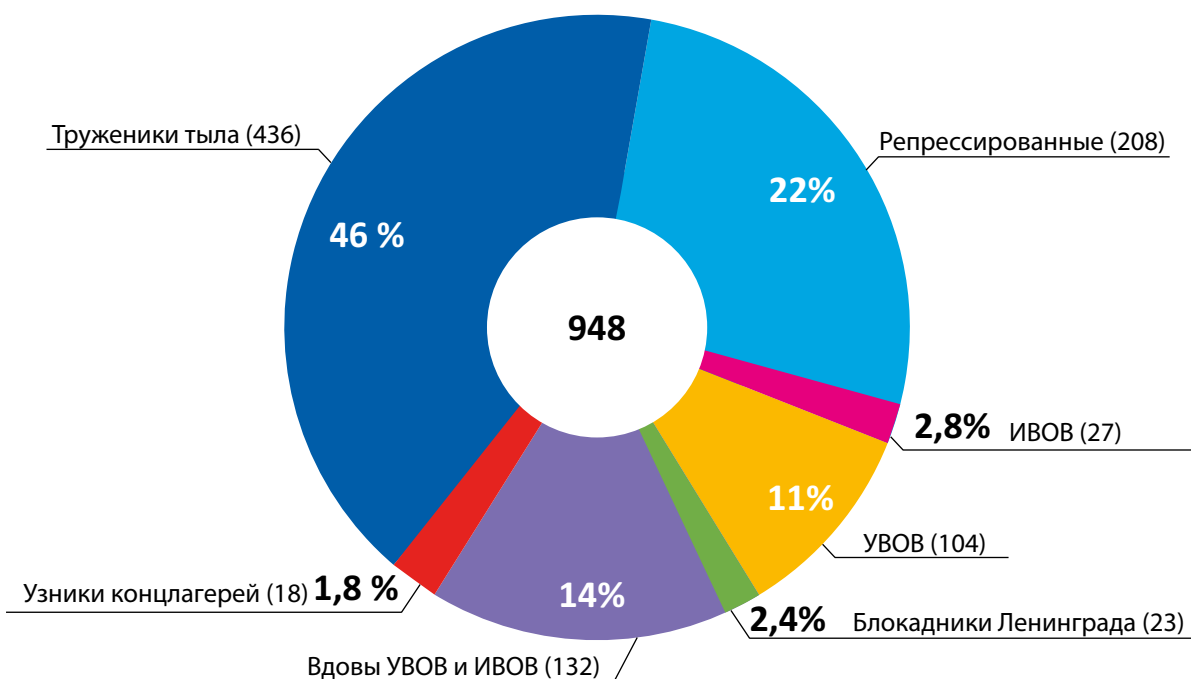


Таблица 1.
Количество обследований (КМУ) с учетом пола и возраста в 2016 году

Возраст	До 60		61-69		70-79		80-89		90+		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	1	0,1	4	0,4	39	4	243	26	52	5,5	339	35,8
Женщины	2	0,2	1	0,1	111	12	431	45	64	6,8	609	64,2
Всего	3	0,3	5	1	150	16	674	71	116	12,2	948	100,0

тологии. По итогам диспансерного осмотра каждому пациенту заполнялась карта КМУ КОВ, включающая заключения врачей-консультантов и результаты обследования. Все данные вносились в выписку пациента.

Залогом успеха проекта явились: оптимальная организация проведения КМУ администрацией ОКГВВ, финансовое обеспечение средствами ОМС и материальная заинтересованность медицинских работников в данном виде деятельности, так как часть финансовых средств была направлена на заработную плату медиков.

Таким образом, разработка и создание условий для реализации программы «Комплексная медицинская услуга» позволили:

- приблизить качественную медицинскую помощь для населения отдаленных территорий области;
- обеспечить ее проведение в наиболее оптимальных условиях для пациентов пожилого и старческого возраста из состава КОВ;
- выявить социально значимые заболевания и состояния, коррекция которых должна способствовать улучшению качества и повышению продолжи-

тельности жизни кузбассовцев, что согласуется с концепцией нацеленности на поддержание активного долголетия в ведении пациентов старшей возрастной группы.



Соломатина Е.Б.

ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского»



СОЛОМАТИНА Е.Б.,
заместитель главного врача по экспертизе
временной нетрудоспособности

О ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ

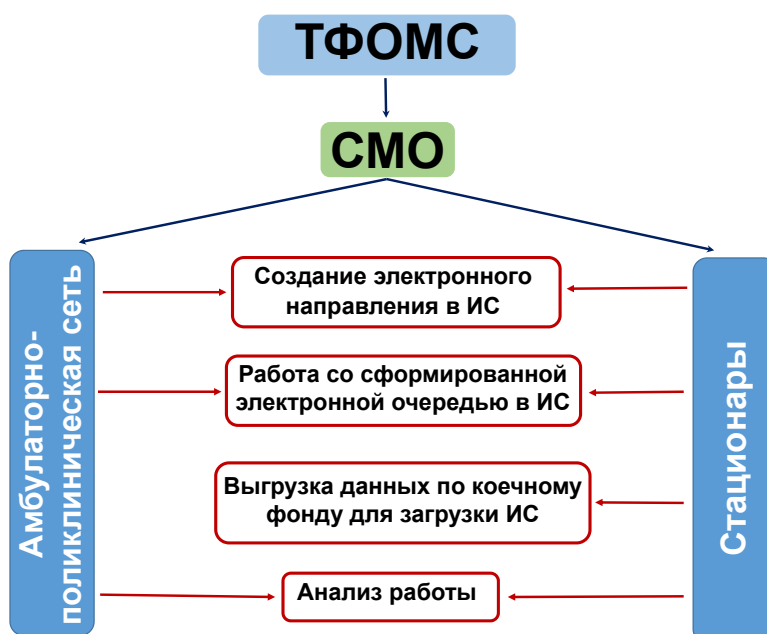
В рамках взаимодействия участников системы обязательного страхования (далее – ОМС) формируется много автоматизированных технологий, расширяется возможность информационного взаимодействия участников системы (пациент – медицинская организация (далее – МО) – страховая медицинская организация (далее – СМО) – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС).

В целях реализации требований главы XV Правил обязательного медицинского страхования приказа

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2013 № 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования» и приказа ФФОМС от 31.12.2013 № 294 «Об утверждении формы отчетности» ТФОМС КО разработал информационную систему по формированию электронной очереди для плановой госпитализации.

Первоначально в опытную эксплуатацию вступили в качестве «пилотов» несколько медицинских организаций города. ГАУЗ КО «Областная клиническая больница скорой медицинской помощи имени М.А. Подгорбунского» по собственной инициативе вступила в «пилотный» проект.

Рисунок 1.
Схема взаимодействия в информационной системе «Управление госпитализацией»



ЗАДАЧИ ИС

«УПРАВЛЕНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ»

1. Рациональное использование коечного фонда в круглосуточных и дневных стационарах;

2. Доступность плановой помощи застрахованным по ОМС на всей территории Кемеровской области;

3. Сокращение сроков ожидания пациентами консультативного приема специалистов различных профилей в отделения стационаров различных уровней.

В процессе взаимодействия с ТФОМС разработчики информационной системы рассмотрели предложение МО визуализировать для амбулаторной сети реальную возможность плановой госпитализации, без привязки к коечному фонду стационара. В то же время специалисты консультативной поликлиники медицинской организации имеют возможность самостоятельно формировать электронные направления и определять дату плановой госпитализации, минуя поликлиники прикрепления.

Первоначально заполнение электронного направления занимало много времени, а некорректное заполнение полей приводило к сбоям в системе. В связи с этим на обсуждение ТФОМС вынесена тема о возможности интеграции электронного направления с базой застрахованных по ОМС. Данный процесс был реализован, что позволило осуществлять автоматическое заполнение многих полей направления.

С февраля 2016 года ИС «Управление госпитализацией» внедрена во всех медицинских организациях Кемеровской области.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

- Экономия времени при формировании электронного направления;
- Возможность автоматического заполнения

полей направления;

- Соблюдение защиты и безопасности персональных данных;
- Доступность записи в профильные отделения стационаров различного уровня и географического расположения иногородним пациентам;
- Возможность планирования рабочего времени для консультативного приема и отбора на госпитализацию;
- Использование ИС в перспективе для формирования очередности по направлению на различные лечебно-диагностические услуги и отдельные медицинские технологии;
- Использование заочных консультаций и заключений при реализации возможности загрузки файлов формата .pdf;
- Возможность внутреннего аудита для руководителей МО или специалистов, ответственных за внедрение.

ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

В числе проблем, которые возникают при использовании информационной системы «Управление госпитализацией», можно назвать:

- дополнительные временные затраты для специалистов стационарной сети при некорректном заполнении электронных направлений;
- одновременное участие всех МО в ИС.

Для объективной оценки работы информационной системы специалисты ТФОМС проводят социологический опрос (анкетирование), позволяющий оптимизировать работу ИС.

Взаимодействие участников системы ОМС при использовании ИС «Управление госпитализацией» повысит не только удовлетворенность пациента, но и качество оказания медицинской помощи.



Бабарыкина С.В.

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»



БАБАРЫКИНА С.В.,
директор ООО «АльфаСтрахование-ОМС»
филиал «Сибирь»

25 ЛЕТ ВМЕСТЕ!

25 лет специалисты «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» осуществляют организацию и мониторинг доступности медицинской помощи населению Кемеровской области, контролируют качество предоставленных услуг и обеспечивают защиту прав застрахованных.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СПРАВКА:

- Страховая медицинская организация основана в Кузбассе 13 декабря 1991 года, вела деятельность под названием «Областная больничная касса «Кузбасс».
- В июне 1992 года создана медицинская служба для организации взаимодействия с ЛПУ при оказании медицинской помощи застрахованным и осуществления контроля качества оказания медицинской помощи.
- В декабре 1994 года впервые в практике страховых медицинских организаций России создана служба защиты прав застрахованных.
- В марте 2006 года произошло переименование в ОАО СМО «Сибирь».
- В июле 2011 года страховая медицинская компания вошла в состав группы «АльфаСтрахование» консорциума «Альфа-Групп».
- 1 апреля 2014 года СМО «Сибирь» переименована в ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь». Став частью большой команды профессионалов, филиал «Сибирь» перешел на новый качественный уровень развития.

ДОВЕРИЕ

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» – лидер на рынке обязательного медицинского страхования Кузбасса, сегодня – часть одной из крупнейших

страховых компаний федерального уровня. «АльфаСтрахование-ОМС» занимает 5 место в РФ по числу застрахованных в системе ОМС. Лицензия компании ОС № 0193-01 ЦБ РФ на оказание страховых услуг в сфере ОМС выдана бессрочно.

В условиях свободного выбора компания сохранила своих клиентов и продолжает активные действия по охвату страхованием незастрахованных жителей Кузбасса. Ежедневно офисы посещают порядка 3 тысяч человек. Сегодня компании доверяют более 2,4 млн жителей Кузбасса, доля рынка составляет порядка 90%.

Сотрудничество с медицинскими организациями, оперативное предоставление услуг, ответственное отношение к работе, системный подход в обслуживании и высокое качество сервиса – все это обеспечивает постоянный приток новых клиентов.

ДОСТУПНОСТЬ

Сегодня в Кузбассе функционируют 64 пункта выдачи филиала «Сибирь». Сделать доступным обязательное медицинское страхование помогает организация выездных мобильных пунктов выдачи полисов ОМС на отдаленных сельских территориях и предприятиях, система информирования граждан о готовности полиса единого образца, включающая СМС-оповещение, личные телефонные звонки, автодозвон, а также почтовые уведомления. Для определенных категорий граждан действует курьерская доставка полисов ОМС на дом, которая пользуется особой популярностью среди лиц старшего возраста.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ОТКРЫТОСТЬ

Информирование населения специалистами «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» осуществляется посредством прямых контактов, с ис-

пользованием средств массовой информации, а также путем распространения имиджевой продукции.

Для того чтобы жители регионов знали как можно больше о системе обязательного медицинского страхования, понимали свои права и возможности, а также в полной мере были осведомлены о деятельности, «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» использует различные инструменты информирования: размещает новости в региональных и федеральных печатных средствах массовой информации, на телевидении, радио, сайте компании alfastrahoms.ru и других сайтах в сети интернет, проводит «круглые столы» и «Дни страховщика» на предприятиях и организациях, в учебных заведениях, сельских администрациях, участвует в выставках, ярмарках и других общественно значимых мероприятиях, размещает информацию на стендах в медицинских организациях.

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» систематически информирует застрахованных об изменениях в системе ОМС и текущей работе компании, регулярно актуализирует адреса пунктов выдачи полисов обязательного медицинского страхования.

В целях повышения информированности застрахованных с 2016 года работает мобильное приложение «АльфаСтрахование-ОМС», его можно скачать бесплатно в AppStore и Google Play.

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ

«АльфаСтрахование-ОМС» – социально-ориенти-

рованная компания, участник и партнер многих социальных и региональных проектов. Особое внимание уделяется профилактике и охране здоровья граждан, а также пропаганде здорового образа жизни, физической культуры и массового спорта. Традиционно проводятся акции, в рамках которых осуществляется курьерская доставка полисов ОМС единого образца, с застрахованными проводится информационно-разъяснительная работа с вручением информационного материала, в том числе буклеты «О здоровом питании», «Здоровое сердце», «Как бороться со стрессом», «Зарядка для глаз», «Диспансеризация» и др.

Ежегодно в Кузбассе с участием филиала проходят более 150 мероприятий, направленных на поддержку детей, воспитанников детских домов и приютов, многодетных и малообеспеченных семей, ветеранов Великой Отечественной войны, людей с ограниченными возможностями.

ПРИЗНАНИЕ

В 2016 году рейтинговое агентство RAEX («Эксперт РА») подтвердило рейтинг «АльфаСтрахование-ОМС» на уровне «А++» или «исключительно высокий уровень надежности и качества услуг», прогноз по рейтингу – «стабильный».

Рейтинг подтвержден благодаря большому количеству проводимых компанией экспертиз качества медицинской помощи и тематических экспертиз. Также положительное влияние на рейтинг оказали вы-

99 97 № 747743

СВИДЕТЕЛЬСТВО

о присвоении рейтинга

Рейтинговое агентство «Эксперт РА» присвоило

РЕЙТИНГ

НАДЕЖНОСТИ И КАЧЕСТВА УСЛУГ

ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

В краткосрочной перспективе страховая медицинская организация с исключительно высокой вероятностью обеспечит своевременное и качественное выполнение всех финансовых и нефинансовых обязательств, как текущих, так и возникающих в ходе деятельности. В среднесрочной перспективе существует высокая вероятность своевременного и качественного исполнения обязательств даже в условиях существенных неблагоприятных изменений макроэкономических и рыночных показателей.

Срок действия с 12.09.2016 до 09.09.2017
либо до момента изменения рейтинга

Президент
АО «Эксперт РА»
Д. Э. Гришанков
12.09.2016



В течение срока действия рейтинга Агентство имеет право изменить или досрочно отменить рейтинг при выявлении факторов, кардинальным образом влияющих на надежность и качество услуг Компании. Актуальная информация о рейтинге размещена на сайте www.raexpert.ru.

INTERNATIONAL GROUP OF RATING AGENCIES



А++

**Исключительно высокий
уровень надежности
и качества услуг**

сокая частота выявления нарушений по экспертным случаям и низкая доля нарушений в экспертной деятельности «АльфаСтрахование-ОМС».

«Эксперт РА» отмечает высокий уровень обращаемости граждан в СМО и высокую долю удовлетворенных жалоб – 100% от обоснованных жалоб за 2015 г. Аналитики агентства отметили социальную значимость деятельности компании.

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» заслужил признание не только со стороны своих клиентов, но и от авторитетного жюри региональных конкурсов. По итогам регионального конкурса «Финансовый рынок Кузбасса» компания стала победителем в номинации «Лучшая медицинская компания – 2016», по итогам конкурса «Бренд Кузбасса – 2015» филиал «Сибирь» – лауреат в номинации «Лучший бренд Кузбасса – лидер продаж» в группе «Страхование».

В адрес компании регулярно приходят благодарственные письма от администраций муниципальных образований, социально-реабилитационных центров и детских домов за оказанную поддержку и проведение социально-благотворительных мероприятий на территории области.

ОСВАИВАЕМ НОВОЕ

Большое внимание в своей работе «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» уделяет сопровождению застрахованных лиц на всех этапах получения медицинской помощи. В 2016 году в «АльфаСтрахование-ОМС» проведена подготовка к реализации проекта страховых представителей. Данный проект инициирован Минздравом РФ, создан при поддержке Федерального фонда ОМС и с 1 июля заработал во всех регионах. В задачи страховых представителей входит информирование людей по всем вопросам, связанным с получением бесплатной медицинской помощи.

Филиал «Сибирь» активно участвовал в разработке проекта института страховых представителей. До запуска проекта специалисты управления защиты прав застрахованных прошли обучение в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова, после чего проделана масштаб-

ная организационная работа.

Также в этом году запущен пилотный проект сопровождения застрахованных лиц при прохождении диспансеризации. Для его реализации определено количество медицинских организаций, участвующих в проекте, проанализированы реестры прошедших диспансеризацию в текущем году. Тем, кто не прошел диспансеризацию, отправлены СМС-сообщения о необходимости обратиться в поликлинику и проверить свое здоровье.

ЭТО ИНТЕРЕСНО

В честь 25-летия при замене медицинского полиса ОМС на полис ОМС единого образца «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» вручает сервисные карты со скидками от партнеров.

Сервисная карта не является полисом ОМС, при обращении за медицинской помощью застрахованному обязательно следует иметь полис обязательного медицинского страхования единого образца.

Для наших клиентов компании партнеры приготовили скидки и системы лояльности, которыми может воспользоваться каждый застрахованный. Перечень скидок, предоставляемых компаниями-партнерами при предъявлении сервисной карты, можно посмотреть на сайте www.alfastrahoms.ru.

ВЫБОР РАДИ БУДУЩЕГО

Есть еще один важный критерий в пользу выбора именно «АльфаСтрахование-ОМС» в качестве страховой компании по ОМС – новый продукт «Выбираю@Здоровье!» для всех застрахованных граждан.

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» обеспечивает право населения на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи, в случае оказания некачественных медицинских услуг защищает интересы клиентов.

Высокие показатели работы, доверие клиентов и положительная оценка общественности показывают, что застрахованные «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» – под надежной защитой команды профессионалов.



Балашова С.В.

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»

АКТИВНОЕ СТРАХОВАНИЕ «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ-ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ»

Организуя выездные мероприятия по страхованию, в том числе на предприятия и отдалённые сельские территории, специалисты «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» помогают сделать обязательное медицинское страхование доступнее. Благодаря наличию у филиала мобильных пунктов услуга по выдаче полисов ОМС доступна каждому жителю Кузбасса, не выходя из дома и не покидая рабочего места. Если у застрахованного нет возможности оформить полис ОМС в офисе компании, то сотрудники филиала «Сибирь» сами выезжают на встречи с гражданами по заявке или предварительной договоренности. Такой клиентоориентированный подход рассматривает клиентов как основной ресурс организации и во многом определяет эффективность деятельности.

С целью повышения уровня правовой грамотности застрахованных в вопросах получения медицинской помощи специалисты консультируют застрахованных о правах и обязанностях граждан в системе ОМС, что делает обязательное медицинское страхование еще доступнее, иницируют социально значимые мероприятия, проводят Дни страховщика, активно участвуют в жизни области, ее городов и сельских поселений. В рамках социальной политики компании специалисты осуществляют курьерскую доставку полисов ОМС и с каждым застрахованным проводят разъяснительную беседу. Так, за 11 месяцев 2016 года организовано порядка 2,5 тыс. выездных мероприятий, за оформлением полиса единого образца обратились почти 7 тыс. человек, а также осуществлена курьерская доставка полисов ОМС единого образца порядка 23 тыс. застрахованным.



БАЛАШОВА С.В.,
заместитель директора филиала –
директор по страхованию

ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ АКТИВНОГО СТРАХОВАНИЯ «АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ- ОМС» ФИЛИАЛ «СИБИРЬ»

- Специалисты Мариинского отделения совместно со специалистами пенсионного фонда выехали в Белогородское сельское поселение Мариинского муниципального района, где провели информационно-разъяснительную работу по вопросам обязательного медицинского и пенсионного страхования. В рамках совместного проекта 70% жителей оформили полисы ОМС единого образца, а также специалисты освоили новый (или давно забытый) вид транспорта – велосипед и организовали курьерскую доставку полисов жителям старшего поколения, распространили информационные листовки с приглашением оформить полис ОМС единого образца.

- В канун профессионального праздника металлургов специалистами Новокузнецкого отделения «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» проведена работа по замене полисов работникам ОАО «Кузнецкие ферросплавы» (г. Новокузнецк). Этот металлургический завод является крупнейшим производителем ферросилиция в России, свыше 3 тысяч человек трудятся на предприятии.

- В июне специалисты филиала «Сибирь» приняли участие в чествовании семей Центрального, Ленинского и Кировского районов. Акция «Семья» в г. Кемерово проводится с 2002 года и за это время переросла в настоящий городской праздник. В преддверии Дня семьи, любви и верности в Кемерове чествовали семьи, проживающие в ж.р. Кедровка, Промышленновский. Традиционно от компании вручены подарки: хозяйственные наборы семьям и витамины для детей. Желающие оформили полис обязательного медицинского страхования единого образца получили консультации по вопросам ОМС, загрузили мо-



бильное приложение от «АльфаСтрахование-ОМС».

- Не забывает компания и о самых маленьких клиентах. Филиал «Сибирь» «АльфаСтрахование-ОМС» в больницах, школах, детских домах Кемеровской области в игровой форме проводит уроки страховой грамотности, что позволяет ребятам легче разобраться в документах взрослых, запомнить, что полис ОМС единого образца – второй документ в жизни гражданина РФ, гарантирующий предоставление бесплатной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Почти тысяча школьников Кемеровской области стали участниками акции «Полис ОМС единого образца для школьника».

- В рамках всероссийской недели сбережений и областного информационно-просветительского проекта «Финансовый экспресс» с целью повышения уровня финансовой грамотности населения в Прокопьевске сотрудники «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» приняли участие в мероприятиях, которые состоялись как для школьников и студентов, так и для учителей, трудовых коллективов и старшего поколения. В г. Прокопьевске, как отмечают организаторы, самая масштабная и по составу экспресса – 93 специалиста, и по количеству мероприятий – 64, и по охвату населения – порядка 3 тысяч прокопчан.

- В рамках проекта КемОНБ им. В.Д. Федорова «Университет третьего возраста» состоялось мероприятие на тему «Защита прав пациентов. Знакомство с системой обязательного медицинского страхования», где приняли участие специалисты «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь». Они провели информационно-разъяснительную работу, вручили от компании информационные буклеты и листовки о здоровом образе жизни, слушателям факультета правоведения разъяснили изменения в законодательстве в рамках программы обязательного медицинского страхования. Участники мероприятия ознакомлены с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2016 год и с правами застрахованных.

ИНТЕРНЕТ-ПРОЕКТ ГОДА

Специально для удобства застрахованных, «АльфаСтрахование-ОМС» первой из страховщиков запустила мобильное приложение, оно работает на платформах iOS и Android и доступно для бесплатного

скачивания в AppStore и Google Play. Скачав его, вы получите доступ ко всей полезной и необходимой информации. В перспективе сервисы мобильного приложения будут обновляться, а их перечень расширяться. В приложении доступны: кнопка связи со страховым представителем для решения возникших вопросов во время получения медицинской помощи; данные застрахованного лица и всех членов семьи – вы можете внести данные вашего полиса; список лечебных учреждений и график их работы; адреса и график работы офисов оформления и выдачи полисов компании; контактная информация службы по защите прав застрахованных, в случае если ваши права при обращении в лечебное учреждение были нарушены, а также другая информация о компании.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ГОДА

«АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» при замене медицинского полиса ОМС на полис ОМС единого образца вручает сервисные карты со скидками от партнеров. Сервисная карта не является полисом ОМС, но содержит всю необходимую информацию о застрахованном лице: Ф.И.О., дату рождения, номер полиса ОМС, наименование страховой медицинской организации и телефон ее горячей линии. Сервисная карта обладает стандартным размером пластикового полиса или любой другой банковской карты, оформляется бесплатно. При обращении за медицинской помощью застрахованному обязательно необходимо иметь полис обязательного медицинского страхования.

Для наших клиентов компании-партнеры подготовили скидки и системы лояльности, которыми может воспользоваться каждый застрахованный при предъявлении сервисной карты. Перечень скидок, предоставляемых компаниями-партнерами застрахованным «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» при предъявлении сервисной карты, можно посмотреть на сайте <http://alfastrahoms.ru/affiliates/kemerovo/service-card-kemerovo/>.

Мероприятий по активному страхованию много, формы работы разные, цель – общая: повысить уровень правовой грамотности застрахованных в вопросах получения бесплатной медицинской помощи, научить людей правильно оценивать и защищать себя и своих близких от всевозможных рисков в сфере обязательного медицинского страхования.

Леонтьева В.Г.

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»

СИСТЕМА СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ

В конце 2015 года с целью повышения уровня клиентоориентированности страховых медицинских компаний впервые прозвучало предложение о создании в страховых медицинских организациях института страховых представителей. И эта идея объективно обоснована.

Во-первых, клиентоориентированность – суть страховой деятельности, особенно если речь идет о медицинской страховой компании, в этом случае можно говорить о пациентоориентированности.

Во-вторых, уровень и возможности оказания медицинской помощи: повышается техническая оснащенность медицинских организаций, появляются новые методики, улучшается качество ресурсобеспечения, рынок лекарственных препаратов становится более разнообразным и конкурентоспособным, меняется и сама организация медицинской помощи.

Повседневной нормой не только для медицинских работников, но и для пациентов стали такие понятия, как стандарты медицинской помощи (далее – МП), порядок оказания МП, маршрутизация при оказании медпомощи по конкретному заболеванию, высокотехнологичная медицинская помощь, территориальная программа МП по ОМС и т.д. Нельзя не отметить и повышение правовой, страховой и медицинской грамотности пациентов. Часто пациенты сталкиваются и с тем, что при знании своих прав у них возникают вопросы их реализации: «Можно ли выбрать поликлинику? Как выбрать стационар для получения плановой медицинской помощи? Если я уезжаю на сессию в другую область, можно ли по полису ОМС обращаться за медицинской помощью или только платно? Где можно пройти назначенное областным специалистом обследование, если в поликлинике прикрепления нет соответствующего оборудова-



ЛЕОНТЬЕВА В.Г.,
заместитель директора филиала по медицинской экспертизе и защите прав застрахованных – медицинский директор

ния?» – это только незначительная часть вопросов, возникающих у наших застрахованных.

Таким образом, необходимо отметить, что если раньше страховщики выдавали медицинский полис, рассказывали при этом о правах и обязанностях застрахованных, затем проверяли качество оказанной медицинской помощи, то теперь они должны сопровождать застрахованных на всех этапах оказания медицинской помощи.

Можно выделить:

- информационное сопровождение, если требуется разъяснение;
- организационное сопровождение при предоставлении назначенного вида медицинской помощи;
- защита прав застрахованных на получение качественной медицинской помощи, то есть проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Надо отметить, что вопросы сопровождения застрахованных лиц на всех этапах получения медицинской помощи в ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь» всегда были приоритетными, и можно обозначить основные этапы развития данного направления.

Одна из первых служб защиты прав застрахованных на рынке обязательного медицинского страхования организована именно в нашей страховой компании. Основная задача службы заключалась в разъяснении застрахованным гражданам их прав и обязанностей в системе ОМС, а также контроль доступности медицинской помощи, проведение медицинской экспертизы по обращениям граждан, обеспечение гарантированного объема при надлежащем качестве, бесплатности и доступности медицинской помощи.

В 1999 году начал работать отдел госпитализации, в задачи которого входило обеспечение доступности плановой медицинской помощи, контроль очередности, консультативная помощь медицинским организациям

по маршрутизации пациентов. Проблемы обоснованности госпитализации поднимались и изучались в течение ряда лет, но и сейчас они остаются актуальными и нерешенными до конца. Так, за 11 месяцев 2016 года количество плановых госпитализаций застрахованных составило свыше 76 тыс. случаев, отказы от госпитализации составили 2% – около 1,5 тыс. случаев (в 2015 году 1,8% – свыше 1,3 тыс.). Среди всех несостоявшихся госпитализаций в 83% случаев причиной явился отказ застрахованных от госпитализации (в 2015 году – 82%), в 14% – отказ стационара (непрофильная госпитализация, отсутствие показаний и т.д.) (в 2015 году – 14%). 3% – перевод плановой госпитализации в экстренную (в 2015 году – показатель составил 4%).

Одним из наиболее важных и ключевых направлений работы филиала является налаживание обратной связи с потребителями медицинских услуг – организация «горячих телефонных линий» для пациентов, анонимные опросы граждан, своевременное рассмотрение обращений и жалоб и т.д. С целью повышения качества обслуживания и создания единой системы работы с обращениями граждан в нашей страховой медицинской организации с 2006 года работает единый информационный центр (тел. 8-800-555-1001, звонок бесплатный), что позволяет нам повышать уровень работы с обращениями и обеспечивать

контроль своевременности и корректности рассмотрения каждого обращения. Из года в год количество обращений растет, так, за 11 месяцев 2016 года количество обращений составило 111 169, за 11 месяцев 2015 года – 109 260. Такая положительная динамика расценивается нами как увеличение доверия со стороны застрахованных в ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь».

С начала 2016 года началась организационная подготовка проекта страховых представителей, утверждена «дорожная карта», обозначены основные этапы и сроки реализации, создана правовая и нормативная база.

Проектом предусматривалось создание трехуровневой системы страховых представителей:

- страховые представители первого уровня обеспечивают информационно-консультативное сопровождение по стандартным ситуациям;
- страховые представители второго уровня занимаются индивидуальным сопровождением застрахованных, которое может быть и консультативным, и организационным;
- вопросы качества медицинской помощи разбирают страховые представители третьего уровня или врачи-эксперты.

«Дорожной картой» определены сроки запуска



каждого этапа:

- с 1 июля 2016 года работают страховые представители первого уровня;
- с 1 января 2017 года начали работать страховые представители второго уровня;
- с 1 января 2018 года – страховые представители третьего уровня.

Страховые представители первого уровня в «АльфаСтрахование-ОМС» работают в рамках и на основе Федерального контактного центра.

Запуску единого информационного центра предшествовала большая работа, включающая в себя:

- обеспечение маршрутизации всех входящих звонков, поступающих в любой филиал страховой медицинской организации на единый номер 8-800-555-1001;
- обеспечение маршрутизации переадресации входящих звонков на специалистов страховой или медицинской службы соответствующего филиала, если вопрос не относится к компетенции оператора контактного центра;
- разработка алгоритмов и сценариев ответов операторов на все возможные варианты типовых вопросов;
- создание необходимых справочников, а именно: справочник филиалов и пунктов выдачи полисов, справочник медицинских организаций на территориях филиалов, справочник нормативно-правовых актов ОМС;
- организация аудиозаписи всех поступающих на федеральный номер «АльфаСтрахование-ОМС» звонков;
- создание программного обеспечения рабочего места страхового представителя;
- разработаны критерии контроля работы стра-

ховых представителей и организован постоянный внутренний аудит качества обслуживания клиентов страховыми представителями.

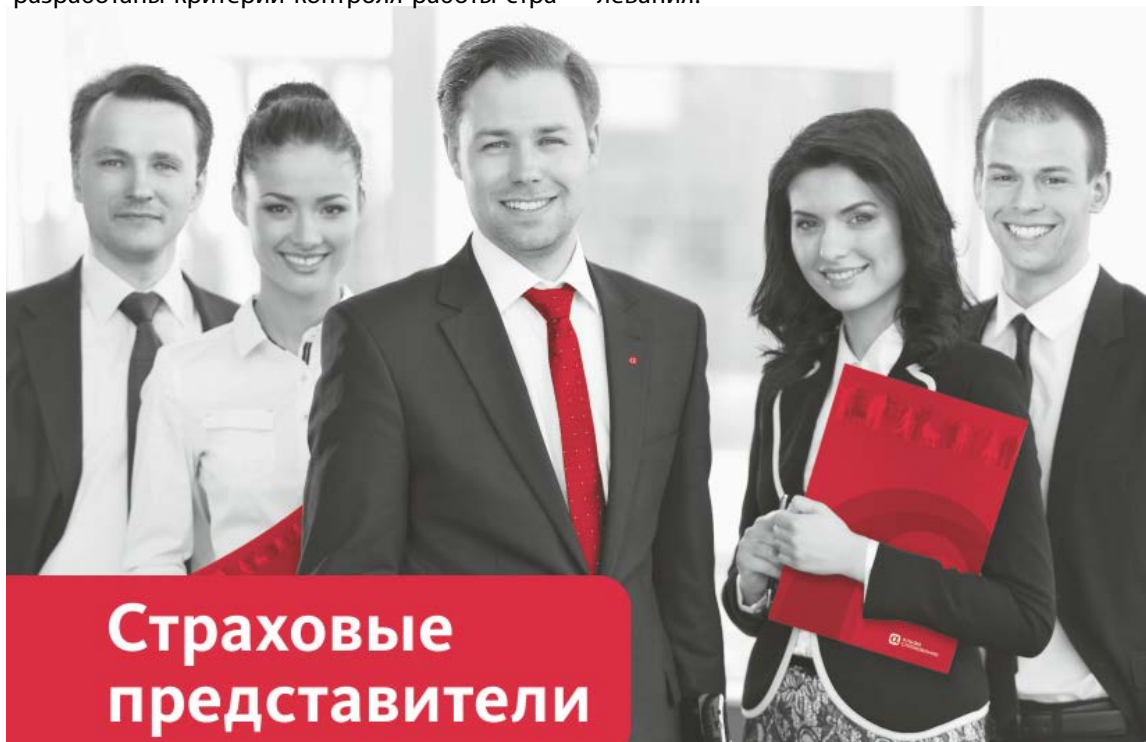
Параллельно в «АльфаСтрахование-ОМС» начали свою работу страховые представители второго уровня.

О НОВОВВЕДЕНИЯХ

В настоящее время для контроля качества работы страховых представителей разработаны критерии качества и методика выборочной проверки, которая включает в себя:

1. Выборочное прослушивание звонков в разрезе компании (с детализацией по страховым представителям 1 уровня);
2. Оценку работы страховых представителей 1 уровня по 23 критериям, объединенным в три категории: «Качество», «Отношение», «Речь»;
3. Выявление недочетов обслуживания и определение их первичной локализации;
4. Коррекцию и устранение недочетов обслуживания и возможной неудовлетворенности клиентов сервисом;
5. Консолидированную базу данных по выявленным недочетам, возможность анализа статистики по каждому страховому представителю.

Сегодня специалисты филиала сопровождают и информируют более 2,4 млн застрахованных Кемеровской области по всем вопросам, связанным с получением бесплатной медицинской помощи. Все изменения, происходящие в системе обязательного медицинского страхования, направлены на обеспечение граждан качественной и своевременной медицинской помощью и позволяют укрепить здоровье населения, предотвратить хронические заболевания.



Санюк Ю.А.

ООО «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»

КАК ОЩУТИТЬ ХОД ВРЕМЕНИ?

С момента организации экономической службы, как и самой компании, прошло уже 25 лет. В нашей работе, связанной со сбором, анализом, обработкой экономической и финансовой информации, в тесном взаимодействии с другими участниками системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), ход времени особенно ощутим.

25 лет назад невозможно было представить нашу работу без личного контакта с представителями медицинских организаций, которые были вынуждены ежемесячно предоставлять в страховую компанию бумажные документы: реестры оказанных застрахованным гражданам медицинских услуг, счета на их оплату, отчетность и т.п. Реестры медицинских организаций обрабатывались вручную. С течением времени требования к предоставлению данных менялись, на смену бумажным реестрам пришли электронные носители информации – дискеты и диски, вид которых сейчас уже мало кто вспомнит, при этом зачастую такие носители не открывались, не читались или могли быть заражены вирусами.

Пролетело время, изменились условия работы в системе ОМС и сама система. С развитием информационных технологий кардинально изменились

требования к содержанию, объему и качеству обрабатываемой информации. Эти изменения диктуют необходимость использования самых современных методов и средств учета и обработки информации, что возможно только с помощью скоростного интернета, защищенных каналов связи, электронно-цифровой подписи, надежной электронной почты, и позволяют свести практически к нулю «человеческий фактор».

Данные технические новации успешно используются всеми участниками системы ОМС Кемеровской области, при этом не изменяют объемы и характер финансирования, а совершенствуют логику финансовых потоков, создавая единый прозрачный канал финансирования, позволяют практически в режиме реального времени эффективно взаимодействовать друг с другом и оперативно решать все возникающие вопросы. В настоящее время электронная база медицинских услуг, оказанных застрахованным гражданам нашей компанией, насчитывает порядка 400 миллионов записей, ежедневно мы обмениваемся с участниками системы ОМС Кемеровской области электронными файлами в количестве более тысячи, и такие массивы далеко не предел – это покажут следующие 25 лет работы нашей Компании на рынке ОМС Кемеровской области.



САНЮК Ю.А.,
заместитель директора филиала –
директор по экономике



Ярцева В.С.
АО СМК «Сибирский Спас-Мед»

АО СМК «СИБИРСКИЙ СПАС-МЕД»: НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА ВАШИХ ПРАВ В СФЕРЕ ОМС



ЯРЦЕВА В.С.,
исполнительный директор

Страховая медицинская компания «Сибирский Спас-Мед» работает в сфере обязательного медицинского страхования более 15 лет. Компания успешно развивается на территории Кемеровской области и имеет более 15-ти обособленных подразделений и пунктов выдачи полисов ОМС. АО СМК «Сибирский Спас-Мед» входит в Страховую группу «Сибирский Спас», имеющий рейтинг надежности уровня «А+» – «очень высокий уровень надежности» (по версии рейтингового агентства «Эксперт РА» (RAEX)).

АО СМК «Сибирский Спас-Мед» является надежной поддержкой в вопросах получения медицинской помощи, предусмотренной Программой ОМС, и осуществляет контроль качества предоставляемых медицинских услуг.

Учет застрахованных лиц и выданных им полисов ОМС ведется в соответствии с порядком персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздрава России от 25.11.2011 № 29н.

Ежегодно увеличивается количество клиентов компании, и на сегодняшний момент общая численность застрахованных составляет 128 660 человек. Обслуживание населения осуществлялось как в офи-

сах компании, так и на дому (отдельных групп граждан). Среди застрахованных преобладают мужчины – их значительно больше, чем женщин (более 72 тыс. чел.). Основная часть застрахованных приходится на работоспособное население в возрасте 18-59 лет (более 102 тыс. чел.).

Основная из задач деятельности АО СМК «Сибирский Спас-Мед» – это защита интересов своих клиентов. Наши специалисты тщательно контролируют выполнение Территориальной программы ОМС. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в МО компания осуществляет путем проведения медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

В 2016 году с целью контроля защиты прав застрахованных лиц начал свою работу «Электронный журнал». Специалисты контакт-центра регистрируют поступившие жалобы, а также фиксируют окончательный результат по каждому конкретному случаю. Застрахованным, обратившимся с жалобой, предоставляется письменный и устный ответ, таким образом, осуществляется жесткий контроль за поступившими жалобами. В течение 2016 г. специалистами компании АО СМК «Сибирский Спас-Мед» принято и обработано 395 устных и письменных обращений, из них две жалобы. Перевыполнен план по ЭКМП (таблица 1).

Таблица 1.
Результаты экспертизы качества медицинской помощи, 2016 г.

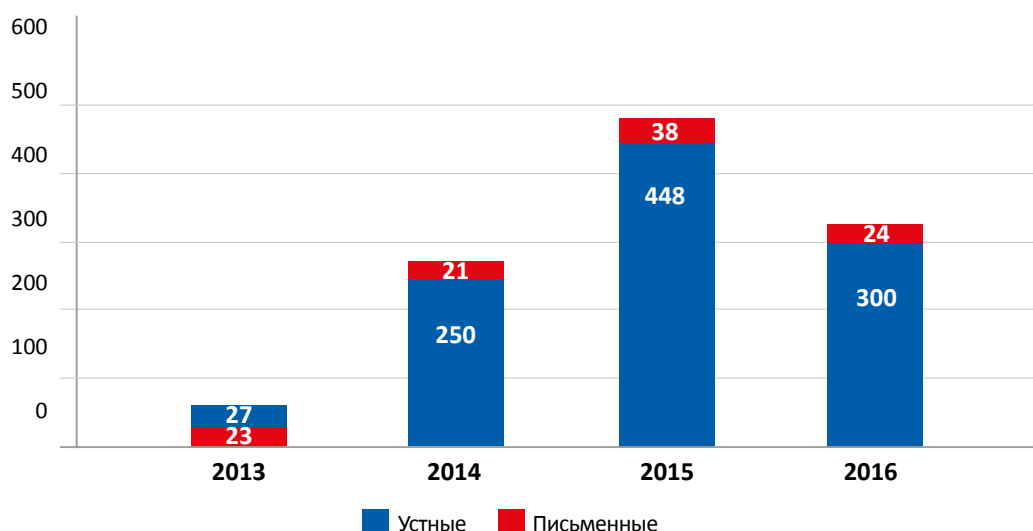
ЭКМП	План	Факт
Стационар	765	865
Дневной стационар	240	250
АПМП	2163	2203
СМП	270	308
Всего	3438	3626

По результатам экспертиз выявлено 424 нарушения, большинство из которых касались оказания медицинской помощи в стационарных условиях (223 нарушения), при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи выявлено 135 нарушений. Если говорить о видах нарушений, то большую часть (201 случай) составили нарушения при проведении лечебно-диагностических мероприятий, на втором месте – отклонения в

оформлении первичной медицинской документации. По результатам проведенных ЭКМП сумма оплаты медицинским организациям уменьшена на 1 412 630,40 рублей.

В 2016 году в адрес компании поступило 324 обращения, из них 300 – в устной форме, 24 – в письменной. Динамика обращений граждан за консультацией по вопросам нарушения прав застрахованных представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1.
Динамика обращений граждан за консультацией по вопросам нарушения прав застрахованных, 2013-2016 гг.



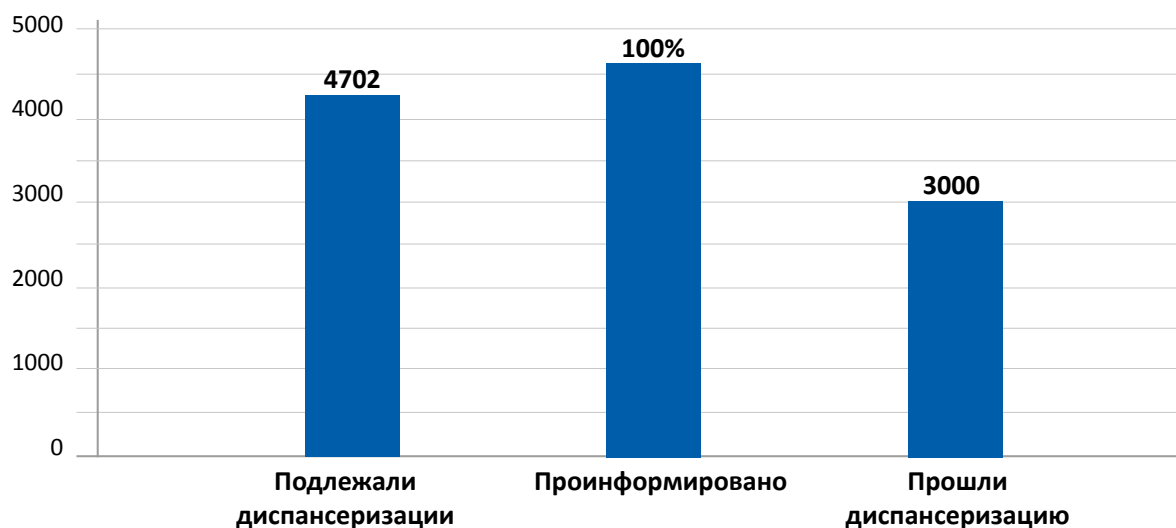
Особое внимание уделяется информированию клиентов об их правах и обязанностях в сфере ОМС. В 2016 г. АО СМК «Сибирский Спас-Мед» выпустило рекламно-информационные материалы: буклеты, листовки и брошюры общим тиражом более 8000 экземпляров, было обновлено более 30 стендов в медицинских организациях, на которых размещаются Памятки для застрахованных, Территориальная программа Кемеровской области, Закон об обязательном медицинском страховании и Правила ОМС. В течение 2016 г. на территории Кемеровской области регулярно проводились встречи с родителями и учащимися образовательных учреждений по вопросам ОМС. Также мы заботимся о том, чтобы информация об ОМС была доступна как можно большему количеству граждан. Именно поэтому в 2017 году планируется запустить новый сайт компании с версией для слабовидящих граждан, где будет представлена полная информация об обязательном медицинском страховании.

В 2016 г. АО СМК «Сибирский Спас-Мед» провело активную работу по информированию населения о необходимости проведения диспансеризации отдельных групп населения, а также профилактических осмотров с целью профилактики заболеваний и ранней диагностики хронических болезней, в том числе

таких социально значимых, как сахарный диабет, сердечно-сосудистая патология, туберкулёз и онкологические заболевания.

С целью предоставления информации о самой возможности получения таких медицинских исследований были разработаны и распространены по медучреждениям города и области информационные буклеты, брошюры, листовки, а также привлекались средства массовой информации – газеты, радио, интернет-порталы. Подробная информация о диспансеризации была размещена на официальном сайте компании. Специалисты Контакт-центра информировали о диспансеризации и профилактических осмотрах путем детализированных звонков клиентам с подробной консультацией об условиях проведения данных медицинских исследований. Также была проведена массовая СМС-рассылка (разослано 3 468 сообщений). Наши страховые представители на местах вели индивидуальную работу по разъяснению необходимости прохождения диспансеризации и профилактических осмотров. Вновь застрахованным лицам, которые самостоятельно обращались в компанию, предоставлялись памятки о диспансеризации и профилактическом осмотре. Данные по работе с гражданами, подлежащими диспансеризации в 2016 г., представлены в диаграмме 2.

Диаграмма 2.
Данные по работе с гражданами,
подлежащими прохождению диспансеризации в 2016 г.



В целях оказания квалифицированной помощи при плановой госпитализации нашим клиентам сотрудники АО СМК «Сибирский Спас-Мед» в 2016 г. прошли специальное обучение и приняли участие в семинаре по работе с информационной системой «Управление госпитализацией» в медицинских организациях Кузбасса. И теперь они помогают застрахованным у нас гражданам сократить время ожидания плановой госпитализации. Сотрудники АО СМК «Сибирский Спас-Мед» осуществляют оперативное перераспределение потоков пациентов, исходя из очередности, места жительства и возможностей медицинских организаций.

В 2016 г. АО СМК «Сибирский Спас-Мед» с целью предоставления доступной и прозрачной информации о медуслугах организовал специальный Контакт-центр, который ведёт свою работу по бесплатному круглосуточному телефону «горячей линии»: 8-800-200-23-63.

Специалисты Контакт-центра готовы ответить на любой вопрос застрахованных граждан, оперативно помочь разобраться в сложной ситуации при получении медицинской помощи, а также оказать помощь при плановой госпитализации.

Для получения подробной информации граждане могут обратиться в любой филиал нашей компании по месту жительства. В 2016 году был открыт пункт выдачи полисов ОМС в Многофункциональном центре г. Прокопьевска. Теперь горожане могут сократить время при получении всех необходимых документов (паспорт, полис ОМС, СНИЛС, регистрация места жительства).

В перспективах развития компании в 2017 году – продолжить работу над повышением доступности бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам и оказывать им постоянную и достоверную информационную поддержку.





ДЕНЬ ПОБЕДЫ!
«БЕССМЕРТНЫЙ ПОЛК»





РАБОТНИКИ ФОНДА
ОКАЗЫВАЮТ ПОМОЩЬ
ВЕТЕРАНАМ ВОЙНЫ





«СПАРТАКИАДЫ»







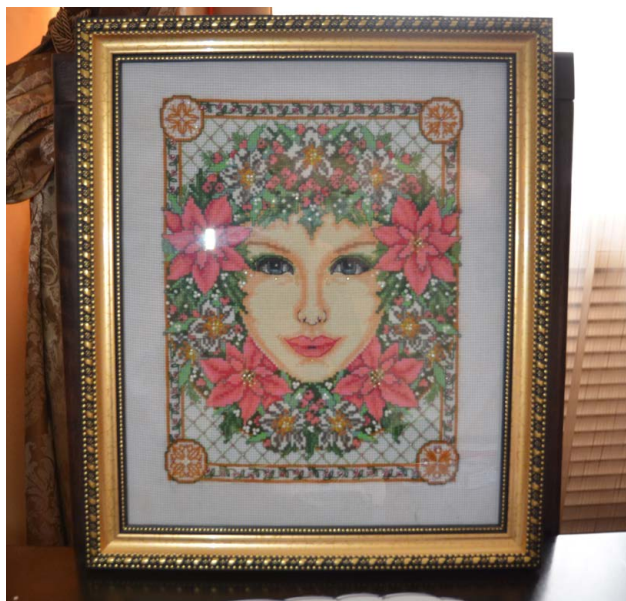
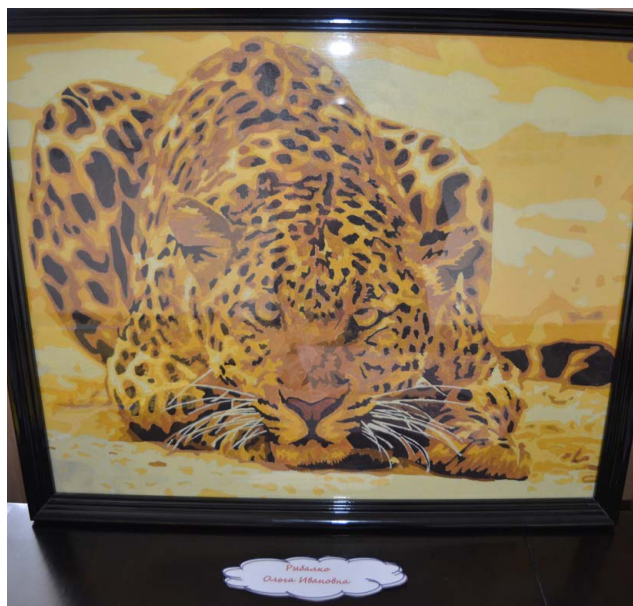
НА ПРОТЯЖЕНИИ МНОГИХ ЛЕТ
КОЛЛЕКТИВ ФОНДА ПОМОГАЕТ
РЕБЯТИШКАМ
ИЗ ОКУНЁВСКОГО ДЕТСКОГО
ДОМА «МЕЧТА»
(ПРОМЫШЛЕННОВСКИЙ РАЙОН)



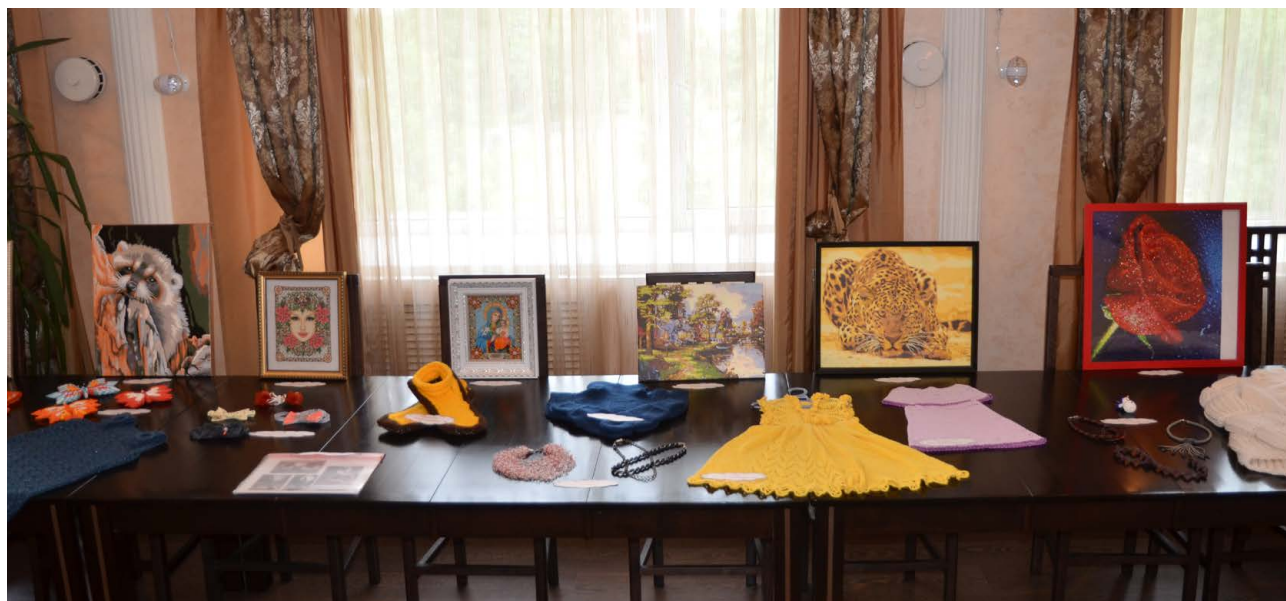
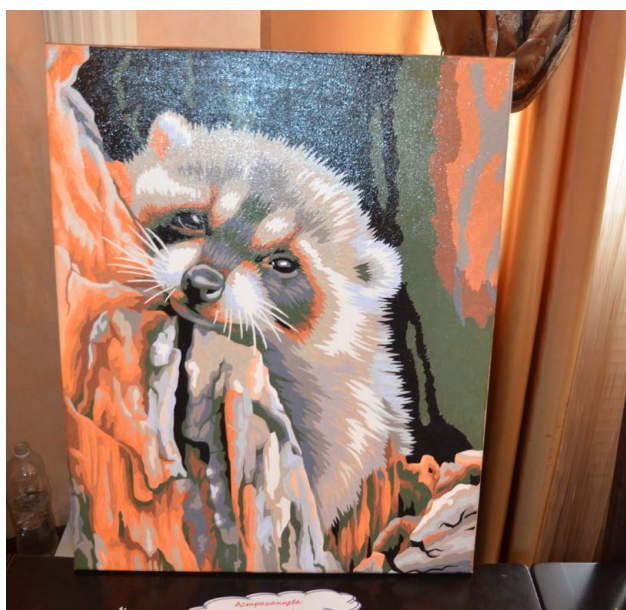


НАШИ ТРАДИЦИИ





ТВОРЧЕСТВО НАШИХ СОТРУДНИКОВ



СПИСОК АББРЕВИАТУР И СОКРАЩЕНИЙ

АКО – администрация Кемеровской области
АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь
ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь
ГАУЗ – государственное автономное учреждение здравоохранения
ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения
ДОЗН КО – департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ДПН – дифференцированный подушевой норматив
ЕПГУ – единый портал государственных услуг
ЗЛ – застрахованное лицо
ИВОВ – инвалид Великой Отечественной войны
ИМН – изделия медицинского назначения
ИП – индивидуальный предприниматель
ИС – информационная система
КМУ – комплексная медицинская услуга
КОВ – контингент особого внимания
КСГ – клиничко-статистические группы
КОСГУ – Классификация операций сектора государственного управления
КРТП – комиссия по разработке Территориальной программы
ЛС – лекарственные средства
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МО – медицинские организации
МП – медицинская помощь
МЭК – медико-экономический контроль
НДС – налог на добавленную стоимость
НК РФ – Налоговый кодекс Российской Федерации
НСЗ – нормированный страховой запас
ОКС – острый коронарный синдром
ОМС – обязательное медицинское страхование
ОНМК – острые нарушения мозгового кровообращения
ОПФР – отделение Пенсионного фонда России
ПН – подушевой норматив
РСЕРЗЛ – Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц
СЗТ – стационарзамещающая технология
СМК – страховая медицинская компания
СМО – страховая медицинская организация
СМП – скорая медицинская помощь
СФО – Сибирский федеральный округ
СЭД – система электронного документооборота
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
УВОВ – участник Великой Отечественной войны
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФЗ – Федеральный закон
ФОТ – фонд оплаты труда
ФСС – Фонд социального страхования
ФФОМС (ФОМС) – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦБ РФ – Центральный банк Российской Федерации
ЦС – центральный сегмент
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи
ЭКО – экстракорпоральное оплодотворение

СОДЕРЖАНИЕ

Стадченко Н.Н. В центре внимания – человек.....	3
Задача: эффективность и качество на новом уровне. Интервью с начальником департамента охраны здоровья населения Кемеровской области В.М. Шан-Сином.....	6
Синицына И.Н. Плечом к плечу	11
ОМС – надёжный источник финансирования здравоохранения Интервью с директором Территориального фонда ОМС Кемеровской области.....	12
Климкина В.В. О некоторых аспектах финансирования страховых медицинских организаций по дифференцированному подушевому нормативу в 2016 году	15
Матвеева Н.А., Филина О.В. Проблемы расчета тарифов в системе обязательного медицинского страхования.....	20
Воронкова А.В. Порядок группировки медицинских организаций при расчете подушевого норматива, исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива	23
Бондарева И.В. Об итогах межтерриториальных расчетов за оказанную застрахованным лицам медицинскую помощь.....	26
Хакимова О.Г. Контакт-центр – на страже интересов пациентов.....	34
Иванов И.Г., Чеберда Ю.А. Рейтинг страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области за 2016 год	38
Чуйков Д.В. Новый этап развития регионального сегмента единого регистра застрахованных	41
Киселёва Н.В. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах в сфере обязательного медицинского страхования.....	44
Садовская Е.Н., Ситников А.А. Определение рейтинга участковых терапевтов на основе объективных параметров.....	46
Залесова О.Б. «Управление госпитализацией» – система под знаком «плюс».....	49
Климов С.А., Паршинцева Е.С. Деятельность Чебулинского филиала по актуализации РСЕРЗЛ Кемеровской области.....	51
Афанасьева А.В. Медицинская помощь и полис ОМС для граждан государств – членов Евразийского экономического союза.....	53

Солнышков А.А., Астраханцева Э.Л.

О реформе администрирования страховых взносов
на обязательное медицинское страхование работающего населения..... 56

Холкина Л.М.

Контроль за целевым и эффективным использованием средств ОМС
в медицинских организациях 59

Безгина Н.С., Соломенникова М.П.

Контрольно-ревизионная деятельность Прокопьевского филиала ТФОМС КО 62

Хайдарова А.Я.

Результаты деятельности Анжеро-Судженского филиала по контролю
за целевым и эффективным использованием финансовых средств ОМС в МО 65

Воронина Е.Н.

Приоритетные направления Ленинск-Кузнецкого филиала ТФОМС КО
в работе с медицинскими организациями 68

Тихонов Д.А.

О защите персональных данных в деловых презентациях и публикациях..... 71

Климова Л.А., Тарасов В.А.

Опыт использования системы электронного документооборота в организации..... 74

Полукаров А.Н.

Оптимизация со знаком плюс..... 76

Козырев Н.Н.

Сотрудники с ограниченными возможностями ведут активный образ жизни,
трудятся и участвуют в жизни больницы, а также помогают более эффективно
использовать ресурсы учреждения 78

Уравнения со всеми известными...

(Интервью со специалистами КОКБ им. С.В. Беляева) 80

Агаджанян В.В.

Качественная и своевременная амбулаторная помощь за счет средств ОМС..... 82

Корнюшина А.А., Кожина И.Н., Осипова Ю.В., Селедцова О.В.

Комплексная медицинская услуга, оказываемая контингенту особого внимания,
в ГАУЗ КО «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн»..... 84

Соломатина Е.Б.

О внедрении системы управления госпитализацией 86

Бабарыкина С.В.

25 лет вместе! 88

Балашова С.В.

Активное страхование «АльфаСтрахование-ОМС» филиал «Сибирь»..... 91

Леонтьева В.Г.

Система страховых представителей..... 93

Санюк Ю.А.

Как ощутить ход времени? 96

Ярцева В.С.

АО СМК «Сибирский Спас-Мед»: надежная защита ваших прав в сфере ОМС 97

Список аббревиатур и сокращений, используемых в номере 107

[illegible]