



Рецензируемый научно-практический журнал  
Основан в 2002 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР  
А.Я. ЕВТУШЕНКО

**Издатель:**

НП «Издательский Дом  
Медицина и Просвещение»

**Адрес:**

г.Кемерово, 650056,  
ул. Ворошилова, 21  
Тел./факс: 73-52-43

**Шеф-редактор:**

А.А. Коваленко

**Научный редактор:**

Н.С. Черных

**Макетирование:**

И.А. Коваленко

А.А. Черных

**Директор:**

С.Г. Петров

Издание зарегистрировано в  
Сибирском окружном межрегиональ-  
ном территориальном управлении  
Министерства РФ по делам печати,  
телерадиовещания и средств массо-  
вых коммуникаций.  
Свидетельство о регистрации  
№ ПИ 12-1626 от 29.01.2003 г.

**Отпечатано:**

ООО «АНТОМ», 650004, г. Кемерово,  
ул. Сарыгина, 29

**Тираж:** 500 экз.

Розничная цена договорная

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Курилов К.С.

– зам. главного редактора, Луцик А.А. – зам. главного редак-  
тора, Михайлуц А.П., Разумов А.С. – ответственный секре-  
тарь, Швец Т.И., Чурляев Ю.А.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Ардашев И.П. (Кемерово), Барбараш О.Л. (Кемерово), Брюханов В.М. (Барнаул), Бураго Ю.И. (Кемерово), Галеев И.К. (Кемерово), Глушков А.Н. (Кемерово), Горбатовский Я.А. (Новокузнецк), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Ивойлов В.М. (Кемерово), Казакова Л.М. (Кемерово), Колбаско А.В. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Подолужный В.И. (Кемерово), Рыков В.А. (Новокузнецк), Сапожков А.В. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Темерханов Ф.Т. (Кемерово), Усов С.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Ушакова Г.А. (Кемерово), Хайновская И.Я. (Кемерово), Ханченков Н.С. (Кемерово), Царик Г.Н. (Кемерово), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк).

**Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 5-2005: ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.** Материалы, посвященные деятельности системы ОМС в 2004-2005 гг. — Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2005. — 108 с.

*Спецвыпуск содержит материалы, посвященные деятельности системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области в 2004-2005 гг.*

**Редакционная коллегия выпуска:**

Хайновская И.Я.  
Друшляк И.А.  
Пехота Т.А.  
Дементьева Н.В.



В преддверии реформы системы здравоохранения и медицинского страхования, целью которой является повышение качества медицинских услуг и их доступность для всех слоев населения, хочется подвести некоторые итоги деятельности системы обязательного медицинского страхования.

Важнейшим направлением деятельности территориального фонда ОМС Кемеровской области является обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования. Несмотря на то, что в 2001 году функция сбора взносов была передана налоговым органам, фонд не устранился от взаимодействия с плательщиками. Осуществляется постоянное взаимодействие с налоговыми и финансовыми органами по сверке сумм, перечисленных в федеральный и территориальный фонды ОМС. Проведена

большая работа по реструктуризации задолженности плательщиков страховых взносов на ОМС неработающего населения. Имеющаяся у ряда предприятий нашей области задолженность по уплате страховых взносов, находится под постоянным контролем Администрации Кемеровской области. Постоянно действует комиссия по мобилизации поступлений в доходную часть областного бюджета и фонд ОМС, в работе которой специалисты фонда принимают участие.

С 2005 года функция страхования неработающего населения перешла к администрации Кемеровской области. Благодаря тесному сотрудничеству областной администрации и территориального фонда ОМС, стала возможной своевременная выплата заработной платы медицинским работникам области.

Развитие и совершенствование системы ОМС осуществляется на основе прочной нормативно-правовой базы. Ежегодно специалистами системы ОМС разрабатываются и утверждаются нормативные документы, необходимые для реализации Территориальной программы государственных гарантий жителям Кемеровской области.

Деятельность территориального фонда ОМС направлена на реализацию государственной политики. Поэтому одним из приоритетных направлений остается работа по формированию муниципальных заданий на оказание медицинской помощи населению территорий. Оценивая результаты внедрения муниципальных заданий, можно отметить, что сложившаяся система ОМС повлияла на эффективность использования ресурсов здравоохранения.

Специалистами территориального фонда проводится активная работа по централизованному закупу лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Оправдала себя и деятельность по защите прав граждан. На протяжении последних лет разработаны и внедрены в практическую деятельность новые информационные технологии. Имеющиеся в фонде интегрированная база данных застрахованных, общеобластная база случаев оказания медицинской помощи концентрируют в себе огромные объемы отраслевой информации.

С 1 января 2005 года вступило в действие новое законодательство по социальной поддержке граждан, которое определило новые функции фонда — финансирование дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан и проведение медико-экономического контроля за назначением лекарственных средств.

Сегодня можно сказать, что система обязательного медицинского страхования и Территориальный фонд ОМС Кемеровской области действуют эффективно и стабильно.

В 2005 году системе ОМС предстоит продолжать работу по внедрению эффективных механизмов финансового обеспечения в реализации государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Желаю системе обязательного медицинского страхования стабильности, успехов в работе на благо жителей Земли Кузнецкой.

Заместитель губернатора  
Кемеровской области

К.С. Курилов



## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАВЛЕНИЯ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004 ГОДУ

Деятельность правления ТФ ОМС в 2004 году осуществлялась в соответствии с Положением о правлении Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области и была направлена на выполнение задач и функций по координации и совершенствованию работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области в целях обеспечения проведения государственной политики по развитию системы обязательного медицинского страхования и решению следующих приоритетных задач:

- совершенствование правового регулирования деятельности системы ОМС и участие в подготовке нормативной базы;
- финансовое обеспечение конституционных прав граждан Российской Федерации на медицинскую помощь за счет средств ОМС;
- обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Кемеровской области бесплатной медицинской помощи на 2004 год за счет средств ОМС;
- усиление контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования.

В течение 2004 года в работе Правления ТФ ОМС принимали участие:

- от областного Совета народных депутатов: Сафронов С.В. — депутат, председатель комитета по вопросам бюджета, налоговой политике и финансам; Лукашевич Г.Г. — депутат, главный врач ГБ № 2 г. Новокузнецка; Путинцев А.М. — депутат, главный хирург ДОЗН;
- от Администрации области: Курилов К.С. — заместитель Губернатора Кемеровской области по здравоохранению и социальной защите населения; Швец Т.И. — начальник Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области; Ващенко С.Н. — заместитель начальника Главного финансового управления Кемеровской области; Шабанов В.А. — начальник Департамента социальной защиты населения Кемеровской области;
- а также члены правления Территориального фонда ОМС: Маткова Л.П. — начальник управления Центрального банка РФ по Кемеровской области; Шипачев К.В. — генеральный директор ОАО «Губернский центр страхования» в 2004 г.; Данцигер Д.Г. — главный врач ГКБ № 1 г. Новокузнецка; Кирикова Л.Т. — генеральный директор ОБК «Кузбасс» в 2004 г.; Каза-

кова О.М. — президент Кемеровского регионального отделения Российской медицинской ассоциации; Егорова Л.В. — председатель областной организации профсоюза работников здравоохранения; Скотников В.Ю. — председатель Федерации профсоюзных организаций Кузбасса; Хайновская И.Я. — исполнительный директор Территориального фонда ОМС.

В 2004 г. состоялось три заседания Правления ТФ ОМС Кемеровской области, на которых рассматривались следующие вопросы:

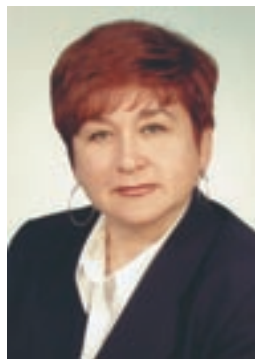
1. Отчет о деятельности Территориального фонда ОМС в 2003 году.
2. Утверждение проекта Закона Кемеровской области «Об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования за 2003 год».
3. Отчет ТФ ОМС об исполнении бюджета ТФ ОМС за 6 месяцев 2004 года.
4. Утверждение изменений в бюджете ТФ ОМС на 2004 год.
5. Утверждение проекта бюджета ТФ ОМС на 2005 год.
6. Утверждение плана перспективных и организационных мероприятий ТФ ОМС на 2004 год.
7. Утверждение целевых программ расходования средств РФПМ СМО на 2004 год.

На заседаниях правления были рассмотрены информация о разработке Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Кемеровской области бесплатной медицинской помощи на 2005 год за счет средств ОМС и информация о проведенных проверках деятельности ТФ ОМС:

- КРУ Министерства финансов РФ в Кемеровской области;
- Контрольно-счетной палатой Кемеровской области;
- ГФУ Администрации Кемеровской области;
- аудиторской проверки.

Также правлением был рассмотрен ряд других вопросов по организации работы системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области и определению основных направлений деятельности и перспективных задач Территориального фонда ОМС.

Вся работа Правления ТФ ОМС в 2004 году была направлена на обеспечение реализации Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», а также предусмотренных законодательством РФ прав граждан в системе ОМС; были созданы все условия, обеспечивающие устойчивость системы ОМС.



ХАЙНОВСКАЯ И.Я.  
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,  
г. Кемерово

## ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004 ГОД И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В 2005 ГОДУ

Основными задачами Территориального фонда ОМС Кемеровской области в 2004 году являлись:

- сбор взносов от администраций территорий на ОМС неработающего населения и контроль за своевременным и полным их перечислением;
- работа с управлением Министерства по налогам и сборам по Кемеровской области, с Федеральным казначейством;
- аккумулирование финансовых средств на обязательное медицинское страхование граждан;
- финансирование территориальной программы государственных гарантий обеспечения населения Кемеровской области бесплатной медицинской помощью;

- контроль за целевым и рациональным использованием средств, направляемых на обязательное медицинское страхование;
- совершенствование организации системы ОМС;
- защита прав застрахованных.

В структуре Фонда 9 филиалов, организованных по зональному принципу, и Железнодорожный филиал, который объединял предприятия железной дороги. Функция Кемеровского филиала возложена на исполнительную дирекцию Фонда. С 2005 года Железнодорожный филиал ликвидирован.

Структура ТФ ОМС и структура его исполнительной дирекции по состоянию на 1 января 2005 года показаны на схемах 1 и 2.

Схема 1. Структурная схема ТФ ОМС Кемеровской области

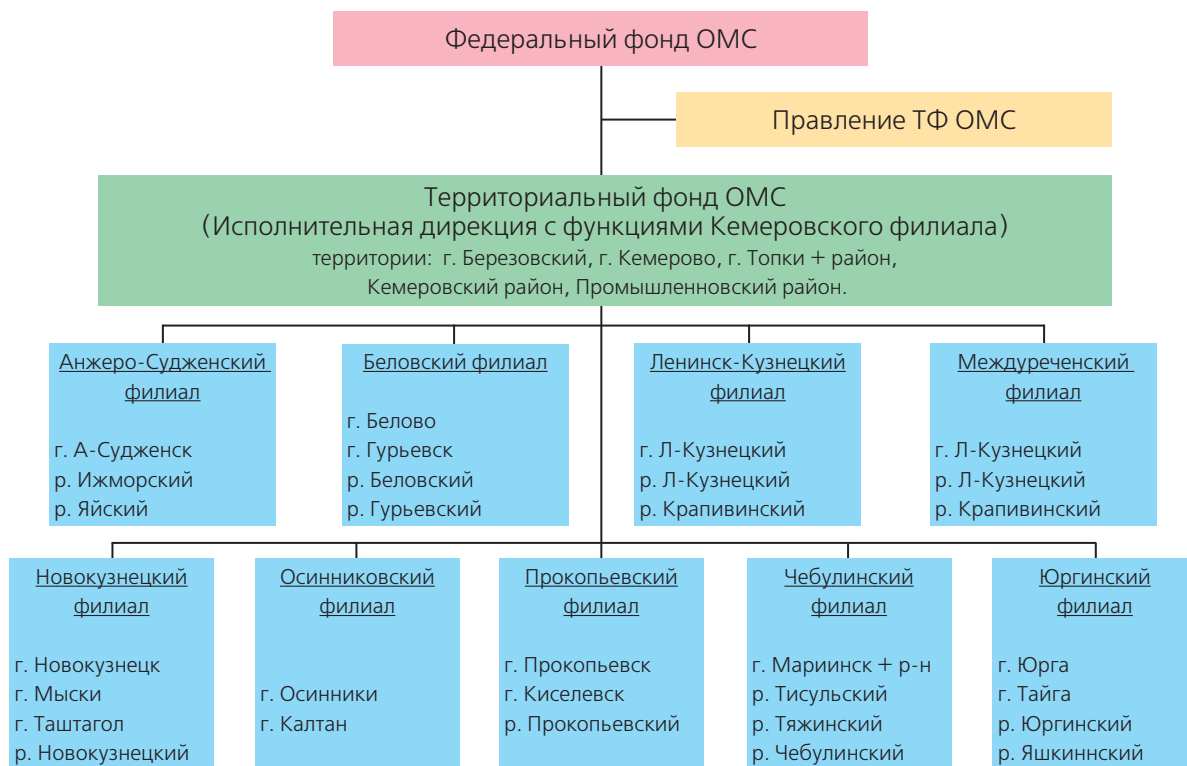
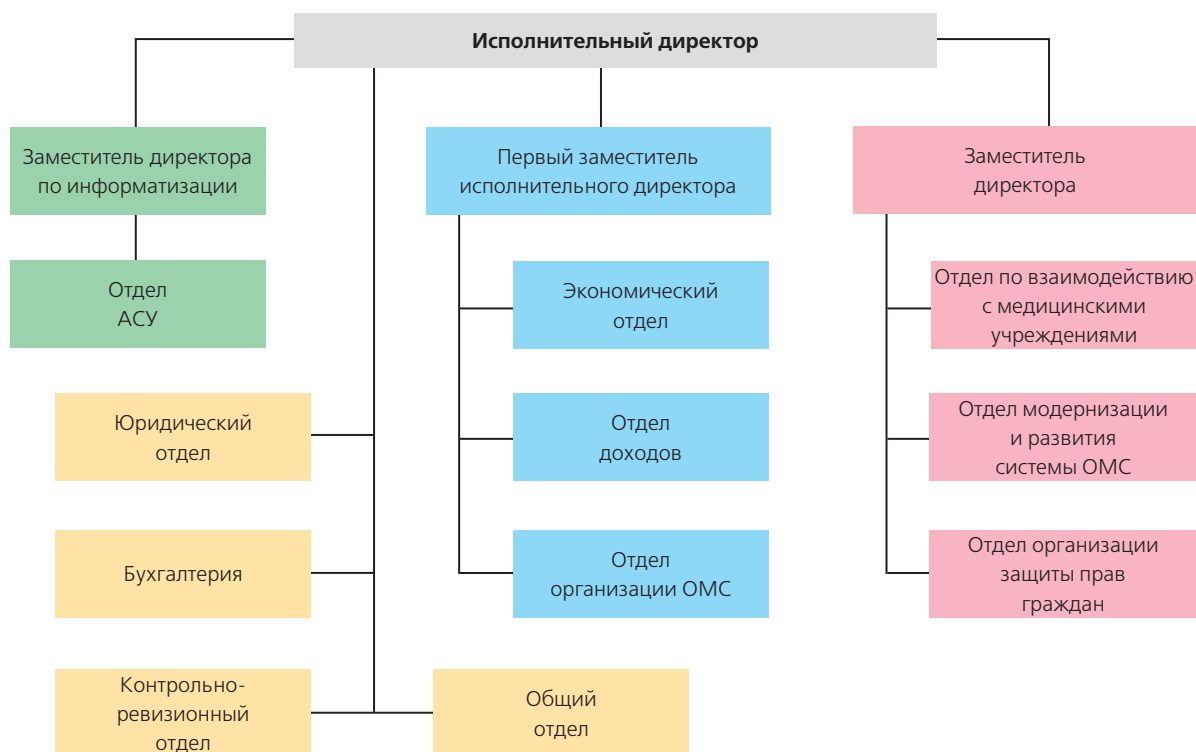


Схема 2. Структура исполнительной дирекции ТФ ОМС Кемеровской области



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ СИСТЕМЫ ОМС

В целях выполнения основных задач, возложенных на Территориальный фонд ОМС, нормативно-правовая работа проводилась по следующим направлениям:

I. Разработка нормативных правовых актов по ОМС на уровне Кемеровской области:

- Закон Кемеровской области от 29.12.2003 № 79-ОЗ «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2004 год»;
- Закон Кемеровской области от 29.12.2003 № 75-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2004 год»;
- Закон Кемеровской области от 10.06.2004 № 33-ОЗ «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования за 2003 год»;
- Закон Кемеровской области от 20.12.2004 № 115-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на Территории Кемеровской области на 2005 год»;

- Закон Кемеровской области от 20.12.2004 № 106-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2005 год»;

- Распоряжение Администрации Кемеровской области от 30.12.2004 № 1834-р «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования Кемеровской области».

II. Разработка и утверждение Областной согласительной комиссией системы ОМС документов, тарифов и нормативов, а также внесение дополнений и изменений в ранее действовавшие документы:

- Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области на 2004 год;
- Финансовые нормативы и тарифы на оплату медицинской помощи на 2004 год для медицинских учреждений, работающих в системе ОМС;
- Нормативные показатели работы койки и средние длительности лечения к расчету муниципального заказа на 2004 год;
- Межтерриториальные тарифы на 2004 год;
- Тарифы для межобластных, областных и приравненных к ним центров и межтерриториальных специализированных отделений;
- Тарифы на поликлинические посещения к врачам-специалистам в системе ОМС для оценки медицинской помощи в расчетах с Пенсионным фондом РФ;



- Нормативные показатели работы койки и средние длительности лечения к расчету муниципального заказа на 2005 год;
- Положение по разработке формуляров лекарственных средств, изделий медицинского назначения;
- Положение о проведении мониторинга лекарственных средства и изделия медицинского назначения;
- Рейтинг деятельности здравоохранения муниципальных образований и ЛПУ в системе ОМС;
- Стандарт состава информации реестра об оказанной медицинской помощи;
- Дополнения в «Положение о порядке предоставления и оплаты высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области»;
- Дополнение к «Порядку распределения муниципального задания территорий между СМО и ТФ ОМС»;
- Изменения в «Положение об оплате медицинских услуг в системе ОМС».

#### РАБОТА С ПЛАТЕЛЬЩИКАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНЕСОВ НА ОМС

Количество плательщиков страховых взносов на ОМС работающего населения по состоянию на 31.12.04 г. составляет 81694 (предприятия, организации и индивидуальные предприниматели).

Страховые взносы на ОМС неработающего населения перечисляют 34 администрации муниципальных образований Кемеровской области.

Территориальным фондом используются различные формы работы, направленные на увеличение поступления средств на обязательное медицинское страхование от предприятий и организаций.

Отлажено взаимодействие с Управлением Федеральной налоговой службы по Кемеровской области и налоговыми инспекциями на территориях. Ежеквартально территориальные налоговые инспекции предоставляли в ТФ ОМС сведения о предприятиях, имеющих задолженность по уплате единого социального налога свыше 100 тыс. руб. в части страховых взносов на ОМС. Всего за 2004 год была обработана, проанализирована и обобщена информация по 2481 предприятию.

Основные действующие предприятия-должники в ТФ ОМС (у которых нет процедуры банкротства, либо ликвидации) представлены в таблице 1.

Ежемесячно в ТФ ОМС от Федеральной налоговой службы России поступает информация о задолженности плательщиков по налогам, зачисляемым в фонды ОМС. Она позволяет отследить реально сложившуюся ситуацию с задолженностью по страховым взносам на ОМС организа-

**Таблица 1**  
**Основные действующие предприятия-должники в ТФ ОМС (в тыс. руб.)**

| Наименование плательщика                    | Недоимка на 01.01.05 |
|---------------------------------------------|----------------------|
| <b>г. Анжеро-Судженск</b>                   |                      |
| ОАО «Шахтоуправление Сибирское»             | 2316                 |
| ОАО «Физкультурник»                         | 1194                 |
| ГПКО «Теплоэнергоцентральный»               | 1510                 |
| <b>г. Белово</b>                            |                      |
| МУП ЖКХ «Надежность»                        | 590                  |
| МУП ЖКХ «Теплоэнергетик»                    | 1862                 |
| ГПАП КО                                     | 909                  |
| МУП Беловский водоканал                     | 1198                 |
| МУП Управляющая компания «Грамотино»        | 887                  |
| <b>г. Кемерово</b>                          |                      |
| ОАО ЗЖБИ                                    | 801                  |
| ФГУП завод «Коммунар»                       | 1920                 |
| ПО ФГУП «Прогресс»                          | 4944                 |
| Учреждение ГУИН МЮ РФ УН-1612\43            | 625                  |
| ФГУП «Центральная база МТВС» ГУИН МЮ РФ     | 719                  |
| <b>Крапивинский район</b>                   | 1110,7               |
| МУП ЖКХ                                     |                      |
| г. Ленинск-Кузнецкий                        | 1773                 |
| Дирекция единого заказчика МУП              |                      |
| <b>г. Новокузнецк</b>                       | 1035                 |
| ООО «Строительные технологии Кузбасса»      |                      |
| <b>г. Осинники</b>                          | 2266                 |
| МКП УК «Осинниковские коммунальные системы» |                      |
| г. Прокопьевск                              | 4154                 |
| ОАО «Шахта Коксовая»                        | 915                  |
| МУП РДЭУ                                    | 2513                 |
| МУП «Трамвайное управление»                 |                      |
| <b>г. Топки</b>                             | 2845                 |
| МУП Многоотраслевое ЖКХ                     |                      |
| Промышленновский район                      | 820                  |
| ООО «Свинокомплекс Юбилейный»               |                      |
| <b>Тисульский район</b>                     | 448                  |
| МУП «Теплоэлектросеть»                      |                      |
| <b>Яйский район</b>                         | 2603                 |
| МУП ПОЖКХ                                   |                      |
| <b>Всего:</b>                               | <b>39957</b>         |

ций и иных хозяйствующих субъектов области, поскольку включает в себя данные из отчетов плательщиков (налоговых деклараций), представляемых в налоговые органы.

В таблице 2 представлены суммы задолженности налогоплательщиков по состоянию на 31.12.04 г.

В структуре приостановленных к взысканию платежей, которые составляют более половины

**Таблица 2**  
**Суммы задолженности налогоплательщиков**  
**по состоянию на 31.12.04 г. (в млн. руб.)**

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Приостановленные к взысканию платежи<br>(процедура банкротства, арест имущества) | 515 |
| Недоимка (текущая задолженность)                                                 | 310 |
| Суммы в реструктуризации                                                         | 58  |
| Всего задолженность                                                              | 883 |

всей задолженности, наибольшую долю составляет задолженность предприятий, находящихся в стадии конкурсного производства. Нужно отметить, что состав этих предприятий неоднороден. Ряд предприятий являются брошенными, с минимальной численностью работающих, практически не ведут финансово-хозяйственную деятельность. Однако в этой же категории есть рентабельные предприятия с большой численностью работников (например, шахты ООО «Прокопьевскуголь»), которые выполняют и перевыполняют план хозяйственной деятельности, но, тем не менее, большие суммы находятся под мораторием и не подлежат взысканию.

Проводится работа, направленная на погашение задолженности и мобилизацию платежей в бюджет ТФ ОМС.

Еженедельно специалисты Фонда занимаются подготовкой информации для заседаний комиссии по мобилизации поступлений в областной бюджет и ТФ ОМС под председательством первого заместителя Губернатора области В. Мазикина.

В 2004 году были подготовлены сведения по 862 предприятиям, включенным в повестки заседаний.

В отношении 138 предприятий комиссией были вынесены решения о погашении ими задолженности на ОМС до установленной даты. Предприятиями, рассмотренными на заседаниях комиссии в 2004 году, было погашено 65 млн. руб.

На имя руководителей крупнейших предприятий-неплательщиков и угольных компаний неоднократно готовились телеграммы за подписью Губернатора области и заместителя Губернатора К. Курилова с разъяснением сложной ситуации в здравоохранении и с обращением погасить задолженность в систему ОМС. Регулярно проводилась индивидуальная работа с крупнейшим должником в ТФ ОМС ООО УК «Прокопьевскуголь», в результате компания погасила задолженность по текущим платежам в ТФ ОМС в сумме 20,3 млн. руб., и с июля 2004 года начала регулярно перечислять текущие платежи на ОМС.

В пресс-службу администрации Кемеровской области для дальнейшего размещения в пресс-релизах и средствах массовой информации были переданы сведения о 146 предприятиях-должниках и их руководителях. При этом отмечалось,

что невыполнение предприятиями обязанности по уплате взносов приводит к задержкам в выплате заработной платы медицинским работникам системы ОМС, нехватке средств на питание и медикаменты в лечебных учреждениях.

В начале деятельности Фонда был сформирован Регистр налогоплательщиков и страховых взносов (далее — Регистр взносов). Регистр взносов содержит сведения о зарегистрированных в фонде юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, их реквизитах (ИНН, наименование полное и краткое, ФИО руководителя, место нахождения, телефон, виды деятельности и т.д.); сведения о платежах, дату регистрации и ликвидации. В базу данных заносятся сведения о реструктуризации плательщиков, суммах рассрочки, сведения о процедурах банкротства и прочие сведения.

В 2001 году функция сбора взносов была передана налоговым органам, однако Фонд не прекратил работу с налогоплательщиками. Взаимодействие с ними организовано на этапе заключения договоров со страховыми медицинскими организациями. Налогоплательщики перед заключением договора обязаны получить в Фонде «Карточку страхователя».

«Карточка страхователя» — это документ, используемый в работе ТФ ОМС с налогоплательщиками всех форм собственности и страховыми медицинскими организациями. Он позволяет Территориальному фонду отслеживать своевременность уплаты налогоплательщиками налогов, уплачиваемых в фонды ОМС; численность работающих на предприятиях и численность лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию; проводить сверку паспортных данных налогоплательщиков (организационно-правовую форму, ИНН, ОГРН, юридическое и фактическое местонахождение плательщика, ФИО руководителя, номера телефонов предприятия).

На основании «Карточки страхователя», заполненной в СМО и вернувшейся в Фонд, устанавливается, зарегистрировано ли предприятие в ТФ ОМС, сколько договоров и с какими СМО имеет (для исключения «двойного» страхования), есть ли на предприятии «двойники», соответствует ли численность работающих на предприятии численности по Интегрированному регистру застрахованных ТФ ОМС и т.д.

В Договоры о финансировании между ТФ ОМС и СМО, заключенных на 2004 год, было включено условие, в соответствии с которым СМО могут заключать новые и пролонгировать действующие договоры ОМС только со страхователями, представившими «Карточку страхователя», выданную Фондом. Срок действия договора не может превышать срок действия «Карточки страхователя».



Проводилась работа и со вторым крупным плательщиком средств на ОМС — администрациями муниципальных образований, перечисляющими страховые взносы на ОМС неработающего населения.

Ежемесячно проводились сверки перечисления средств. В запланированные сроки осуществлялись документальные и камеральные проверки.

В 2004 году завершена работа по составлению Соглашений и графиков рассрочки погашения задолженности, взысканной в судебном порядке. К концу года с 32 администрациями территорий Кемеровской области утверждены Соглашения о рассрочке, администрация г. Юрги погашает задолженность по Мировому соглашению 1999 года.

За 2004 год, в соответствии с графиками рассрочки, администрации должны были перечислить 78,8 млн. руб., фактически перечислили 88,3 млн. руб. Переплата образовалась в результате досрочного погашения рядом территорий задолженности по графикам 2005-2006 гг.

Полностью в 2004 году погасили задолженность в соответствии с графиками рассрочки администрации 21 территории: г. Анжеро-Судженск, г. Мыски, р-н Ижморский, г. Белово, г. Осинники, р-н Ленинск-Кузнецкий, г. Березовский, г. Полысаево, р-н Новокузнецкий, г. Гурьевск, г. Тайга, р-н Прокопьевский, г. Кемерово, г. Юрга, р-н Тяжинский, г. Киселевск, р-н Беловский, р-н Юргинский, г. Междуреченск, р-н Гурьевский, р-н Яшкинский.

Частично погасили задолженность три администрации — г. Калтан (67 %), г. Топки и Топкинский р-н (42 %), г. Таштагол (6 %).

Не перечислили ни одного платежа в счет погашения задолженности администрации: г. Мариинск и район, р-н Тисульский, р-н Кемеровский,

р-н Чебулинский, р-н Крапивинский, р-н Яйский, р-н Промышленновский.

Территориальным фондом ОМС поощрялись добросовестные плательщики, своевременно перечисляющие страховые взносы.

К профессиональным праздничным датам руководителям предприятий, перечислившим наибольшие суммы платежей, вручались от имени руководства ТФ ОМС благодарственные письма «За добросовестное выполнение своих обязанностей по уплате единого социального налога в части страховых взносов на ОМС». Эта информация передавалась для размещения в СМИ.

Также в конце года были отмечены 11 глав муниципальных образований, выполнивших обязательства по перечислению страховых взносов на ОМС неработающего населения в рамках бюджетов своих территорий. От имени руководства ТФ ОМС им были вручены благодарственные письма «За большой вклад в достижение финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения территории».

#### ИСПОЛНЕНИЕ БЮДЖЕТА ТФ ОМС

Бюджет ТФ ОМС на 2004 год утвержден Законом Кемеровской области от 29.12.2003 № 75-ОЗ с изменениями от 10.11.2004 № 73-ОЗ и от 01.12.2004 № 89-ОЗ. Бюджет на 2004 год бездефицитен.

На основании отчетных данных за 2004 год поступления средств составили 3854,6 млн. руб. или почти 100 % от утвержденной доходной части бюджета ТФ ОМС, что на 989,1 млн. руб. или на 35 % больше, чем в 2003 году.

Исполнение доходной части бюджета ТФ ОМС показано в таблице 3.

**Таблица 3. Исполнение доходной части бюджета ТФ ОМС (в млн. руб.)**

| Показатель                                                                                                     | план   | факт   | откл.  | % выполнения |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------------|
| Доходы – всего                                                                                                 | 3869,3 | 3854,6 | -14,7  | 100          |
| Налоговые доходы                                                                                               | 1880,0 | 2299,8 | 419,8  | 122          |
| Единый социальный налог, зачисляемый в ТФ ОМС                                                                  | 1790,6 | 2186,4 | 395,8  | 122          |
| Единый налог, взимаемый в связи с применением упрощенной системы налогообложения                               | 7,8    | 20,1   | 12,3   | 257          |
| Единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности                                               | 21,6   | 27,4   | 5,8    | 127          |
| Недоимка, пени и штрафы по обязательным поступлениям в ТФ ОМС                                                  | 60,0   | 65,9   | 5,9    | 110          |
| Неналоговые доходы                                                                                             | 1989,3 | 1554,8 | -434,5 | 78           |
| Страховые взносы на ОМС неработающего населения                                                                | 1918,4 | 1277,3 | -641,1 | 67           |
| Недоимка, пени и штрафы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемые в ТФ ОМС | 66,9   | 98,2   | 31,3   | 147          |
| Прочие поступления в бюджеты внебюджетных фондов                                                               | 4,0    | 179,3  | 175,3  |              |
| - возврат средств за лечение инообластных больных                                                              | 4,0    | 7,0    | 3,0    | 177          |
| - субвенции Федерального фонда                                                                                 |        | 133,0  | 133,0  |              |
| - прочие поступления                                                                                           |        | 39,3   | 39,3   |              |

Доходная часть бюджета состоит из двух основных частей — налоговые и неналоговые доходы. Налоговые доходы — средства, перечисляемые работодателями и частными предпринимателями в виде единого социального налога и налогов по специальным схемам (налог на вмененный доход, единый упрощенный и минимальный налоги, единый сельскохозяйственный налог), и недоимка, пени и штрафы за предыдущие годы по этим платежам — поступили в сумме 2299,8 млн. руб. или 122 % от запланированной суммы.

Неналоговые доходы, основными из которых являются страховые взносы на ОМС неработающего населения, недоимка, пени и штрафы по этим взносам, поступили на счет ТФ ОМС в сумме 1554,8 млн. руб., что составляет 78 % от запланированной суммы.

Уровень перечисления взносов на ОМС неработающего населения в 2004 году немного превысил уровень 2003 года — было перечислено 67 % от запланированной на год суммы (в 2003 году — 64 %). Это позитивная тенденция, т.к. в предыдущие годы перечислялось не более 50 % от запланированного объема.

Но, несмотря на некоторое улучшение ситуации с поступлением взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, недоперечисление 641 млн. руб. явилось основной причиной недостаточного финансирования Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи.

Территориальная программа ОМС на 2004 год была рассчитана с учетом страхового взноса на ОМС неработающего населения 93 руб. в месяц на одного застрахованного, утвержденного Законом Кемеровской области «О бюджете ТФ ОМС на 2004 год».

В связи с финансовыми трудностями, ни одна из территорий не заложила в своем бюджете средства в таком объеме.

Информация о запланированных в бюджетах территорий и фактически перечисленных в 2004 году средствах в расчете на одного неработающего жителя представлена в таблице 4.

**Таблица 4**  
**Запланированные в бюджетах территорий и фактически перечисленные в 2004 году средства в расчете на одного неработающего жителя (руб./мес.)**

| Наименование территории | Размер страхового взноса |                        |          |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|----------|
|                         | Запланировано в бюджете  | Фактически перечислено | Динамика |
| г. Анжеро-Судженск      | 72                       | 72                     | ✓        |
| г. Белово               | 49                       | 56                     | ↑        |
| г. Березовский          | 76                       | 85                     | ↑        |
| г. Гурьевск             | 44                       | 27                     | ↓        |
| г. Калтан               | 44                       | 45                     | ↑        |
| г. Кемерово             | 72                       | 72                     | ✓        |
| г. Киселевск            | 68                       | 68                     | ✓        |
| г. Ленинск-Кузнецкий    | 64                       | 66                     | ↑        |
| г. Мариинск + район     | 55                       | 53                     | ↓        |
| г. Междуреченск         | 67                       | 72                     | ↑        |
| г. Мыски                | 55                       | 59                     | ↑        |
| г. Новокузнецк          | 68                       | 63                     | ↓        |
| г. Осинники             | 63                       | 63                     | ✓        |
| г. Полысаево            | 47                       | 53                     | ↑        |
| г. Прокопьевск          | 71                       | 70                     | ↓        |
| г. Тайга                | 69                       | 69                     | ✓        |
| г. Таштагол             | 43                       | 49                     | ↑        |
| г. Топки + район        | 40                       | 41                     | ↑        |
| г. Юрга                 | 55                       | 59                     | ↑        |
| Беловский район         | 72                       | 75                     | ↑        |
| Гурьевский район        | 55                       | 21                     | ↓        |
| Ижморский район         | 42                       | 51                     | ↑        |
| Кемеровский район       | 50                       | 44                     | ↓        |
| Крапивинский район      | 55                       | 48                     | ↓        |
| Ленинск-Кузнецкий район | 55                       | 34                     | ↓        |
| Новокузнецкий район     | 45                       | 52                     | ↑        |
| Прокопьевский район     | 45                       | 57                     | ↑        |
| Промышленновский район  | 40                       | 37                     | ↓        |
| Тисульский район        | 73                       | 71                     | ↓        |
| Тяжинский район         | 49                       | 64                     | ↑        |
| Чебулинский район       | 55                       | 53                     | ↓        |
| Юргинский район         | 93                       | 72                     | ↓        |
| Яйский район            | 55                       | 56                     | ↑        |
| Яшкинский район         | 55                       | 54                     | ↓        |
| В среднем по области:   | 63                       | 63                     | ✓        |

Информация о запланированных на 2004 год подушевых нормативах на ОМС неработающего населения в регионах Сибирского федерального округа — в таблице 5 и на диаграмме 1.

К прочим поступлениям отнесены средства субвенций Федерального фонда ОМС, средства, поступившие из других Фондов РФ за лечение их застрахованных на территории Кемеровской области, и иные поступления, среди которых

**Таблица 5**  
**Подушевые нормативы на ОМС**  
**неработающего населения в регионах**  
**Сибирского федерального округа,**  
**запланированные на 2004 год**

| Регион                | руб./мес. |
|-----------------------|-----------|
| Новосибирская область | 117       |
| Красноярский край     | 108       |
| Республика Бурятия    | 106       |
| Кемеровская область   | 93        |
| Республика Алтай      | 92        |
| Иркутская область     | 75        |
| Республика Хакасия    | 66        |
| Алтайский край        | 62        |
| Томская область       | 61        |
| Омская область        | 55        |

основную долю составили восстановление на счет ТФ ОМС нецелевого использования средств ОМС и возврат средств от СМО за лечение их застрахованных за пределами территории страхования.

Общая сумма прочих поступлений составила 179,3 млн. руб., из них 133 млн. руб. или 74 % — субвенции ФОМС. В общей сумме доходной части бюджета ТФ ОМС субвенции составили 3,5 %.

Структура доходной части бюджета ТФ ОМС в 2004 году показана на диаграмме 2.

Поступления в расчете на одного застрахованного по ОМС работающего и неработающего жителя в динамике за 2000-2004 гг. представлены в таблице 6. При расчете показателей учтены поступления недоимки и штрафов.

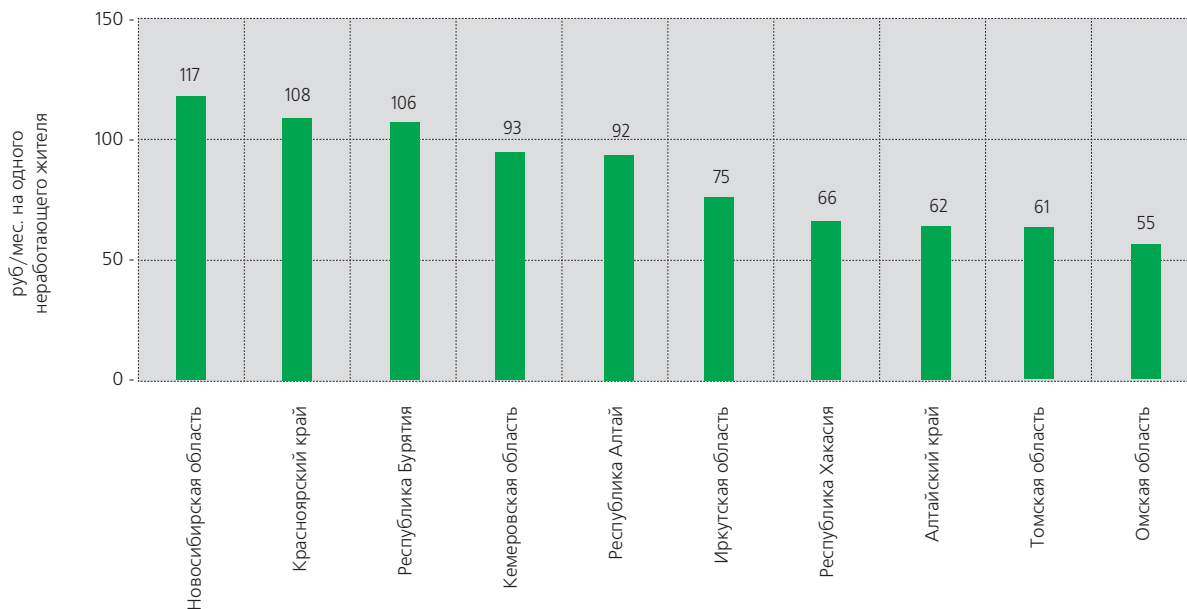
Исполнение расходной части бюджета ТФ ОМС в 2004 году представлено в таблице 7.

Расходы ТФ ОМС в 2004 году составили 3837,5 млн. руб. или 98,5 % от запланированной суммы. Основная часть средств в размере 3785,7 млн. руб., что составляет 98,7 %, была направлена на финансирование Территориальной программы ОМС.

105,6 млн. руб. (2,8 % в структуре расходов) было направлено на ведение дела СМО, 72,4 млн. руб. (1,9 %) — на выполнение управленческих функций ТФ ОМС.

Нормативы, утвержденные Правлением Фонда, составляют 3 % для СМО и 2,2 % для ТФ ОМС.

**Диаграмма 1**  
**Страховые взносы на ОМС неработающего**  
**населения в регионах Сибирского Федерального**  
**округа (план на 2004 год)**



**Диаграмма 2**  
**Структура доходов ТФ ОМС**  
**в 2004 году**



**Таблица 6**  
**Поступления в расчете на одного застрахованного**  
**по ОМС работающего и неработающего жителя**  
**в динамике за 2000-2004 гг. (в руб./мес.)**

| Годы | Поступления, всего | В том числе:                 |                                       |
|------|--------------------|------------------------------|---------------------------------------|
|      |                    | поступления от работодателей | взносы на ОМС неработающего населения |
| 2000 | 41,1               | 77,1                         | 17,0                                  |
| 2001 | 47,3               | 93,6                         | 16,9                                  |
| 2002 | 76,0               | 128,4                        | 40,4                                  |
| 2003 | 89,8               | 147,6                        | 48,0                                  |
| 2004 | 123,2              | 193,9                        | 70,7                                  |

**Таблица 7**  
**Исполнение расходной части бюджета ТФ ОМС в 2004 году (в млн. руб.)**

| Показатель                                                                                           | План   | Факт   | Откл. | Процент выполнения |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------|--------------------|
| Расходы всего:                                                                                       | 3895,0 | 3837,5 | -57,5 | 99                 |
| Финансирование Территориальной программы ОМС                                                         | 3837,4 | 3785,7 | -51,7 | 99                 |
| - выполнение Территориальной программы ОМС                                                           | 3375,9 | 3314,0 | -61,9 | 98                 |
| - формирование нормированного страхового запаса                                                      | 299,2  | 293,7  | -5,5  | 98                 |
| - ведение дела СМО                                                                                   | 89,0   | 105,6  | 16,6  | 119                |
| - выполнение управленческих функций территориальным фондом                                           | 73,3   | 72,4   | -0,9  | 99                 |
| Расходы на финансирование иных мероприятий, предусмотренных нормативными правовыми актами РФ, по ОМС | 57,6   | 51,8   | -5,8  | 90                 |
| - расходы на выполнение региональных целевых программ                                                | 57,1   | 51,3   | -5,8  | 90                 |
| - прочие расходы                                                                                     | 0,5    | 0,5    | -     | 100                |

На финансирование иных мероприятий, предусмотренных нормативными актами РФ, было перечислено 51,8 млн. руб. Из этих средств, 51,3 млн. руб. были израсходованы на финансирование региональной целевой программы «Здоровье кузбассовцев» и 499 тыс. руб. — на проведение семинаров, совещаний и конференций для специалистов системы ОМС.

В рамках региональной целевой программы «Здоровье кузбассовцев» финансировались следующие подпрограммы:

- «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом на территории Кемеровской области» — финансирование на 99 %.

- «Сахарный диабет» — финансирование на 100 %.

- «Поддержка процедуры лицензирования ЛПУ, аттестации рабочих мест и медицинских работников» — финансирование на 82 %.

Средства не были освоены в полном объеме, т.к. не все медицинские учреждения обратились за восстановлением средств за аттестацию медработников (ЛПУ гг. Калтан, Мыски, Тисульского и Юргинского районов). Несвоевременно поступили документы из ЛПУ г. Березовского и Ижморского района, что сделало невозможным в 2004 году восстановить средства медицинским работникам за получение квалификационной категории.

- «Компьютеризация поликлинических и аптечных учреждений Кемеровской области» — финансирование на 99 %. Данная подпрограмма была

включена в бюджет ТФ ОМС осенью 2004 года в рамках подготовительных мероприятий к реализации мер социальной поддержки уязвимых слоев населения согласно Федеральному закону от 22.08.2004 № 122-ФЗ. За счет ее средств в поликлиники области было поставлено 750 компьютеров, 335 принтеров и 320 модемов. Специалистами Кемеровского областного медицинского информационно-аналитического центра (КОМИАЦ) разработано и установлено во всех поликлиниках области программное обеспечение для учета посещений.

Структура расходной части бюджета ТФ ОМС в 2004 году показана на диаграмме 3.

**Диаграмма 3**  
**Структура расходов ТФ ОМС в 2004 году**



Остаток средств на счетах Территориального фонда ОМС по состоянию на 01.01.05 г. составил 64,6 млн. руб. Эти деньги поступили на счет ТФ ОМС 31 декабря 2004 года и в 2005 году направлены на финансирование Территориальной программы ОМС.

### ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В 2004 году в Кемеровской области по обязательному медицинскому страхованию работали 7 страховых медицинских организаций и Юргинский филиал ТФ ОМС, выполняющий функцию страховщика. Им были застрахованы жители трех территорий — г. Юрги, Юргинского и Яшкинского районов с общей численностью 123,4 тыс. чел. С 2005 года Юргинский филиал перестал выполнять функцию страховщика, жителей г. Юрги и Юргинского района застраховала ГБК «Кемерово», жителей Яшкинского района

— ОБК «Кузбасс». По данным отчетов страховых медицинских организаций, по состоянию на конец 2004 года число застрахованных по ОМС жителей Кузбасса составило 2608,2 тыс. чел. (на 51 тыс. чел. меньше, чем в 2003 году). Это составляет 91 % от статистической численности населения области, которая, по данным Комитета госстатистики Кемеровской области, на 1.01.04 г. равна 2872,1 тыс. чел.

Кроме того, 11,1 тыс. жителей Кемеровской области работают на предприятиях, которые являются структурными подразделениями головных предприятий, расположенных в других регионах, и имеют полисы страховых компаний этих регионов:

- Красноярский край — 3,1 тыс. чел.
- Новосибирская область — 5,6 тыс. чел.
- Томская область — 1,2 тыс. чел.
- Алтайский край и республика Алтай — 1,2 тыс. чел.

Распределение страхового поля между страховыми медицинскими организациями Кузбасса представлено в таблице 8 и на диаграмме 4.

Из общего количества застрахованных, работающее население составляет 988,3 тыс. чел. (38 %), а неработающее — 1620 тыс. чел. (62 %). Среди неработающего населения, 572 тысячи детей, 619 тысяч пенсионеров и 429 тысяч прочих неработающих (домохозяйки и т.п.).

Вести достоверный учет застрахованных по ОМС позволяет Интегрированный регистр застрахованных (далее — Регистр застрахованных), который существует в Территориальном фонде ОМС с 2000 года.

**Таблица 8**  
**Распределение страхового поля между СМО Кузбасса**

| Наименование СМО                      | Численность застрахованных (чел.) | Доля (%) |
|---------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| Областная больничная касса «Кузбасс»  | 1644648                           | 63,1     |
| Городская больничная касса «Кемерово» | 462497                            | 17,7     |
| ЗАО Больничная касса «Сибпром»        | 225153                            | 8,6      |
| ООО «ЖСО-Медицина»                    | 111587                            | 4,3      |
| Юргинский филиал ТФ ОМС               | 92893                             | 3,6      |
| СЗАО «Кузбассуглемед»                 | 44114                             | 1,7      |
| ЗАО «Сибирский Спас-Мед»              | 18396                             | 0,7      |
| ООО СМК «Облкемеровоуголь»            | 8959                              | 0,3      |
| ИТОГО:                                | 2608247                           | 100      |

Необходимость его создания, как одного из основных направлений совершенствования си-

**Диаграмма 4**  
**Распределение страхового поля между СМО**  
**Кемеровской области в 2004 году**



системы учета застрахованных граждан, была продиктована задачами, поставленными перед Территориальными фондами ОМС в соответствии с «Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на 2000-2005 годы».

Регистр застрахованных — это уникальный информационный ресурс, благодаря которому можно получать самую разнообразную информацию о застрахованных гражданах, иметь полное представление о численности застрахованных граждан в разрезе различных категорий (статусов), их половозрастной структуре. Получить эту информацию можно как по каждому конкретному договору ОМС, отдельной территории или СМО, так и по области в целом, что необходимо в условиях работы по всеобщности обязательного медицинского страхования.

Регистр застрахованных обеспечивает широкие возможности для оперативной работы с медицинскими учреждениями, позволяет контролировать СМО по многим разделам их работы (обеспечение граждан страховыми полисами ОМС и своевременность их выдачи, соответствие сроков действия полисов ОМС срокам действия договоров страхования и т.д.). На сегодняшний день им пользуются специалисты медицинских учреждений, страховых медицинских организаций, Территориального фонда ОМС.

Наличие Регистра застрахованных в настоящее время актуально еще и потому, что для участия в программе Пенсионного фонда по дополнительному финансированию расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи нера-

ботающим пенсионерам, необходим персональный учет застрахованных.

ТФ ОМС контролирует выполнение страховыми медицинскими организациями «Порядка обязательного медицинского страхования лиц пенсионного возраста на территории Кемеровской области».

СМО выдает полис ОМС неработающему пенсионеру только после сверки с Регистром застрахованных и установления факта отсутствия страхования этого гражданина какой-либо другой СМО, работающей на территории Кемеровской области. Если неработающий пенсионер уже является застрахованным другой СМО по статусу «работающий», СМО, в которую обратился гражданин, сверив у него в трудовой книжке запись об увольнении, изымает у него полис с пометкой «работающий». Выдавшая новый полис СМО в обязательном порядке уведомляет ту СМО, в которой был застрахован гражданин, для вывода сведений о нем из Регистра застрахованных.

Аналогичный контроль проводится специалистами СМО при выдаче полисов другим категориям граждан.

Данная работа, проводимая ТФ ОМС совместно со СМО, позволяет иметь актуальный Интегрированный регистр застрахованных, исключить случаи двойного страхования, контролировать рациональное и целевое расходование средств ОМС.

Доходы и расходы СМО в 2004 году представлены в таблице 9.

**Таблица 9**  
**Доходы и расходы СМО в 2004 году**  
**(в млн. руб.)**

| Показатель                                           | Сумма  | Структура (%) |
|------------------------------------------------------|--------|---------------|
| Остаток на начало                                    | 18,7   |               |
| Поступления – всего                                  | 3545,4 | 100           |
| - из Территориального фонда ОМС                      | 3503,8 | 98,8          |
| - другие источники                                   | 41,6   | 1,2           |
| Израсходовано – всего                                | 3525,3 | 100           |
| - на оплату медицинских услуг                        | 3351,5 | 95,1          |
| - на финансирование предупредительных мероприятий    | 51,4   | 1,5           |
| - на ведение дела СМО                                | 103,4  | 2,9           |
| - прочие расходы (возврат кредита, налог на прибыль) | 18,9   | 0,5           |
| Остаток на конец периода                             | 38,8   |               |

Доходы страховых медицинских организаций в 2004 году составили 3545,4 млн. руб., что на 34 % больше, чем в предыдущем 2003 году. Основным источником поступлений являются



средства, перечисляемые Фондом по подушевому нормативу финансирования — они составили 98,8 % от общей суммы доходов. Незначительная часть средств — 1,2 % — поступила из других источников, основные из которых: банковский кредит, пополнение уставного капитала, финансовые санкции к ЛПУ.

95,1 % из поступивших средств были перечислены в лечебные учреждения на оплату медицинских услуг.

2,9 % составили расходы на ведение дела страховых медицинских организаций, что не превышает норматив, рекомендованный ФФ ОМС. Кроме указанных расходов, производилась оплата предупредительных мероприятий — 1,5 % от общей суммы расходов.

Также как и в 2003 году часть средств резерва предупредительных мероприятий, формируемого СМО, в 2004 году направлялась на финансирование социально значимых направлений здравоохранения по программам, утвержденным Правлением Фонда. Программы были утверждены по следующим направлениям:

- «Укрепление здоровья социально-незащищенных, малообеспеченных граждан» — исполнение 99%.

В программу включено дополнительное лекарственное обеспечение лечебного процесса в дневных стационарах поликлиник, с приоритетным направлением средств для тружеников тыла, и дополнительное финансовое обеспечение лечебно-оздоровительных мероприятий детям из многодетных и неполных нуждающихся семей.

- «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения ветеранов войн и социально значимых заболеваний и категорий населения» — исполнение 100 %.

В рамках этой программы предусмотрено дополнительное лекарственное обеспечение стационарного лечения ветеранов войн и лиц старшего поколения в областном хосписе; дополнительное финансирование профилактики и лечения клещевого энцефалита; приобретение эндокорректоров, эндопротезов и других металлоконструкций; приобретение электрокардиостимуляторов; дополнительное финансирование реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе; дополнительное лекарственное обеспечение стоматологической помощи жителям сельских районов и стационаров на дому при ФАП; дополнительное лекарственное обеспечение токсикологических центров и отделений гемодиализа области.

- «Охрана материнства и детства» — исполнение 100 %.

В программу включено приобретение синтетического сурфактанта для новорожденных в перинатальных центрах г. Кемерово и г. Новокуз-

нецк; дополнительное лекарственное обеспечение медицинской помощи беременным женщинам; приобретение средств для профилактики заболеваний, связанных с дефицитом йода, и профилактики рахита у детей первого года жизни; дополнительное лекарственное обеспечение детей с онкогематологической патологией.

## РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

Территориальная программа ОМС (далее — ТП ОМС) является составной частью Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Кемеровской области бесплатной медицинской помощью на 2004 год.

Территориальная программа ОМС на 2004 год утверждена в размере 3837,4 млн. руб. Фактическое финансирование было произведено в размере 3785,7 млн. руб. или 99 % от запланированной суммы.

В системе ОМС Кемеровской области в 2004 году работали 166 медицинских учреждений, имеющих статус юридического лица, в том числе комплексные, в состав которых входят стационар, поликлиника, дневной стационар:

- 3 учреждения федерального подчинения — ГУ Научно-исследовательский институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, ГУ Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, ГУ Научно-практическая лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН;

- 7 учреждений областного подчинения;
- 17 ведомственных учреждений;
- 139 муниципальных учреждений, в том числе 16 районных больниц.

Состав медицинских учреждений системы ОМС:

- 108 больничных учреждений;
- 31 амбулаторно-поликлиническое учреждение;
- 27 стоматологических поликлиник.

Оказание стационаро-замещающей помощи в нашей области обеспечивается следующими учреждениями:

- 10 дневных стационаров при стационарах;
- 108 дневных стационаров при поликлиниках;
- 63 стационара на дому;
- 10 центров амбулаторной хирургии.

Несмотря на то, что по определению Закона «О медицинском страховании граждан» медицинскую помощь в системе ОМС должны оказывать медицинские учреждения, прошедшие в установленном порядке процедуру лицензирования, на конец 2004 года не имели лицензии на

медицинскую деятельность 5 медицинских учреждений системы ОМС:

- МУ «ГБ № 7» г. Белово — срок действия лицензии истек 21.09.04 г.

- МУЗ «ГСП» г. Березовского — срок действия лицензии истек 05.09.04 г.

- ГУ «Дезинфекционная станция г. Кемерово» — срок действия лицензии истек 03.07.04 г.

- МЛПУ «ГДБ № 28» г. Новокузнецка — срок действия лицензии истек 12.10.04 г.

- МУЗ «ГБ поселка Малиновка» г. Осинники — срок действия лицензии истек 30.06.01 г.

Ежегодно, в целях реализации Территориальной программы ОМС, всеми территориями Кемеровской области разрабатываются муниципальные задания на предоставление медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях (далее — МЗ). Муниципальное задание — это финансово сбалансированный план оказания медицинской помощи населению в сети медицинских учреждений города или района и за его пределами, обеспечивающий требуемый уровень структурной и локальной эффективности, формируемый на основе объемов медицинской помощи, с учетом территориальных нормативов финансовых затрат, предложений медицинских учреждений.

Муниципальное задание утверждается администрацией города или района, Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области и Территориальным фондом ОМС. Оно согласовывается всеми страховыми медицинскими организациями, работающими на данной территории.

Основные условия формирования показателей муниципальных заданий:

- обоснованная потребность в медицинской помощи на основе демографического состава населения и уровня заболеваемости;

- соответствие мощностей медицинских учреждений запланированным объемам медицинской помощи, учет объемов, оказываемых за пределами территорий. В основу планирования деятельности медицинских учреждений территорий заложены утвержденные Областной согласительной комиссией нормативы средней длительности лечения, среднегодовой занятости койки по профилям отделений с разбивкой на интенсивный этап и этап долечивания для стационаров круглосуточного пребывания;

- сбалансированность объемов медицинской помощи и финансовых средств;

- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В течение последних лет сформировался определенный подход к расчету муниципальных заданий, который основан на многофакторном анализе ситуации, сложившейся в здравоохранении.

При составлении муниципальных заданий большое внимание уделяется распределению потоков пациентов. В ходе анализа было отмечено,

что ряд лечебных учреждений области, в силу географического местоположения, технической оснащенности и квалификации персонала, наиболее предпочтительны для больных. Это послужило основанием для создания межтерриториальных центров — муниципальных медицинских учреждений, в которых оказывается медицинская помощь жителям близлежащих территорий. Данные медицинские учреждения имеют особые условия направления и финансирования медицинской помощи, оказанной больным, поступающим с других территорий.

Учитывая многовариантность расчетов, для которых требуется обработка больших массивов информации, специалистами ТФ ОМС было разработано уникальное программное обеспечение «Формирование задания на оказание медицинской помощи». Программа позволяет в автоматизированном режиме планировать потоки жителей на лечение в медицинских учреждениях своей территории и за ее пределами. Использование этой программы дает возможность проводить расчет стоимости муниципального задания территории и получать выходные формы по основным объемным и финансовым показателям медицинской помощи.

На Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС», состоявшейся в сентябре 2004 года в г. Красноярске, Территориальный фонд ОМС Кемеровской области был награжден золотой медалью и дипломом за создание программы «Формирование задания на оказание медицинской помощи».

Информационной основой, помогающей проводить рациональное планирование объемов медицинской помощи, оценивать деятельность медицинских учреждений и выполнять различного рода аналитические исследования, является База данных случаев оказания медицинской помощи застрахованному по ОМС населению (далее — База пролеченных). Она более достоверна, чем медицинская статистика, поскольку содержит не агрегированные показатели, а первичные документы, представленные медицинскими учреждениями для оплаты в СМО. База пролеченных формируется в ТФ ОМС с 2001 года и ежеквартально дополняется сведениями из передаваемых медицинских учреждений реестров.

Расчет стоимости муниципальных заданий на 2004 год выполнялся на основе объемов медицинской помощи, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий, и нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи, утвержденных в рамках Тарифного соглашения на 2004 год — стоимости и структуры одного койко/дня в стационаре, одного посещения в поликлинике, одного койко/дня в дневном стационаре и одного случая госпитализации для

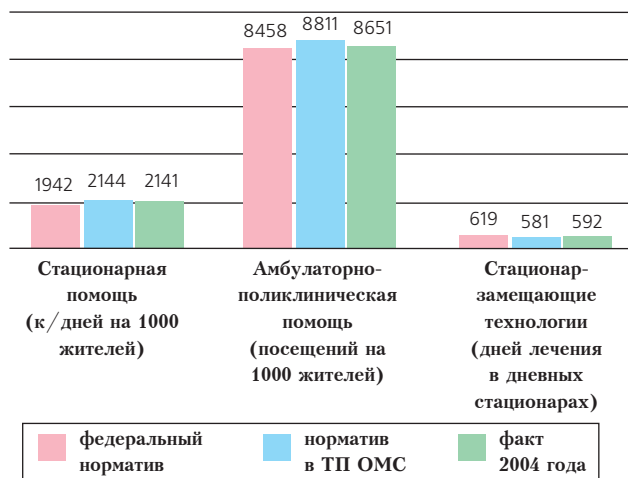
межтерриториальных расчетов. Нормативы объемов оказания медицинской помощи 2004 года приведены в таблице 10.

**Таблица 10**  
**Плановые и фактические показатели по объемам медицинской помощи**

|                                                                          | Норматив<br>федеральный | Норматив<br>в ТП | Факт |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|------|
| Стационарная помощь<br>(койко/дней на 1000 жителей)                      | 1942                    | 2144             | 2141 |
| Амбулаторно-поликлиническая<br>помощь (посещений на 1000<br>жителей)     | 8458                    | 8811             | 8651 |
| Стационарно-замещающая<br>помощь (дней лечения<br>в дневных стационарах) | 619                     | 581              | 592  |

Нормативы в Территориальной программе ОМС и фактические показатели объемов медицинской помощи превышают федеральные нормативы из-за того, что в нашем регионе потребность в медицинской помощи превышает среднероссийский уровень. Причиной этого является неблагоприятная климатическая и экологическая обстановка, наличие производств с повышенным травматизмом и вредными условиями труда. Соотношение плановых и фактических показателей по объемам медицинской помощи показано на диаграмме 5.

**Диаграмма 5**  
**Плановые и фактические показатели объемов медицинской помощи в 2004 году**



Исполнение МЗ по основным объемным показателям в разрезе территорий в 2004 году представлено в таблице 11.

При анализе фактического потребления медицинской помощи выделяется ряд территорий, в которых имеют место высокие относительные показатели по всем видам медицинской помощи

(стационарной, стационарно-замещающей и амбулаторно-поликлинической): гг. Калтан, Кемерово, Киселевск, Мариинск, Мыски, Новокузнецк, Топки, а также Крапивинский, Промышленновский, Тисульский, Чебулинский районы.

В таких территориях, как гг. Белово, Ленинск-Кузнецкий, Осинники, Тайга, Таштагол, Юрга, Ижморский, Кемеровский, Новокузнецкий, Тяжинский, Юргинский, Яйский районы, медицинская помощь оказывается преимущественно в стационарах, т.е. развитие здравоохранения идет в разрез с концепцией развития здравоохранения в области, а именно, нарушаются приоритеты в развитии стационарно-замещающих технологий..

Как положительный момент необходимо отметить, что в таких территориях как гг. Анжеро-Судженск, Березовский, Гурьевск, Междуреченск, а также в Беловском, Гурьевском, Ленинск-Кузнецком, Яшкинском районах, вместе с ростом стационарно-замещающих технологий, уменьшается показатель числа госпитализаций на 1000 жителей данных территорий. Плановые и фактические показатели финансовых затрат представлены в таблице 12.

Фактические финансовые затраты по всем видам помощи не достигли запланированного значения по причине недостаточности средств на финансирование Территориальной программы ОМС. Соотношение плановых и фактических показателей финансовых затрат на оказание медицинской помощи показано на диаграмме 6.

С целью своевременного контроля над выполнением муниципальных заданий территорий и медицинских учреждений, выявления причин отклонения фактических показателей от плановых ежеквартально проводился мониторинг муниципальных заданий. По результатам мониторинга финансовые ресурсы перераспределялись между медицинскими учреждениями муниципального образования и территориями области.

Мониторинг является основой обеспечения реализации заданий, как на уровне каждого медицинского учреждения, так и на уровне территориальных органов управлений здравоохранения, и лежит в основе информационного обеспечения процессов формирования муниципальных заданий и Территориальной программы ОМС на следующие годы.

Муниципальными заданиями на 2004 год было предусмотрено, что 85 % средств будет направлено на оплату медицинской помощи, оказанной жителям на территории проживания, 15 % — в областных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях других территорий.



**Таблица 11**

**Исполнение МЗ по основным объемным показателям в разрезе территорий в 2004 году**

| Территория                | Число койко-дней<br>на 1000 жителей | Количество посещений<br>на 1000 жителей | Число дней лечения в дневных<br>стационарах всех типов |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Анжеро-Судженск           | 1179,9                              | 9057,0                                  | 574,3                                                  |
| Белово                    | 2188,2                              | 9325,0                                  | 338,6                                                  |
| Березовский               | 1916,8                              | 8489,8                                  | 721,8                                                  |
| Гурьевск                  | 1887,2                              | 8891,6                                  | 523,2                                                  |
| Калтан                    | 2039,5                              | 8599,2                                  | 627,3                                                  |
| Кемерово                  | 2110,2                              | 10179,0                                 | 768,7                                                  |
| Киселевск                 | 2205,1                              | 8995,5                                  | 566,5                                                  |
| Ленинск-Кузнецкий         | 2032,6                              | 8326,8                                  | 496,7                                                  |
| Мариинск, Маринский район | 2023,9                              | 7018,9                                  | 732,6                                                  |
| Междуреченск              | 1963,1                              | 9578,7                                  | 627,6                                                  |
| Мыски                     | 2509,3                              | 9084,3                                  | 616,4                                                  |
| Новокузнецк               | 2261,5                              | 9604,0                                  | 747,5                                                  |
| Осинники                  | 2173,4                              | 9064,8                                  | 320,8                                                  |
| Полысаево                 | 1642,4                              | 6145,6                                  | 362,3                                                  |
| Прокопьевск               | 2162,5                              | 10088,5                                 | 578,4                                                  |
| Тайга                     | 2148,4                              | 7034,0                                  | 194,1                                                  |
| Таштагол                  | 2183,5                              | 8462,8                                  | 424,1                                                  |
| Топки, Топкинский район   | 2223,4                              | 8063,4                                  | 675,7                                                  |
| Юрга                      | 2060,1                              | 7631,6                                  | 286,7                                                  |
| Беловский район           | 1792,2                              | 5058,8                                  | 458,9                                                  |
| Гурьевский район          | 1183,8                              | 3631,5                                  | 445,8                                                  |
| Ижморский район           | 2429,6                              | 4975,9                                  | 342,8                                                  |
| Кемеровский район         | 2681,9                              | 3146,2                                  | 197,7                                                  |
| Крапивинский район        | 2102,3                              | 4791,8                                  | 662,8                                                  |
| Ленинск-Кузнецкий район   | 1776,1                              | 3603,2                                  | 634,3                                                  |
| Новокузнецкий район       | 2403,8                              | 2756,7                                  | 318,7                                                  |
| Прокопьевский район       | 1929,8                              | 4640,3                                  | 109,7                                                  |
| Промышленновский район    | 2535,1                              | 6761,1                                  | 608,7                                                  |
| Тисульский район          | 2096,4                              | 6978,6                                  | 621,4                                                  |
| Тяжинский район           | 2407,0                              | 6303,5                                  | 417,3                                                  |
| Чебулинский район         | 2310,5                              | 5456,9                                  | 619,0                                                  |
| Юргинский район           | 2213,8                              | 7785,5                                  | 239,9                                                  |
| Яйский район              | 2265,8                              | 6072,5                                  | 339,3                                                  |
| Яшкинский район           | 1953,9                              | 5253,6                                  | 567,1                                                  |
| ИТОГО по области:         | 2141,1                              | 8651,3                                  | 592,4                                                  |

Фактически произошло некоторое перераспределение средств, 83 % было затрачено на финансирование на своей территории, 17 % – за ее пределами. Сложившаяся ситуация отражает стремление территорий, на стадии планирования муниципальных заданий, необоснованно увеличить долю средств для своих медицинских учреждений, не учитывая фактическое потребление помощи в областных и иных ЛПУ.

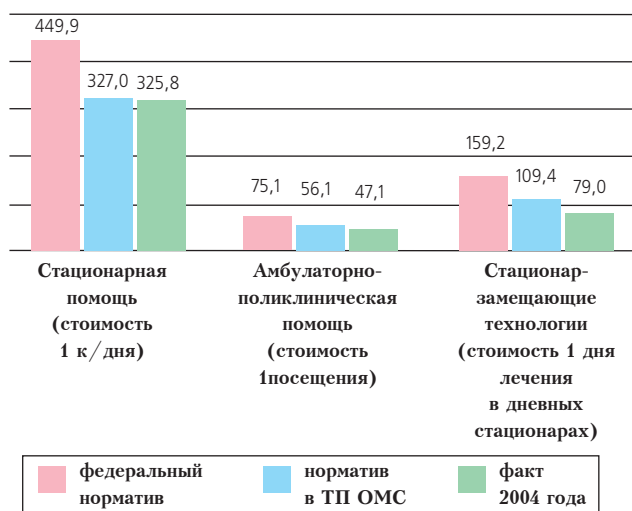
Для урегулирования межтерриториальных взаиморасчетов, «Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования», утвержденный распоряжением Администрации Кемеровской области от 20.01.2003 № 26-р, был дополнен приложением «Распределение средств подушевого норматива». Это прило-

**Таблица 12**

**Плановые и фактические показатели  
финансовых затрат**

|                                                                               | Норматив<br>федеральный | Норматив<br>в ТП | Факт  |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|-------|
| Стационарная<br>помощь (стоимость<br>1 койко/дня)                             | 449,9                   | 327,0            | 325,8 |
| Амбулаторно-<br>поликлиническая<br>помощь (стоимость<br>1 посещения)          | 75,1                    | 56,1             | 47,1  |
| Стационаро-<br>замещающая помощь<br>(стоимость 1 дня в<br>дневном стационаре) | 159,2                   | 109,4            | 79,0  |

**Диаграмма 6**  
**Плановые и фактические показатели**  
**стоимости медицинской помощи в 2004 году**



жение переутверждается ежегодно и определяет процентное соотношение средств, направляемых на свою территорию и на межтерриториальные расчеты, которое рассчитывается на основании обработки отчетности предыдущего года.

Не соответствует Территориальной программе ОМС структура оказания медицинской помощи в разрезе видов (табл. 13).

**Таблица 13**  
**Структура оказания медицинской помощи**  
**(в %)**

| Показатели                         | Норматив по ТП ОМС | Структура фактических расходов |
|------------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| Стационарная помощь                | 56                 | 60                             |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | 39                 | 36                             |
| Стационарно-замещающие технологии  | 5                  | 4                              |
| ВСЕГО:                             | 100                | 100                            |

Механизмы, заложенные в схеме оплаты медицинских услуг и направленные на снижение уровня госпитализации, в т.ч. стимулирование амбулаторно-поликлинического звена, по-прежнему не используются в должном объеме. Несмотря на развитие стационарно-замещающих технологий, понижения потребления стационарной помощи населением области не происходит. Т.е., фактически смещение объемов произошло с амбулаторно-поликлинической помощи на стационарно-замещающие технологии.

Деятельность стационаров в динамике за 2001-2004 гг. представлена в таблице 14.

По сравнению с предыдущим 2003 годом, за счет реструктуризации медицинских учреждений

сокращена 61 среднегодовая койка. В целом, начиная с 1998 года, коечный фонд круглосуточных стационаров системы ОМС сократился почти на 3000 коек.

По сравнению с 2003 годом, несколько уменьшилась занятость койки. Средняя длительность лечения больного в стационаре в течение последних лет стабильна.

Показатели деятельности ведомственных больничных учреждений, функционирующих в системе ОМС в 2004 году, представлены в таблице 15.

Страхowymi медицинскими организациями недостаточно регулируется направление потока больных в стационары ведомственных больничных учреждений. Нередко отсутствует контроль над исполнением муниципальных заданий территориальными согласительными комиссиями. Так, среднегодовая занятость койки в стационарах системы МПС превышает число дней в году. Выполнение муниципального задания по количеству койко/дней в некоторых медицинских учреждениях системы МПС выходит за пределы допустимого коридора риска.

Необходимо отметить, что, несмотря на проводимую территориальными согласительными комиссиями работу по упорядочению деятельности ведомственных и федеральных ЛПУ, сохраняется значительное несоответствие с показателями муниципальных заданий. В течение двух лет подряд не были востребованы койки в ГНКЦ ОЗШ г. Ленинска-Кузнецкого, больнице № 1 ГУВД КО г. Кемерово и НИИ гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН г. Новокузнецка.

Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в динамике за 2001-2004 гг. представлена в таблице 16.

Имеет место тенденция уменьшения количества амбулаторно-поликлинических посещений. Увеличение количества посещений на 1000 жителей, при уменьшении абсолютного числа посещений, объясняется уменьшением статистической численности населения.

Скачок потребления амбулаторно-поликлинической помощи в 2002 году связан с проведенной Всероссийской диспансеризацией детского населения.

Показатели оказания стационарно-замещающих видов помощи в динамике за 2001-2004 гг. представлены в таблице 17.

Внедрение стационарно-замещающих технологий в работу лечебных учреждений является делом не новым, в большинстве территорий Кемеровской области за последние годы оно происходит достаточно активно.

Ежегодно увеличивается число развернутых коек дневных стационаров, возросло число дней лечения в дневных стационарах всех типов. По

числу развернутых коек дневных стационаров территории приближаются к рекомендованным нормативам. Койка дневного стационара занята, в среднем, в 2 смены.

и Юргинском районах. Перспективной формой организации амбулаторно-поликлинической помощи населению является создание центров амбулаторной хирургии. Однако следует отметить, что центры амбулаторной хирургии внедряются достаточно медленно. Такие центры функционируют только в пяти городах — Кемерово, Ленинск-Кузнецкий, Междуреченск, Прокопьевск, Топки.

При высоком исполнении объемных показателей муниципальных заданий по стационаро-замещающим технологиям необходимо отметить самое низкое финансирование данного вида медицинской помощи. Медицинские учреждения, имеющие в своей структуре поликлинику, дневной стационар и стационар, направляют финансовые средства, заработанные поликлиникой или дневным стационаром, в стационар.

Кроме того, имеет место неправильное распределение по видам помощи общеучрежденческих затрат административно-управленческого персонала. В результате, удельный вес расходов на стационарную помощь преобладает над расходами на амбулаторно-поликлиническую.

В 2004 году из средств ОМС в рамках Территориальной программы государственных гарантий финансировались расходы на оплату труда и начисления, на медикаменты и перевязочные средства, на продукты питания, на мягкий инвентарь и обмундирование.

Планируемая и фактическая структура финансирования территориальной программы ОМС в 2004 году показана в таблице 18.

Имеет место противоречие между предусмотренной нормативными документами по ОМС системой оплаты медицинской помощи по страховому

принципу за выполненные объемы и выплатой заработной платы медицинским работникам, без учета выполненных объемов.

«Зарабатываемых» медицинским учреждением средств не хватает на полное финансирование всех статей затрат по нормативам, поэтому происходит увеличение доли расходов на оплату труда, как защищенную статью, за счет сокращения расходов по другим статьям.

Доля заработной платы в расходах на финансирование Территориальной программы ОМС увеличивается из года в год. В 2001 году она составляла 71 %, в 2004 году — 77 %, и Юргинском районах.

**Таблица 14**  
**Деятельность стационаров в динамике за 2001-2004 гг.**

| Показатели деятельности                            | Годы    |         |         |         |
|----------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
|                                                    | 2001    | 2002    | 2003    | 2004    |
| Число среднегодовых коек                           | 19712   | 19075   | 19105   | 19044   |
| Число пролеченных больных                          | 579567  | 578483  | 581447  | 572877  |
| Число к/дней, проведенных жителями области         | 6411713 | 6362941 | 6306027 | 6249647 |
| Число к/дней, проведенных инообластными гражданами | 12622   | 34348   | 37323   | 36568   |
| Занятость койки, дней в году                       | 325,9   | 335,4   | 332,0   | 330,1   |
| Средняя длительность лечения                       | 11,1    | 11,1    | 10,9    | 11,0    |
| Число к/дней на 1000 жителей                       | 2150    | 2148    | 2157    | 2141    |

**Таблица 15**  
**Показатели деятельности ведомственных больничных учреждений, функционирующих в системе ОМС в 2004 году**

| Показатели                     | Учреждения системы МПС | Другие ведомственные учреждения |
|--------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Количество к/дней:             |                        |                                 |
| - по муниципальному заданию    | 218884                 | 179610                          |
| - факт                         | 233694                 | 151238                          |
| - %                            | 107                    | 84                              |
| Средне-годовое количество коек | 631                    | 540                             |
| Занятость койки:               |                        |                                 |
| - по муниципальному заданию    | 346,9                  | 370,4                           |
| - факт                         | 332,6                  | 280,1                           |

**Таблица 16**  
**Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений в динамике за 2001-2004 гг.**

| Показатели деятельности   | Годы     |          |          |          |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|
|                           | 2001     | 2002     | 2003     | 2004     |
| Число посещений           | 25869370 | 26169826 | 25376047 | 25251849 |
| Посещений на 1000 жителей | 8676     | 8835     | 8629     | 8651     |

Отрицательным моментом деятельности дневных стационаров необходимо отметить снижение в 2004 году числа пролеченных больных на 6607 человек (3,2 %), а также рост среднего числа дней лечения, с 8,3 в 2002-2003 гг. до 8,8 в 2004 году.

В общем объеме помощи, оказанной по стационаро-замещающим технологиям, лечение больных в стационарах на дому составляет 14 %. Практически не функционируют стационары на дому, не требующие развертывания коек, в гг. Киселевск, Мариинск, Тайга, в Ижморском, Кемеровском, Новокузнецком, Прокопьевском

**Таблица 17**  
**Показатели оказания стационаро-замещающих видов помощи в динамике за 2001-2004 гг.**

| Показатели деятельности                    | Годы    |         |         |         |
|--------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
|                                            | 2001    | 2002    | 2003    | 2004    |
| Число коек в дневных стационарах, из них:  | 2625    | 2720    | 2767    | 2790    |
| - в дневных стационарах при стационаре     | 222     | 269     | 232     | 232     |
| Число пролеченных больных, из них:         | 200110  | 197595  | 205937  | 199330  |
| - в ДС при поликлинике,                    | 148361  | 155120  | 161051  | 159228  |
| - в ДС при стационаре,                     | 15399   | 13687   | 12969   | 9853    |
| - в стационаре на дому,                    | 23407   | 24070   | 29019   | 27469   |
| - в ЦАХ                                    | 12943   | 4718    | 2898    | 2780    |
| Число проведенных больными к/дней, из них: | 1557149 | 1635161 | 1711148 | 1729220 |
| - в ДС при поликлинике,                    | 1269371 | 1354289 | 1392646 | 1431773 |
| - в ДС при стационаре,                     | 86464   | 73850   | 68367   | 62828   |
| - в стационаре на дому                     | 201314  | 20702   | 250135  | 234619  |
| Средняя длительность лечения               | 7,8     | 8,3     | 8,3     | 8,8     |
| Занятость койки                            | 593     | 601     | 608     | 619     |
| Число дней лечения на 1000 жителей         | 522,2   | 552,2   | 581,9   | 592,4   |

**Таблица 18**  
**Планируемая и фактическая структура финансирования территориальной программы ОМС в 2004 году (в %)**

| Статьи затрат                       | Структура по ТП ОМС | Фактически | Динамика |
|-------------------------------------|---------------------|------------|----------|
| Оплата труда                        | 54                  | 58         | ↑        |
| Начисления на оплату труда          | 19                  | 19         | ✓        |
| Медикаменты и перевязочные средства | 22                  | 16         | ↓        |
| Продукты питания                    | 4                   | 3          | ↓        |
| Мягкий инвентарь и обмундирование   | 1                   | 1          | ✓        |
| Иные расходы                        | 0                   | 2          | ↑        |
| ИТОГО:                              | 100                 | 100        |          |

на 2005 год эти расходы запланированы в размере 81 %. Усредненная структура тарифа с 2001 года показана на диаграмме 7.

Иные расходы в размере 2 % — это средства, израсходованные медицинскими учреждениями не по целевому назначению, т.е. на статьи, не включенные в тариф по обязательному медицинскому страхованию. Средства ОМС направляются медицинскими учреждениями на иные статьи по причине недостаточного и несвоевременного поступления средств из бюджета. Для обеспечения нормальной работы учреждения они вынуждены отвлекать их на финансирование других статей.

Необходимо отметить, что отвлечение медицинскими учреждениями средств ОМС на иные статьи, по сравнению с предыдущим 2003 годом,

увеличилось и составило 67,4 млн. руб. против 46,5 млн. руб.

Восстановление нецелевым образом использованных средств ОМС по назначению производится медицинскими учреждениями как самостоятельно, так и по итогам комплексных или тематических проверок, проводимых контрольно-ревизионной службой ТФ ОМС.

Анализируя работу территорий и медицинских учреждений в рамках муниципальных заданий, можно сделать следующие позитивные выводы:

- за период с 1998 по 2004 годы практически достигнуты рекомендованные нормативами коечные мощности дневных стационаров;
- ежегодно проводится реструктуризация коечного фонда круглосуточных стационаров;
- потребление стационарной помощи контролируется путем мониторинга фактического выполнения объемных показателей;
- разработаны и внедрены методические рекомендации, определяющие единые подходы к расчету муниципальных заданий. Разработано и в оперативном режиме совершенствуется программное обеспечение, облегчающее процесс расчета муниципальных заданий.

Но остаются и нерешенные проблемы:

- не соблюдается принцип приоритетного развития амбулаторно-поликлинической помощи. Затраты на стационарную помощь остаются на одном и том же уровне в течение ряда лет. Необходимо заинтересовать ам-

**Диаграмма 7**  
**Усредненная структура тарифа в системе ОМС**



булаторно-поликлиническое звено в выявлении первичной стадии заболеваний, что приведет к снижению объемов стационарной помощи и, в результате, более эффективному использованию финансовых ресурсов системы ОМС;

- остается проблемой низкий уровень преемственности в работе учреждений здравоохранения;

- недостаточно развиты социальная инфраструктура территорий и альтернативные формы медико-социальной помощи населению.

### ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

Одним из важнейших показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи, является обеспеченность лечебного процесса медикаментами и изделиями медицинского назначения (далее — ЛС и ИМН).

Несмотря на прирост суммы расходов по статье «Медикаменты» в абсолютных цифрах, их доля в общих фактических расходах в течение последних лет традиционно меньше, чем утверждено в Территориальной программе ОМС. Эта информация приведена в таблице 19.

**Таблица 19**  
**Доля запланированных и фактических**  
**расходов по статье «Медикаменты»**  
**в 2001-2004 гг. (в %)**

| Показатели             | Годы |      |      |      |
|------------------------|------|------|------|------|
|                        | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
| Запланировано в ТП ОМС | 38   | 20   | 27   | 22   |
| Фактические расходы    | 20   | 13   | 15   | 16   |

Учитывая важность проблемы лекарственного обеспечения, Администрацией Кемеровской области было издано распоряжение от 12.07.2002 № 486-р «Об организации обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения населения Кемеровской области».

В соответствии с этим распоряжением, Территориальным фондом ОМС, совместно с Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области, проводится работа по централизованному закупу ЛС и ИМН для нужд медицинских учреждений Кемеровской области, работающих в системе ОМС.

ДОЗН для ТФ ОМС ежеквартально организуются и проводятся закрытые конкурсы с использованием электронного мониторинга цен на закупку ЛС и ИМН среди поставщиков, прошедших предварительный квалификационный отбор. Перечень централизованно закупаемых медикаментов содержит, в среднем, 50 наименований. Заявки медицинских учреждений составляются с учетом квартальной потребности согласно этому перечню.

Сумма средств по централизованному закупу в 2004 году составила 71,7 млн. руб. (это около 20 % от фактических расходов медицинских учреждений области по статье «Медикаменты»).

Из 166 медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, в централизованном закупе ЛС и ИМН во II квартале 2004 года приняли участие 91 ЛПУ, в III квартале — 96, в IV квартале — 77. Медицинские учреждения с незначительными фактическими расходами по статье «Медикаменты» участия в централизованном закупе лекарственных средств не принимали.

В целях улучшения качества проводимой работы по централизованному закупу ЛС и ИМН для нужд медицинских учреждений Территориальным фондом ОМС проводится следующая работа:

- пополняется перечень ЛС и ИМН с учетом фактической потребности ЛПУ (подготовленный на I квартал 2005 года перечень содержит 76 наименований, для II квартала — 85);

- оказывается организационная и практическая помощь по заключению договоров между ОГУП «Кузбассфарма» и медицинскими учреждениями Кемеровской области;

- регулярно проводится мониторинг цен на ЛС и ИМН, закупаемые медицинскими учреждениями самостоятельно.

В течение года специалистами ТФ ОМС проводилась организационная деятельность по совершенствованию формулярной системы здравоохранения Кемеровской области. Представленные в Формулярную комиссию предложения были учтены и вошли в Территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств на 2005 год. Особенность Территориального перечня 2005 года в том, что он содержит только международные непатентованные названия лекарственных средств. Отсутствие в нем торговых наименований заставит медицинские учреждения области активизировать работу по созданию собственных формуляров с учетом профиля, видов и объемов оказываемой помощи. Практика показала, что работа медицинских учреждений не по своему, а по Территориальному перечню, в условиях недостаточного финансирования приводит к конфликтным ситуациям с пациентами.

В целях упорядочения работы по составлению формуляров в медицинских учреждениях, Областной согласительной комиссией в 2004 году было утверждено Положение по разработке формуляров лекарственных средств и изделий медицинского назначения.

В 2004 году в медицинских учреждениях Кемеровской области дважды проводился мониторинг лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН. Мониторинг проводился по усовершенствованной методике, с единой для всех системой



сбора и обработки информации. Впервые в него были включены вопросы, касающиеся организации в медицинских учреждениях лекарственного обеспечения.

В мониторинге приняли участие 123 ЛПУ, 69 из них или 56 %, не имея в своей структуре аптеки и лицензии на фармацевтическую деятельность, закупают медикаменты непосредственно у поставщиков. Каждое медицинское учреждение представило к мониторингу, в среднем, 15-17 из 20 наименований ЛС и ИМН.

Анализ сложившихся на территории области максимальных и минимальных цен на медикаменты показал, что превышение максимальных цен над минимальными составило в прошедшем году до 90 %, а над среднеобластными — до 100 %. Указанным выше распоряжением от 12.07.2002 № 486-р «Об организации обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения населения Кемеровской области» Территориальному фонду ОМС, совместно с Департаментом охраны здоровья населения, предписано обеспечить поэтапное внедрение персонифицированного учета лекарственных средств и изделий медицинского назначения в медицинских учреждениях области.

В рамках этой работы на протяжении года модернизировалась программа «Персонифицированный учет лекарственных средств». В настоящее время она представляет целую информационную систему, к которой подключены справочники лекарственных средств, медицинских учреждений, улиц всех муниципальных образований Кузбасса, справочники сотрудников медицинских учреждений. Объем заносимых данных о пациентах позволяет отслеживать всю информацию, необходимую для системы ОМС — движение пациентов внутри и вне стационара с момента его обращения в приемное отделение, формирование реестра для сверки с Интегрированным регистром застрахованных по ОМС жителей Кемеровской области.

Программа «Персонифицированный учет лекарственных средств» является основой подтверждения адресного использования денежных средств, рационального их расходования, так как четко фиксирует все ежедневные назначения и манипуляции.

Программа в Кузбассе используется в сетевом и локальном варианте. В каждом медицинском учреждении разработаны свои организационные подходы к внедрению. На сегодняшний день в сетевом варианте программа установлена в ГБ № 15 г. Кемерово. В локальном варианте она успешно работает в 11 медицинских учреждениях г. Кемерово, Областном клиническом онкологическом диспансере, Областном госпитале ветеранов войн, Областной ортопедо-хирургической больнице восстановительного лечения и ГБ № 1 г. Прокопьевска, центральных районных больни-

цах Кемеровского и Промышленновского районов.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕОБЩНОСТИ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В Кемеровской области обеспечивается принцип всеобщности обязательного медицинского страхования. Он реализуется в двух направлениях — оказание медицинской помощи незастрахованным гражданам нашего региона и оказание медицинской помощи жителям других регионов Российской Федерации.

Функцию обеспечения всеобщности ОМС на территории Кемеровской области выполняет Территориальный фонд ОМС.

В соответствии с Положением об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области, незастрахованным гражданам оказывается экстренная (неотложная) помощь в полном объеме.

Медицинскими учреждениями за 2004 год было предъявлено счетов за лечение незастрахованных граждан на общую сумму 63,7 млн. руб. Все реестры по всеобщности подвергаются экономической и врачебной экспертизе. По ее результатам было снято с оплаты 13,0 млн. руб., что составило около 20 % от предъявленных к оплате сумм.

Анализ проведенной экономической экспертизы показал, что практически все медицинские учреждения допускают ошибки в заполнении реестров, основные из них следующие:

- предъявлены к оплате застрахованные граждане — 69 % от общей суммы отказа. Эти случаи были возвращены медицинским учреждениям и в дальнейшем предъявлены к оплате в СМО, которыми застрахованы эти граждане;

- в реестры включены граждане, являющиеся жителями других государств — 15 %. Согласно приказу от 25.11.1993 № 280 Минздрава РФ «О порядке оказания медицинской помощи гражданам СНГ...» и Соглашения Правительств государств — участников стран СНГ от 27.03.1997 «Об оказании медицинской помощи гражданам государств СНГ», оплата медицинской помощи гражданам других государств производится за счет средств бюджета;

- неправильное или неполное заполнение полей реестра — 7 %. Форма реестра утверждена Положением об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области и заполнение всех ее полей обязательно. Такие реестры возвращаются медицинским учреждениям для доработки и потом принимаются к оплате;

- оставшиеся 9 % относятся к прочим причинам снятия (включение в реестры этапа долечивания незастрахованных граждан, случаи оказания им плановой помощи, неверная стоимость услуг).



Для устранения ошибок специалистами ТФ ОМС постоянно проводится разъяснительная работа со специалистами медицинских учреждений по правильности заполнения реестров. В настоящее время процесс обработки реестров полностью автоматизирован.

С целью предотвращения необоснованных финансовых потерь медицинских учреждений в случаях предоставления медицинской помощи незастрахованным по ОМС гражданам, нашими специалистами была разработана технология проверки действительности полисов, предъявляемых пациентом в момент госпитализации в стационар.

Сверка факта страхования гражданина с данными Регистра застрахованных может производиться несколькими способами, среди которых: сверка по электронной почте с участием оператора, тотальная автоматическая сверка с использованием доступа к автоматическому почтовому ящику, интерактивная сверка посредством использования «Информационно-справочной системы ТФ ОМС Кемеровской области» с доступом через сеть Интернет.

Время обработки запроса в автоматическом режиме составляет 1 мин. + дополнительно 45 сек. на каждую тысячу записей. Время ответа при проверке с участием оператора — не более суток.

Предварительная сверка информации о факте страхования имеет большое значение для всех сторон, участвующих в ОМС. Она выгодна для пациентов, т.к. уменьшается количество случаев отказа в госпитализации — если у пациента нет с собой полиса, ему не откажут, т.к. есть возможность проверить факт его страхования по Регистру застрахованных.

Для медицинских учреждений преимущества состоят в том, что уточненные сведения о пациенте становятся известны уже в первые сутки с момента госпитализации и можно определиться, какой объем помощи ему оказать.

В настоящее время в электронной сверке информации о факте страхования пациента при его госпитализации в стационар принимают участие 33 медицинских учреждения гг. Анжеро-Судженск, Белово, Гурьевск, Кемерово, Ленинск-Кузнецкий, Междуреченск, Полысаево, Прокопьевск, Топкинского и Промышленновского районов.

Всего за 2004 год электронная сверка была проведена в 160069 случаях, из них факт страхования подтвердился у 134196 или 84 % от общего количества. 3592 пациента предъявили недействительный полис, 22281 — не были застрахованы по ОМС вообще.

Вторым направлением обеспечения всеобщности ОМС на территории Кемеровской области является проведение расчетов с Территориальны-

ми фондами других субъектов Российской Федерации за жителей нашей области, пролеченных в других регионах, и жителей других регионов, получивших медицинскую помощь в Кемеровской области.

Система взаиморасчетов полностью компьютеризована. С помощью программного обеспечения проводится анализ взаиморасчетов, отслеживается восстановление средств. Все реестры предоставляются в Фонды субъектов РФ в электронном виде.

За 2004 год Кемеровским фондом ОМС было получено реестров от Фондов других областей на сумму 16 млн. руб., оплачено 13,6 млн. руб. и, по итогам медико-экономической экспертизы, отказано в оплате реестров на сумму 276 тыс. руб. В свою очередь, Кемеровский фонд ОМС предъявил реестров в другие Фонды на сумму 8,8 млн. руб., было оплачено 7,3 млн. руб. и получено мотивированных отказов в оплате реестров на сумму 789 тыс. руб.

Количество жителей Кемеровской области, пролечившихся в других регионах, составило 13,7 тыс. человек, что на 40 % больше, чем в предыдущем 2003 году. Из других регионов обратились за получением медицинской помощи в ЛПУ Кемеровской области 5,2 тыс. жителей, это на уровне прошлого года.

Причины того, что жители Кемеровской области едут лечиться в другие города, те же, что и все предыдущие годы. При необходимости получения сложной и дорогостоящей медицинской помощи предпочтение отдается близлежащим крупным городам, т.к. в них сосредоточены научно-исследовательские институты (гг. Новосибирск, Томск, Красноярск). Кроме того, пациенты испытывают большее доверие к врачам и клиникам столицы. Немаловажно и то, что Кемеровская область отстает (относительно центра) в оснащенности медицинской аппаратурой и в применении новых технологий.

Также за пределами Кемеровской области получают медицинскую помощь железнодорожники и члены их семей, т.к. по роду своей работы они имеют возможность попасть в лечебные учреждения крупных городов, расположенных рядом с железнодорожными магистралями. Кроме того, развита ведомственная система оказания медицинской помощи.

Причиной иного плана, но тоже дающей стабильный поток наших пациентов в другие города, является получение медицинской помощи во время летних отпусков в Краснодарском крае.

Ряд медицинских учреждений, таких как Томский кардиоцентр и Новосибирский филиал НИИ офтальмологии им. С. Федорова, имеют практику активного подбора пациентов Кемеровской области на госпитализацию в свои учреждения.

В целях рационального использования средств ОМС Фондом, налажена работа с областным адресным бюро. По запросам ТФ ОМС выборочно проверяются данные на граждан, которые включены в реестры, предъявленные к оплате медицинскими учреждениями и другими Территориальными фондами ОМС. В результате такой работы, за 2004 год сэкономлено средств ОМС на сумму около 2,4 млн. руб.

## ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС ГРАЖДАН

Одной из основных задач фонда ОМС и страховых организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, является защита прав граждан при получении медицинской помощи.

Анализ деятельности страховых медицинских организаций и ТФ ОМС по вопросам организации защиты прав граждан в системе ОМС за 2004 год показал следующее.

В 2004 году службами защиты прав граждан системы ОМС зарегистрировано 60 тысяч обращений, что на 8 тысяч больше, чем в 2003 году. Из них обоснованными были 35 %. Структура обоснованных жалоб и обращений граждан представлена в таблице 20.

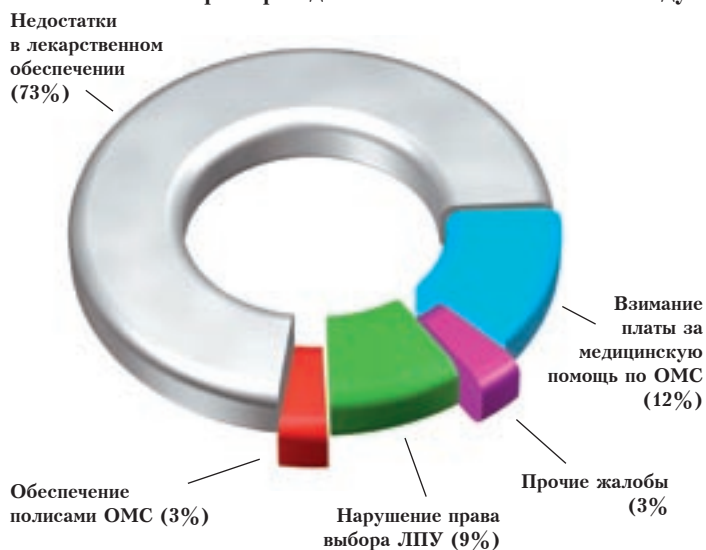
На первом месте стоят обращения, связанные с недостатками в лекарственном обеспечении, их самое большое количество — 73 %. Обращения по поводу взимания денежных средств за медицинскую помощь и по поводу нарушения права выбора медицинского учреждения в системе

ОМС — на втором и третьем местах. Доля остальных причин, по которым граждане обращались в службы защиты прав, незначительна.

Обоснованные обращения граждан в 92 % случаев были связаны с недостатками в работе медицинских учреждений, в 4 % случаев они вызваны недостатками в работе органов исполнительной власти, в 3 % случаев возникли по вине страхователей. Структура обоснованных обращений в службы защиты прав граждан в системе ОМС показана на диаграмме 8.

Диаграмма 8

### Структура обоснованных обращений в службы защиты прав граждан в системе ОМС в 2004 году



На досудебном этапе защиты прав граждан в 2004 году было рассмотрено с материальным возмещением гражданам более 15 тысяч обращений или 71 % от всех, признанных обоснованными. Сумма возмещения гражданам составила 16 млн. руб. или 749 руб. на одно обращение, в среднем.

В 2004 году в системе ОМС рассматривался 31 судебный иск, из них 21 иск находился в производстве на начало года, и 10 исков были поданы за отчетный период. Все иски были с претензиями на качество оказанной медицинской помощи.

Из рассмотренных 14 судебных дел, 6 дел удовлетворены в пользу застрахованных. Сумма возмещения по этим делам составила 64 тыс. руб. или 10,7 тыс. руб. на один иск, в среднем.

В системе ОМС в 2004 году было подано 826 регрессных исков по поводу возмещения затрат за медицинскую помощь, оказанную гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. По ним

Таблица 20

### Структура обоснованных жалоб и обращений граждан

| Причины обращений                                                                                                     | Количество | Доля (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| Недостатки в лекарственном обеспечении                                                                                | 15618      | 73,0     |
| Взимание платы за медицинскую помощь по ОМС                                                                           | 2552       | 11,9     |
| Выбор ЛПУ в системе ОМС                                                                                               | 1872       | 8,8      |
| Обеспечение полисами ОМС                                                                                              | 673        | 3,2      |
| Качество медицинской помощи                                                                                           | 102        | 0,5      |
| Отказ в медицинской помощи по ОМС                                                                                     | 69         | 0,3      |
| Взимание платы за медицинскую помощь в ЛПУ, не входящих в ОМС                                                         | 31         | 0,1      |
| Прочие жалобы (нарушение права выбора врача, нарушение в организации работы ЛПУ, нарушение этики и деонтологии и др.) | 478        | 2,2      |
| ИТОГО:                                                                                                                | 21395      | 100,0    |

было возмещено 737,6 тыс. руб., сумма возмещения на один регрессный иск составила, в среднем, 893 руб.

В системе ОМС на протяжении ряда лет отмечается стабильный рост показателей по вневедомственному контролю качества оказанной гражданам медицинской помощи. Кадровый состав служб организации защиты прав граждан ТФ ОМС и СМО системы ОМС в 2004 году был представлен 74 штатными специалистами, из них 88 % принимали участие в деятельности по организации и проведению вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Для проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи также было привлечено 157 внештатных медицинских экспертов из Территориального регистра, 92 % из них имеют высшую квалификационную категорию. 50 % внештатных экспертов имеют ученую степень, в том числе 26 % — степень доктора медицинских наук. В 2004 году было проведено 67 тысяч экспертиз качества медицинской помощи. Целевые экспертизы качества медицинской помощи составили 58 % от общего количества, плановые экспертизы — 16 %, остальные 26 % — экспертизы по обращениям граждан.

Более половины экспертиз качества медицинской помощи показали нарушения, допущенные медицинскими учреждениями при обеспечении граждан медицинской помощью. Основная их часть приходится на необоснованное ограничение доступности медицинской помощи (43 %) и оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (27 %). В ряде случаев отсутствовала медицинская документация или имели место нарушения ее ведения.

По результатам вневедомственного контроля качества медицинской помощи ТФ ОМС и страховыми медицинскими организациями в 2004 году были применены финансовые санкции к медицинским учреждениям на сумму 20,3 млн. руб.

### КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФ ОМС

Контрольно-ревизионная деятельность является одной из основных функций Фонда и направлена на обеспечение целевого и рационального

использования средств ОМС. Она особенно актуальна в условиях дефицита финансовых средств здравоохранения Кемеровской области. Количественные показатели проведения ревизий и проверок приведены в таблице 21.

План ревизий и проверок в 2004 году выполнен в связи с проведением незапланированных тематических и контрольных проверок. Тематические проверки по вопросам организации ОМС проводились в филиалах ТФ ОМС и СМО, контрольные — по результатам предыдущих проверок в медицинских учреждениях.

Ревизиями и проверками за 2004 год выявлено нецелевое и нерациональное использование средств ОМС в сумме 59,1 млн. руб., из них:

- 56,5 млн. руб. — нецелевое и нерациональное использование средств ОМС (в том числе, в медицинских учреждениях — 50,8 млн. руб., в страховых медицинских организациях — 5,7 млн. руб.);
- 2,7 млн. руб. — необоснованно полученные страховыми организациями средства ОМС, в связи с завышением численности застрахованных.

По результатам проведенных ревизий и проверок оформляются предписания об устранении выявленных нарушений и восстановлении средств ОМС, использованных не по назначению.

Средства ОМС восстанавливаются проверенной организацией за счет средств соответствующих бюджетов, платных услуг или путем учета в текущем финансировании.

По результатам выявленного в СМО завышения численности застрахованных уменьшается финансирование страховых организаций за счет уменьшения суммы подушевого норматива, пересчитанного на фактическую численность застрахованных.

В 2004 году восстановлено средств ОМС медицинскими учреждениями и СМО на сумму 55,2 млн. руб., в том числе по результатам проверок предыдущих лет 21,6 млн. руб., из них:

- медицинскими учреждениями — 48,0 млн. руб. (по результатам проверок предыдущих лет — 20,8 млн. руб.);
- страховыми медицинскими организациями — 7,2 млн. руб. (по результатам проверок предыдущих лет — 0,8 млн. руб.).

Уровень восстановления к выявленной в 2004 году сумме составил 93 % (общий для медицинских учреждений и СМО). Финансовые показатели нецелевого и нерационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях представлены в таблице 22.

Финансовые показатели нецелевого и нерационального использования средств ОМС в СМО представлены в таблице 23.

**Таблица 21**  
**Количественные показатели проведения ревизий и проверок**

| Наименование                      | Количество проверок |      | Отклонение |
|-----------------------------------|---------------------|------|------------|
|                                   | план                | факт |            |
| Медицинские учреждения            | 78                  | 85   | + 7        |
| Страховые медицинские организации | 42                  | 67   | + 25       |
| Филиалы ТФ ОМС                    | 10                  | 13   | + 3        |
| ИТОГО:                            | 130                 | 165  | + 35       |

Таблица 22

**Финансовые показатели нецелевого и нерационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях  
(в млн. руб.)**

| Наименование<br>вида нарушения                                                                         | Выявлено |           | Восстановлено |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------------|---------------------------|
|                                                                                                        | сумма    | структура | сумма         | уровень<br>восстановления |
| ВСЕГО, в том числе:                                                                                    | 50,8     | 100 %     | 48,0          | 94 %                      |
| - расходование средств ОМС сверх муниципального заказа                                                 | 22,1     | 43 %      |               |                           |
| - оплата видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг в системе ОМС | 15,3     | 30 %      |               |                           |
| - финансирование структурных подразделений медучреждений, финансируемых за счет бюджета                | 6,8      | 13 %      |               |                           |
| - приобретение медикаментов, не входящих в утвержденный формуляр                                       | 4,4      | 9 %       |               |                           |
| - прочие виды нарушений                                                                                | 2,2      | 5 %       |               |                           |

Таблица 23

**Финансовые показатели нецелевого и нерационального использования средств ОМС в СМО**

| Наименование вида нарушения                                                                                                              | Выявлено |           | Восстановлено |                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|---------------|---------------------------|
|                                                                                                                                          | сумма    | структура | сумма         | уровень<br>восстановления |
| ВСЕГО, в том числе:                                                                                                                      | 8,4      | 100 %     | 7,2           | 86 %                      |
| - необоснованное получение средств ОМС за счет завышения численности застрахованного населения                                           | 2,7      | 32 %      | 1,5           | 56 %                      |
| - нецелевое и нерациональное использование средств ОМС (направление на цели, не предусмотренные условиями договора о финансировании ОМС) | 5,7      | 68 %      | 5,7           | 100 %                     |

### ИНФОРМАЦИОННО-ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОМС

В соответствии с «Концепцией информатизации системы ОМС в Российской Федерации на 2000-2005 гг.» проводилась работа по созданию единого информационного пространства системы ОМС Кемеровской области. Основными разделами работы в этом направлении были следующие:

- разработка программного обеспечения систем обработки информации ТФ ОМС;
- внедрение информационных систем;
- сопровождение программного обеспечения;
- обеспечение процесса эксплуатации системы обработки информации ТФ ОМС;
- проведение организационно-методических мероприятий, направленных на стандартизацию и унификацию информационных потоков и технологических процессов обработки информации в системе ОМС Кемеровской области;
- развитие комплекса технических средств системы обработки информации ТФ ОМС.

Основные результаты, которые были достигнуты в 2004 году:

- разработано программное обеспечение для формирования базы случаев оказания медицинской помощи для всех видов помощи (стационарной, амбулаторно-поликлинической, стационарно-

замещающей) на основе нового формата реестров за оказанную медицинскую помощь — единого на всех уровнях передачи информации. Процедура формирования базы и проверки полноты и правильности кодирования реестров выведена на режим промышленной эксплуатации;

- разработано программное обеспечение для обработки информации базы случаев оказания медицинской помощи в целях информационной поддержки процесса формирования Территориальной программы и муниципальных заданий территорий на оказание медицинской помощи;

- проведена доработка и внедрение подсистемы «Учет страхователей и страховых взносов» в связи с регистрацией страхователей в рамках «одного окна» и вводом в действие нового общероссийского классификатора видов экономической деятельности;

- для организации электронного документооборота с Управлением Федерального казначейства, Отделением Пенсионного фонда России, Управлением Министерства по налогам и сборам РФ, ГРКЦ Банка РФ созданы защищенные каналы связи. Передача сведений производится с использованием средств криптографической защиты информации и систем электронной подписи. Велось сопровождение этих комплексов и транспортных машин, осуществляющих электронный документооборот;



- проведено внедрение комплекса задач «1С Бухгалтерия» в исполнительную дирекцию и филиалах ТФ ОМС;

- проводилась доработка и совершенствование следующего программного обеспечения:

- «Расчет муниципальных заданий территорий Кемеровской области на оказание населению бесплатной медицинской помощи в рамках ТПГГ»;

- «Расчет финансирования СМО на основе информации Интегрированного регистра застрахованных»;

- «Учет застрахованных в СМО»;

- «РАСТР» - обработка реестров по всеобщности. Проведена адаптация программного обеспечения для работы в СМО;

- «Клиент-банк». Его доработка потребовалась в связи с изменениями форматов платежных документов;

- совместно с «СибформС» продолжались работы по развитию подсистемы «Персонифицированный учет лекарственных средств в условиях ОМС» до полнофункциональной системы «Стационар»;

- развивалась «Информационно-справочная система Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Кемеровской области» с доступом через сеть Интернет по адресу: [www.kemoms.ru](http://www.kemoms.ru). На сайте в общедоступной части публикуется информация о системе ОМС Кемеровской области, документы по ОМС, показатели деятельности ТФ ОМС, нормативно-справочная информация, документы Областной согласительной комиссии и Медицинского Совета Кемеровской области. В закрытой части размещается узко-специальная информация для СМО и ТФ ОМС.

Все программное обеспечение разрабатывалось силами специалистов ТФ ОМС с использованием современных инструментальных средств и систем управления базами данных.

### ПОДГОТОВКА К РЕАЛИЗАЦИИ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ Уязвимых слоев населения

Подготовительные мероприятия по реализации мер социальной поддержки уязвимых слоев населения, в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ, начали проводиться на территории Кемеровской области с сентября 2004 года.

По данным Пенсионного фонда России, по состоянию на 1.01.05 г., в Кемеровской области имеют право на получение государственной социальной помощи 199785 человек.

В Кемеровской области создана межведомственная комиссия по реализации мер социальной поддержки уязвимых слоев населения федераль-

ной и областной ответственности под руководством заместителя Губернатора К.С. Курилова. Разработан соответствующий план мероприятий.

В связи с отсутствием в сентябре-ноябре 2004 года федеральной нормативной базы, на уровне Кемеровской области ТФ ОМС и ДОЗН утвержден документ, позволяющий организовать работу на начальном этапе — Временное положение по реализации Программы «Льгота-2005» в части лекарственного обеспечения.

В целях удобства льготников и работников медицинских учреждений, была разработана специальная марка, которая наклеивается на полис ОМС. Она позволяет не носить с собой постоянно документы, дающие право на льготы, а предъявлять в медицинском учреждении только промаркированный полис.

В Кемеровской области организована информационно-разъяснительная работа по вопросам льготного лекарственного обеспечения. В исполнительной дирекции ТФ ОМС организована и постоянно работает горячая линия для населения по программе «Льгота-2005». В средствах массовой информации опубликован информационный материал «О льготном лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан на территории Кемеровской области».

К 1 января 2005 года подготовка к реализации комплекса мер, направленных на приведение системы социальной защиты граждан Кемеровской области в соответствии с новым законодательством, была завершена.

В настоящее время уровень технической готовности ТФ ОМС отвечает требованиям, предъявляемым для реализации программы льготного лекарственного обеспечения:

- медицинские учреждения обеспечены компьютерной техникой;

- организован защищенный канал связи между ПФР и ТФ ОМС;

- разработано и установлено во всех поликлиниках области программное обеспечение для учета посещений;

- в актуальном состоянии поддерживается Интегрированный регистр застрахованных по ОМС граждан Кемеровской области.

### РАБОТА ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

Повышение информированности населения Кемеровской области в вопросах обязательного медицинского страхования является важной задачей Фонда. Для ее реализации Фонд в течение 2004 года постоянно сотрудничал со средствами массовой информации.

Был опубликован ряд материалов о деятельности системы ОМС в региональных газетах

«Кузбасс», «Кузнецкий край», «Авант-Партнер», «Комсомольская правда в Кузбассе», в журналах «Вестник ОМС» (г. Москва), «Здравоохранение» (г. Москва), «Медицина в Кузбассе».

Исполнительный директор ТФ ОМС и директора филиалов в течение 2004 года неоднократно выступали на местном радио и телевидении с освещением вопросов обязательного медицинского страхования. Исполнительный директор ТФ ОМС принимала участие в Медицинском форуме «Здравоохранение — XXI век», посвященном 75-летию Городской клинической больницы № 1 г. Новокузнецка, в рамках которого проводились симпозиумы с международным участием. Тема доклада — «Оптимизация использования средств ОМС. Итоги и перспективы».

В рамках обмена опытом специалисты ТФ ОМС участвовали во Всероссийской конференции «Информационно-аналитические системы и технологии в здравоохранении и ОМС», прошедшей в г. Красноярске, где выступили с докладами:

- «О результатах деятельности ТФ ОМС Кемеровской области по внедрению электронных методов сверки информации о факте страхования при обращении пациента за медицинской помощью»;
- «Мониторинг объемных показателей медицинской помощи как основа планирования муниципальных заданий территорий»;
- «Автоматизация процесса формирования муниципального задания — путь к оптимизации структуры медицинской помощи и эффективному использованию ресурсов».

Специалисты отдела автоматизированных систем управления принимали участие в конференции «Техникон-2004» и «Корпоративные системы».

#### ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС НА 2005 ГОД

В 2005 году ТФ ОМС Кемеровской области планирует решение следующих задач:

- продолжение работы по увеличению доходной части бюджета Фонда и сокращению недоимки по платежам на ОМС;

- развитие и совершенствование работы по реализации концепции «одного окна» и обмену данными с органами налоговой службы по регистрации юридических лиц и индивидуальных предпринимателей;

- дальнейшая оптимизация структуры медицинской помощи путем переориентации основных объемов оказания медицинской помощи со стационарной помощи на амбулаторно-поликлиническую, как наименее затратное звено здравоохранения. Более эффективное использование имеющегося коечного фонда. Сокращение неиспользуемого коечного фонда;

- продолжение работы по внедрению программы персонифицированного учета потребления лекарственных средств в медицинских учреждениях;

- практическая работа с информационными базами, сформированными в ТФ ОМС с целью рационального планирования объемов медицинской помощи и распределения средств ОМС;

- совершенствование программного обеспечения по всем разделам деятельности ТФ ОМС;

- дальнейшая работа по контролю за деятельностью СМО и медицинских учреждений;

- освещение в средствах массовой информации деятельности ТФ ОМС по вопросам оказания жителям Кемеровской области бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС;

- деятельность по реализации мер социальной поддержки уязвимых слоев населения в соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ;

- участие в программе Пенсионного фонда по дополнительному финансированию расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, получающим трудовую пенсию по старости.

## ОПЫТ РАБОТЫ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ПОСТУПЛЕНИЙ СРЕДСТВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Территориальным фондом ОМС Кемеровской области (далее – Фонд) проводятся различные формы работы, направленные на увеличение поступления средств на обязательное медицинское страхование от предприятий и организаций – плательщиков единого социального налога.

В рамках этой работы Фонду удалось достичь понимания и помощи со стороны органов налоговой службы Кемеровской области, органов федерального казначейства, структурных подразделений администраций городов и области, средств массовой информации.

Для формирования и поддержания в Фонде базы данных плательщиков продолжается работа по постановке на учет организаций любых организационно-правовых форм и индивидуальных предпринимателей.

С 2004 года, в соответствии с внесенными изменениями в законодательные и нормативные документы Российской Федерации, осуществляется регистрация страхователей в рамках «одного окна». По электронным защищенным каналам связи налоговые органы передают в Фонд сведения из государственных реестров юридических лиц и от индивидуальных предпринимателей для регистрации в качестве страхователей в Фонде.

Работа в рамках «одного окна» позволяет обеспечить более полный учет плательщиков, своевременно вносить изменения, упрощает процедуру регистрации, так как не требует от плательщика дополнительного предоставления пакета документов.

Имеющаяся в Фонде информационная база плательщиков содержит данные о реквизитах юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, поступивших платежах, участии плательщиков в реструктуризации долгов, процедурах банкротства, данные о перерегистрации и другие необходимые для работы сведения. По состоянию на 01.01.2005 г., общее количество зарегистрированных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей в областной сводной базе данных плательщиков в Фонде составило 81694.

Для осуществления контроля за поступлением средств единого социального налога и иных налогов, подлежащих зачислению в Фонд, ежемесячно, отделом доходов Фонда осуществляется сверка поступивших на счет Фонда сумм с Управлением

федерального казначейства области (УФК). В рамках действующего между сторонами Соглашения об обмене электронными документами, УФК ежедневно передает реестры поступивших доходов в разрезе муниципальных образований и в разрезе плательщиков. Полученная информация по плательщикам, с помощью программно-технических средств, заносится в базу данных Фонда, что позволяет оперативно отследить поступившие суммы по конкретным организациям, в том числе крупные платежи.

Нужно отметить, что из УФК информация о платежах не сразу стала поступать в том виде, который удовлетворял бы Фонд. Длительное время Фонд не имел информации о «внебанковских операциях» по счетам плательщика, которые проводились по заключению налоговых органов, т.е. о случаях возврата излишне уплаченных плательщиком сумм, либо перезачета сумм с одного вида налога на другой. Кроме того, в получаемых из УФК реестрах в числе реквизитов плательщика не было поля с наименованием плательщика. Отсутствие такой информации затрудняло учет поступивших платежей, как в разрезе конкретных плательщиков, так и по территориям области.

В результате активной и регулярной работы специалистов Фонда, из УФК в электронном виде стала поступать полная информация, содержащая дополнительные, необходимые для работы Фонда сведения. В настоящее время имеется возможность полной идентификации поступивших платежей в разрезе плательщиков, ведется достоверный учет поступивших средств в разрезе территорий и филиалов Фонда, а также отдельных плательщиков.

Специалисты отдела доходов ведут постоянный мониторинг поступлений текущих платежей от крупных компаний и предприятий области, у которых ежемесячные начисления страховых взносов на ОМС в составе единого социального налога составляют более 1 млн. руб. и несвоевременная их уплата ощутимо сказывается на финансовом наполнении бюджета Фонда. В случае возникновения задержки в уплате текущих платежей, специалисты связываются по телефону с руководством предприятий и напоминают о необходимости незамедлительной уплаты начисленных сумм. Оперативная информация о состоянии расчетов в Фонд крупных плательщиков области, с указанием плановых и фактически поступив-



ших сумм, а также имеющейся задолженности на ОМС, еженедельно доводится до сведения заместителя Губернатора области по здравоохранению и социальной защите населения.

Фондом была достигнута договоренность с Управлением федеральной налоговой службы России по Кемеровской области о ежеквартальном предоставлении сведений об организациях, имеющих задолженность на ОМС свыше 100 тыс. руб., с указанием отсроченных и приостановленных к взысканию сумм. Кроме того, по отдельным запросам Фонда, налоговые инспекции также предоставляют сведения о плательщиках. Полученные из налоговых инспекций списки должников обрабатываются, анализируются и используются в работе Фонда.

Специалистами отдела доходов Фонда организована работа с крупными плательщиками и предприятиями-должниками. Определен перечень наиболее крупных предприятий области. Подготовлен приказ, утвержденный исполнительным директором Фонда, о проведении с ними сверок задолженности с оформлением Справки по установленной Фондом форме за подписью главного бухгалтера предприятия. Справки заполняются предприятиями 1 раз в квартал по итогам отчетного периода. В случае необходимости, может быть оформлена промежуточная справка по оперативным данным предприятия на конкретную дату. В Справке предприятием указываются начисленные и перечисленные за истекший квартал страховые взносы на ОМС, сумма задолженности на отчетную дату. В целях экономии времени заполненная и подписанная предприятием Справка может передаваться в Фонд по факсу. Таким образом, у Фонда имеется оперативная и достоверная информация о задолженности предприятий на ОМС. С предприятиями-должниками постоянно проводится разъяснительная работа о необходимости своевременной уплаты средств на ОМС.

Фонд регулярно сотрудничает со средствами массовой информации. В пресс-службу областной администрации регулярно направляются сведения о злостных неплательщиках на ОМС с указанием ФИО руководителей. Отмечаются негативные последствия неплатежей на ОМС на ситуацию в здравоохранении области, своевременную вы-

плату заработной платы работникам лечебных учреждений. Эти сведения размещаются в пресс-релизах администрации области и передаются по телевидению.

Фонд готовит и направляет письма в адрес должников, в том числе за подписью Губернатора области с разъяснением сложной финансовой ситуации в здравоохранении и требованием погасить долги в кратчайшие сроки.

При областной администрации и администрациях муниципальных образований области созданы и работают комиссии по мобилизации поступлений в бюджеты, в том числе в бюджет Фонда. Руководители и специалисты Фонда регулярно участвуют в работе комиссии, вносят предложения по составу предприятий для включения в повестку заседаний, готовят сведения о задолженности предприятий, отслеживают выполнение ими обязательств, принятых по решению комиссии, по погашению задолженности на ОМС.

По итогам 2004 года, предприятиями, рассмотренными на заседаниях комиссии по мобилизации платежей в областную бюджет и бюджет Фонда, было погашено задолженности на ОМС в сумме 65 млн. руб.

По вопросам неуплаты средств на обязательное медицинское страхование Фонд активно взаимодействует с органами прокуратуры. Сведения о должниках и мерах, принимаемых Фондом по погашению задолженности, регулярно передаются в Прокуратуру Кемеровской области.

Работа специалистов Фонда, направленная на мобилизацию платежей и погашение задолженности на ОМС, осуществляемая по всем возможным направлениям, несмотря на имеющиеся место проблемы в финансировании ОМС, дает положительные результаты. Улучшается платежная дисциплина крупных плательщиков, своевременно перечисляются текущие платежи, многие платежеспособные предприятия области погасили накопленную задолженность прошлых лет. Благодаря разъяснительной работе, руководители предприятий и организаций с пониманием относятся к вопросу своевременной уплаты страховых взносов на ОМС, направляемых на финансирование здравоохранения, от нормальной работы которого, в свою очередь, зависит здоровье всех граждан.

## РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ С ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗОЙ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ФОНДЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В рамках «Концепции информатизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на 2000-2005 гг.» в Территориальном фонде ОМС Кемеровской области в 2000 году создана единая Интегрированная база данных застрахованных (далее — ИБД).

Актуальность и достоверность сведений ИБД определяются своевременным внесением изменений в персональные учетные данные в Регистрах застрахованных страховых медицинских организаций.

Регистры застрахованных всех страховых медицинских организаций, работающих на территории Кузбасса, ведутся отдельно и ежемесячно передаются в Территориальный Фонд ОМС в соответствии с условиями Договора между ТФ ОМС и СМО. В Исполнительной дирекции Фонда представленные Регистры объединяются в единую базу данных застрахованных, в которой содержатся все необходимые регистрационные атрибуты о каждом застрахованном.

Контроль за ведением баз данных страховыми организациями, актуальностью сведений о численности застрахованных СМО и соответствием их статистическим данным ведется в Исполнительной дирекции ТФ отделом организации ОМС.

По обязательному медицинскому страхованию на территории Кузбасса постоянно работают 7 страховых медицинских организаций:

- ГП КО СМО ОБК «Кузбасс»;
- МП СМО ГБК «Кемерово»;
- ЗАО СМО «БК Сибпром»;
- СМО ООО «ЖСО-Медина»;
- СЗАО «Кузбассуглемед»;
- ООО СМК «Облкемеровуголь»;
- СМК «Сибирский Спас-Мед».

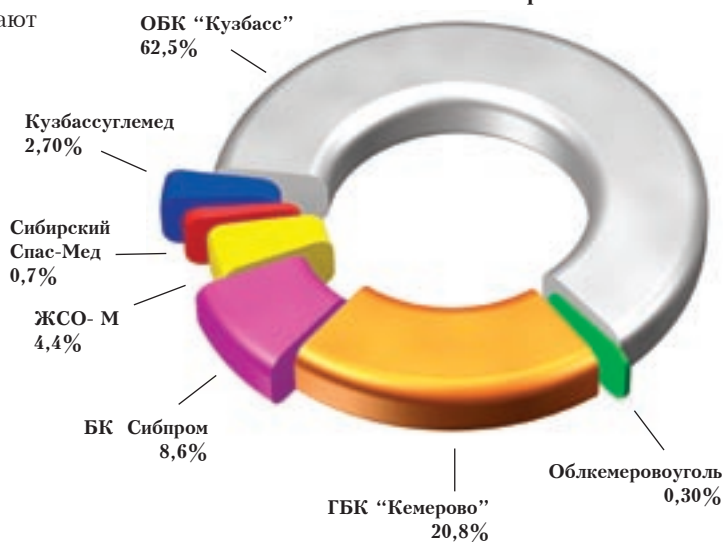
Территориальным фондом, ежемесячно, при слиянии баз данных СМО, проводится анализ предоставляемых сведений о застрахованных, по результатам которого выявляются различные ошибки и недостатки в персонифицированных данных застрахованных граждан. Затем ТФ ОМС прово-

дит работу со страховыми медицинскими организациями по устранению ошибок и недостатков, которые были обнаружены. Например, ошибки в фамилиях, именах, отчествах, ошибки формата полиса, повторяющиеся номера полисов, отсутствие номера договора, истекший срок действия договора, неправильное указание статуса застрахованного и т.д.

На первоначальном этапе создания Интегрированной базы данных застрахованных Фондом были разработаны такие аналитические выходные формы, как:

- «Общий отчет о численности застрахованных»;
- «Сравнение базы данных со статистическими данными, предоставляемыми Кемеровским областным комитетом государственной статистики»;
- «Сравнение базы данных с согласованной численностью, неработающего населения с Главами Муниципальных образований»;
- «Общий отчет о наличии сведений о паспортных данных»;
- «Информация о страховом поле».

Диаграмма 1  
Распределение страхового поля между СМО  
в системе ОМС на территории  
Кемеровской области



Также проводился анализ ошибочных сведений в Интегрированной базе данных по 11 параметрам; на сегодняшний день проводится более глубокий и детальный анализ всех сведений по 19 параметрам. В том числе, в 2004 г. была разработана и введена дополнительная ежемесячная проверка сведений о договорах ОМС в базе данных по четырем позициям:

- ошибочные договоры;
- число вновь заключенных договоров;
- число исключенных договоров;
- договора, которые числятся в Регистре предприятий, а в базе данных по этим договорам не идентифицированы застрахованные граждане (так называемые договоры с «0» численностью).

#### Перечень ошибок, по которым ТФ ОМС проводил анализ в 2000 г.

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| Ошибка в полисе                                  |
| Ошибка в фамилии                                 |
| Ошибка в имени                                   |
| Ошибка в отчестве                                |
| Ошибка в дате рождения                           |
| Неверен пол                                      |
| Адрес не определен                               |
| Код населенного пункта отсутствует в справочнике |
| Код улицы отсутствует в справочнике              |
| Код статуса отсутствует в справочнике            |
| Внутренний абсолютный "двойник"                  |

#### Перечень ошибок, по которым ТФ ОМС проводит анализ в настоящее время

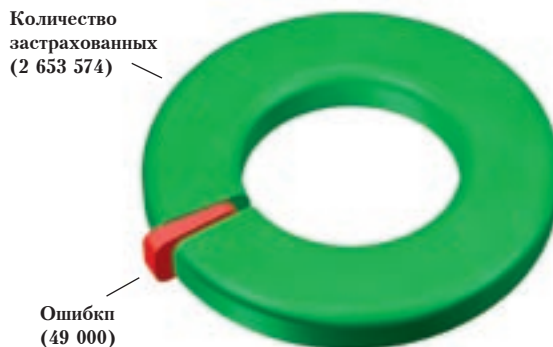
|                                                |
|------------------------------------------------|
| Ошибка формата полиса                          |
| Ошибка в ФИО                                   |
| Ошибка в дате рождения                         |
| Неверен пол                                    |
| Возможные ошибки в дате рождения (01.01)       |
| Код области отсутствует в справочнике          |
| Код АТЕ отсутствует в справочнике              |
| Наименование населенного пункта не указано     |
| Код статуса отсутствует в справочнике          |
| Не указан номер договора                       |
| Номер договора отсутствует в таблице договоров |
| Отсутствует хотя бы одна из дат договора       |
| Истек срок действия договора                   |
| Отсутствуют сведения о паспортных данных       |
| Ошибочные сведения о паспортных данных         |
| Повторяющиеся номера полисов                   |
| Договоры с нулевой численностью                |
| Новые договоры                                 |
| Исключенные договоры                           |

В результате совместных усилий Территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций, в течение 2004 года удалось добиться

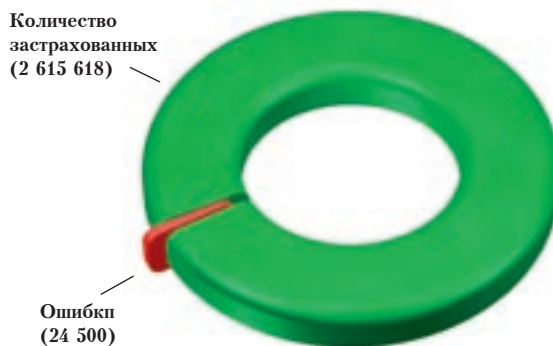
положительных результатов в работе с Интегрированной базой данных:

- в целом за 12 месяцев 2004 года число допущенных ошибок СМО уменьшилось вдвое (на 01 января 2004 г. количество ошибок в ИБЗ составляло 49000 ошибок, на 31 декабря 2004 г. — 24500);

**Диаграмма 2**  
**Количество ошибок на 01.01.2004 г.**



**Количество ошибок на 31.12.2004 г.**



- за прошедший год база данных на 45 % пополнилась уточненными достоверными сведениями у застрахованных с неполной датой рождения 01.01, как по работающему, так и по неработающему населению;

- в 2004 г. проводился регулярный контроль за соответствием сведений о договорах ОМС и статусе застрахованных граждан, например: в базе данных указан договор ОМС неработающих граждан, а статус — «работающий»; в базе данных указан договор ОМС работающих граждан, а статус — «неработающий»;

- одной из основных составляющих персонального учета застрахованных граждан являются паспортные данные. Учет паспортных данных граждан в Интегрированной базе данных застрахованных ведется ежемесячно и за прошедший год наблюдалась положительная динамика. На начало 2004 года было внесено сведений о

паспортных данных у 90 % застрахованных, в настоящее время в ИБД количество сведений о паспортных данных составляет 94,1 %. В абсолютных цифрах за текущий год база пополнилась сведениями о паспортных данных у 63823 застрахованных.

вания исключаются «двойники» того Страховщика, у которого сведения об этих застрахованных внесены в базу раньше.

В результате проводимой работы, число «двойников» за 12 месяцев уменьшилось, в целом, в 4,2 раза (если за январь 2004 г. было 31187 «двойников», то за декабрь — 7373). Сумма, сэкномленная Фондом, составила более 2,5 млн. руб.

Для получения более полных сведений о выявленных «двойниках» в Интегрированной базе данных в 2004 году дополнительно были разработаны новые выходные формы:

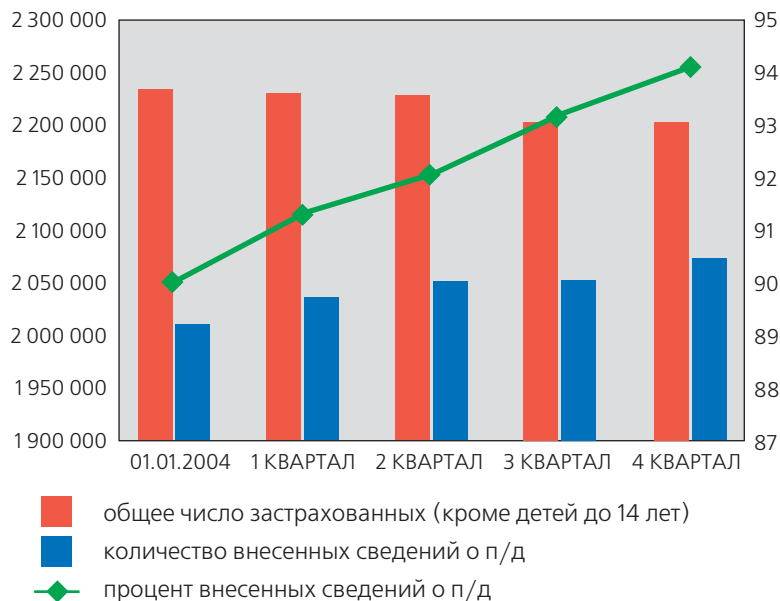
- «Численность застрахованных, принятых к финансированию, в разрезе страховых компаний и их представительств»;
- «Новые двойники-штрафники» — «двойники», образованные в текущем месяце;
- «Не выведенные двойники-штрафники» — «двойники», образованные в предыдущие периоды;
- «Восстановление финансирования по двойникам» — списки застрахованных, по которым страховыми организациями

были представлены оправдательные документы и которые приняты ИД ТФ ОМС к восстановлению финансирования по подушевому нормативу.

Все вышеперечисленные формы можно получать в разрезе страховых медицинских организаций, их филиалов и представительств, а также можно получать поименные списки по любой категории «двойников».

Для более углубленного анализа и уменьшения трудозатрат при работе с Интегрированной базой данных, совместно с отделом АСУ, были

**Диаграмма 3**  
**Динамика изменения числа паспортных данных в Интегрированной базе застрахованных за 2004 г.**

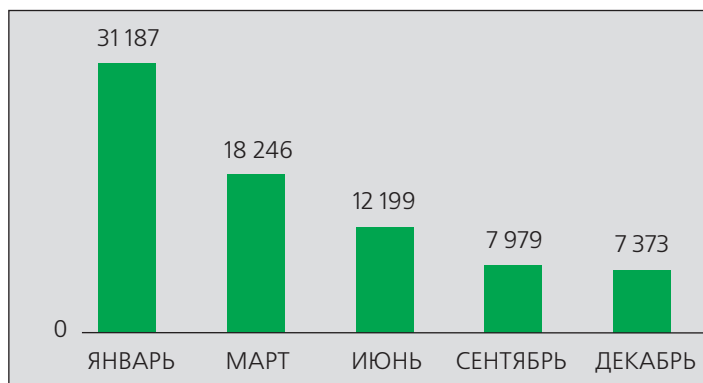


Большую часть сведений о паспортных данных внесли в базу данных застрахованных три крупные страховые медицинские организации: ГП КО СМО ОБК «Кузбасс», МП СМО ГБК «Кемерово», ЗАО СМО «БК Сибпром» — 88,5 % от общего числа внесенных паспортных данных (в абсолютных цифрах — 56460).

В 2004 г. Фондом большое внимание уделялось работе с Интегрированной базой данных застрахованных ТФ ОМС в части контроля за выведением страховщиками выявленных «двойников». Двойник — это физическое лицо, информация о котором внесена в базу данных застрахованных более одного раза.

В Договорах о финансировании между ТФ ОМС и СМО на 2004 г. был оговорен новый порядок финансирования СМО, который предусматривает финансирование по подушевому нормативу в соответствии с численностью застрахованных в Интегрированной базе данных по ОМС Кемеровской области за месяц, предшествующий расчетному. В численность застрахованных для расчета финансирования включаются данные о застрахованных Страховщиком граждан, за исключением «двойников». Из финансиро-

**Диаграмма 4**  
**Динамика изменения числа «двойников» по всем СМО за 4 квартала 2004 года**



внедрены новые методы выборки информации о застрахованных:

- по территориям страхования,
- по коду филиала,
- по дате выдачи полиса.

С учетом новых методов выборки были усовершенствованы выходные формы:

- «Общий отчет о численности застрахованных»;
- «Анализ численности, принятой к финансированию»;
- «Информация о страховом поле», которая позволяет отслеживать наличие договоров ОМС и количество застрахованных по ним, контролировать число вновь заключенных и прекративших свое действие договоров ОМС в соответствии с «Регистром страховых сборов налогоплательщиков».

Названные выходные формы позволяют отслеживать и сопоставить численность застрахованных одновременно в разрезе СМО, представительств и территорий страхования.

Кроме того, при получении информации о застрахованных для страховых медицинских организаций, были введены ниже перечисленные дополнительные поля:

- код филиала ТФ ОМС,
- код территории страхования,
- код АТЕ проживания,
- код ЛПУ,
- дата прикрепления к ЛПУ,

Наличие Интегрированной базы данных позволило Фонду самостоятельно формировать аналитические запросы для получения выходных отчетных форм по обязательному медицинскому страхованию (СМ-8, СМ-7, ТФ-8, № 8 ФФ ОМС) без учета выявленных «двойников» — физических лиц, как для СМО, так и для филиалов Фонда. После этого отчетные формы направляются в СМО и филиалы ТФ ОМС для их согласования.

В рамках работы с Пенсионным Фондом РФ по дополнительному финансированию расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, Фондом была проведена сверка идентификационных реквизитов в Интегрированной базе данных застрахованных ТФ ОМС и базе данных Пенсионного Фонда по Кемеровской области. По результатам сверки специалистами Фонда были выявлены около 43 тыс. несоответствий в реквизитах застрахованных. Страховые медицинские организации провели большую работу по уточнению и внесению в базу данных достоверных сведений о пенсионерах, а также по страхованию пенсионеров, ранее не охваченных обязательным медицинским страхованием.

По результатам работы были уточнены и внесены сведения в базу данных у 26 тыс. неработа-

ющих пенсионеров и застраховано вновь около 17 тыс. пенсионеров.

В 4 квартале 2004 года начата совместная работа с Пенсионным Фондом и страховыми медицинскими организациями по категориям граждан, подлежащих обеспечению на льготных условиях лекарственными средствами.

Территориальным фондом была проведена сверка сведений в территориальном сегменте Регистра отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в системе ОМС и сведений Интегрированной базы данных застрахованных ТФ ОМС. По итогам этой сверки, в базе данных застрахованных не было идентифицировано около 16,5 тыс. человек.

Страховыми организациями проводится работа по страхованию льготных категорий граждан и уточнению всех идентификационных реквизитов.

При проведении контрольно-ревизионных и тематических проверок единая Интегрированная база данных позволяет выявлять различные нарушения в работе СМО по вопросам организации обязательного медицинского страхования. Например:

- были установлены факты, когда одни и те же сведения о паспортных данных, внесенные в Регистр застрахованных, принадлежали одновременно нескольким застрахованным;

- в базе данных находятся застрахованные, получившие полисы в 1995-1998 гг. и до настоящего времени не имеющие паспортных данных, это говорит о том, что данные застрахованные в течение ряда лет не обращались в СМО в страховую организацию за продлением полисов ОМС;

- проводилась встречная сверка сведений о застрахованных, преимущественно пожилого возраста, с Областным адресным бюро ГУВД Кемеровской области на предмет регистрации этих граждан на территории нашей области. В результате было установлено, что 80 % из них на территории Кузбасса не проживают или умерли;

- страховые медицинские организации не всегда своевременно выводят из базы данных сведения о гражданах, уволенных с предприятий-страхователей.

За выявленные нарушения по недостоверной численности застрахованных Территориальным фондом за прошедший год было восстановлено и направлено на здравоохранение средств ОМС на сумму более 2 млн. рублей.

Интегрированная база данных застрахованных играет важную роль при работе с реестрами по обеспечению всеобщности обязательным медицинским страхованием, поступающими в Территориальный Фонд ОМС из лечебных учреждений нашей области и из других регионов Российской Федерации.



Следует отметить, что в реестрах по всеобщности, предоставляемых ЛПУ Кемеровской области, постоянно обнаруживаются граждане, застрахованные различными СМО, т.е. реестры за их лечение направляются в Фонд необоснованно. Таким образом, наличие единой Интегрированной базы данных застрахованных позволяет сократить и рационализировать расходы ТФ ОМС по оплате реестров, предоставляемых лечебно-профилактическими учреждениями по всеобщности. Интегрированная база данных ежемесячно передается в филиалы Фонда для использования в практической деятельности во всех десяти филиалах на территории Кемеровской области, например:

- при осуществлении контроля за работой СМО по устранению ошибок, корректировке и внесению в базу данных достоверных сведений о застрахованных по различным выходным формам ИБД,

- при проведении контроля за работой СМО по своевременности вывода «двойников» на территориях,

- при проведении встречных сверок численности СМО на предприятиях на основании распечатанных списков из ИБД,

- при осуществлении контроля за работой СМО по корректировке базы застрахованных по сведениям о неработающих пенсионерах,

- при работе с реестрами по всеобщности.

На сегодняшний день наличие единой Интегрированной базы данных застрахованных позволяет формировать стандартные или произвольные выборки о численности застрахованных граждан в целом по области, в разрезе СМО или ее филиала, отдельной территории, в разрезе различных статусов, по каждому конкретному договору ОМС, по дате выдачи полиса, по номеру полиса, по номеру паспорта, по различным возрастным категориям.

Интегрированная база данных застрахованных жителей Кемеровской области является универсальным инструментом анализа, планирования и контроля эффективности развития системы ОМС на территории Кузбасса.





ХАЙНОВСКАЯ И.Я., ДРУШЛЯК И.А.  
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,  
г. Кемерово

## РОЛЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С 1 января 2005 года вступило в действие новое законодательство о социальной поддержке граждан, которое определило новую функцию Территориального Фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФ ОМС) – финансирование лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. ТФ ОМС доверены значительные финансовые ресурсы, выделенные на эти цели государством.

Если для льготных категорий населения в целом все осталось как прежде (за рецептом на бесплатное лекарственное средство нужно идти к тому же врачу, в ту же поликлинику), то для тех, кто реализует обеспечение населения лекарствами, все кардинально изменилось. В соответствии с федеральным законодательством, обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача (фельдшера) при амбулаторном лечении льготных категорий населения включено в набор социальных услуг для граждан РФ. Финансирование расходов на социальные услуги осуществляется за счет средств федерального бюджета (в 2005 году – 50,8 млрд. руб.). Из федерального бюджета средства ежемесячно направляются в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования, который перечисляет средства в виде субвенций территориальным фондам ОМС. Система финансирования льготного лекарственного обеспечения построена на создании резерва средств в Федеральном Фонде ОМС. Территориальные фонды ОМС направляют деньги уполномоченным фармацевтическим организациям, которые рассчитываются с производителями лекарственных средств, региональными оптовыми складами и розничной сетью (аптеками).

Основные принципы программы дополнительного лекарственного обеспечения – это персонафикация учета лекарственной помощи, оказываемой в рамках единого перечня лекарственных средств, и единой системы информационного обеспечения.

Уже в сентябре 2004 г. мы начали готовиться к работе по новой схеме льготного лекарственного обеспечения.

По поручению Губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева была создана межведомственная комиссия по реализации мер социальной поддержки уязвимых слоев населения. Был разработан план мероприятий по монетизации льгот

и подготовке к реализации Федерального закона от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ в части льготного лекарственного обеспечения.

Следует отметить, что основой реализации нового законодательства по социальной поддержке уязвимых слоев населения в Кемеровской области явилась успешно функционирующая и развивающаяся в течение последних лет система льготного лекарственного обеспечения. А именно – существующий уполномоченный региональный склад ОГУП «Кузбассфарма», определенная сеть аптек, имеющихся на всех территориях области для работы с льготниками, утвержденный перечень медикаментов для льготного отпуска.

В лечебных учреждениях области внедрена многоуровневая система оказания медицинской помощи, для реализации которой Кемеровским институтом социально-экономических проблем здравоохранения разработаны алгоритмы медицинских технологий, которые дифференцированы по уровням учреждений, по этапам оказания медицинской помощи, представлены перечнем заболеваний с необходимым объемом лечебно-диагностических мероприятий, категорий сложности курации.

В настоящее время уровень технической готовности ТФ ОМС отвечает требованиям, выставленным государством для реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения (далее – ДЛО), а именно:

- организован защищенный канал связи между территориальным отделением пенсионного фонда РФ (далее – ПФР) и ТФ ОМС;

- в актуальном состоянии поддерживается «Интегрированный регистр застрахованных», представляющий собой общеобластную базу данных о лицах, застрахованных по ОМС;

- в последние годы сформирована общеобластная база случаев оказания медицинской помощи, содержащая информацию о стационарной помощи, оказанной гражданам. С 2004 года она пополняется информацией об оказанной амбулаторно-поликлинической помощи.

Поскольку основная часть нормативных документов федерального уровня по реализации ДЛО была принята в декабре 2004 года, а ряд документов продолжает поступать в ходе реализации программы, специалистами ТФ ОМС было разработано, и 26 ноября 2004 года утверждено совместно с департаментом охраны здоровья на-

селения, Временное положение по реализации программы ДЛО на территории Кемеровской области. В положении определен порядок финансового и организационного взаимодействия между участниками ДЛО.

Специалистами ТФ ОМС был разработан макет марки «Льгота-2005». Региональными страховыми медицинскими организациями, с участием специалистов медицинских учреждений, проводится маркировка полисов ОМС льготников федерального уровня ответственности. Наличие такой марки на полисе ОМС избавляет граждан постоянно носить с собой удостоверение, дающее право на льготы, позволяет предъявлять в поликлинике и аптеке только промаркированный полис ОМС.

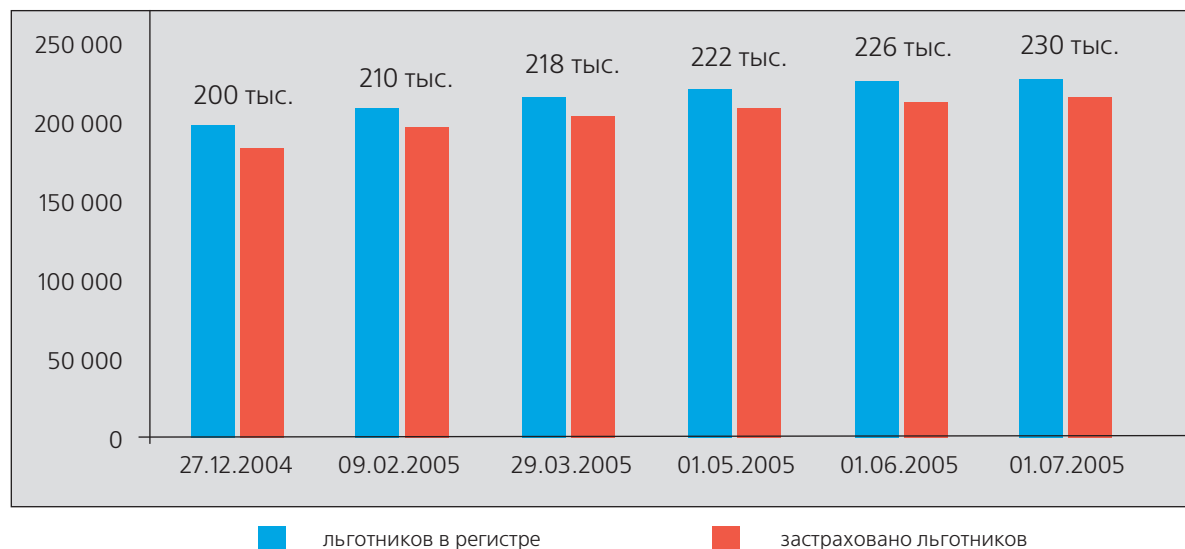
В Кемеровской области сформирован территориальный сегмент федерального регистра льготников (далее — регистр льготников).

На 1 января 2005 года численность таких граждан составляла 199,7 тыс. человек. Кемеровским отделением ПФР постоянно проводится работа над актуализацией регистра льготников. На 1 июля 2005 года численность федеральных льготников составляет 230 тыс. человек. На диаграмме 1 представлена численность регистра льготников за период с декабря 2004 г. по июль 2005 г.

дическими лицами, имеющие 680 структурных подразделений, где льготные категории граждан могут получать бесплатные медикаменты. Также утвержден перечень врачей (фельдшеров), который насчитывает сегодня около 5000 медицинских работников, имеющих право на выписку льготных рецептов.

К реализации программы ДЛО были подготовлены лечебные учреждения и аптеки. Специалистами ТФ ОМС и ДОЗН были организованы и проведены обучающие кустовые семинары, которыми были охвачены все 34 территории Кемеровской области. Тематика семинаров была направлена на изучение нормативно-правовой базы ДЛО. Мы объясняли врачам, что ДЛО оказывается в рамках утвержденного перечня лекарственных средств, который является единым для всех субъектов РФ. Кроме того, приказом Минздравсоцразвития России предусмотрен дополнительный список лекарственных средств, которые назначаются пациентам по жизненно важным показаниям через решение врачебной комиссии, утвержденной главным врачом ЛПУ. Особо подчеркивали, что нельзя отказывать в выписке льготных рецептов только потому, что по какой-то причине фамилии пациента не оказалось в регистре льготников. Человеку в этом случае

**Диаграмма 1**  
**Динамика численности территориального сегмента федерального регистра льготников Кемеровской области за период с декабря 2004 г. по июль 2005 г.**



В Кемеровской области определен перечень лечебных учреждений и аптек, которые имеют право выписывать льготные рецепты и отпускать по ним лекарственные средства.

Департаментом охраны здоровья населения (далее — ДОЗН) утверждены 84 базовые аптеки и 164 лечебных учреждения, являющихся юри-

достаточно предъявить документы, подтверждающие право на получение льготы, и рецепт должен быть выписан.

С ноября 2004 года в ТФ ОМС организована работа «горячей линии» по разъяснению основных положений Федерального закона от 22.08.2004 года № 122-ФЗ. Ее цель — сделать по-

нятым суть происходящих изменений в льготном лекарственном обеспечении, с тем, чтобы каждый гражданин, имеющий право на получение социального пакета, знал, как возможно реализовать свои права.

Специалистами Кемеровского областного информационно-вычислительного центра разработан программный продукт для персонализированного учета назначения и потребления лекарственных средств в рамках ДЛО. Указанная программа внедрена во всех лечебных и аптечных учреждениях области, участвующих в реализации ДЛО.

Это стало возможным благодаря тому, что ТФ ОМС в рамках целевой программы «Здоровье Кузбассовцев в 2004 году», подпрограммы «Компьютеризация поликлинических и аптечных учреждений Кемеровской области», в конце 2004 года выделил 15,6 млн. рублей на приобретение компьютерной техники для амбулаторно-поликлинических учреждений области, с тем, чтобы реализовать возможность ведения персонализированного учета оказанной медицинской помощи, включая учет лекарственных средств.

Из бюджета области были выделены средства на изготовление новых форм рецептурных бланков для льготного отпуска. В этой форме предусмотрено цифровое кодирование ряда информационных данных: ЛПУ, врача, нозологической формы заболевания, лекарственного средства, номера страхового полиса и др.

К 1 января 2005 года в области была завершена подготовка к реализации комплекса мер, направленных на приведение системы социальной защиты граждан области в соответствие с разграничением полномочий.

В целях разграничения полномочий, определения прав и обязанностей субъектов ДЛО, 30 декабря 2004 года подписано Соглашение о взаимоотношениях субъектов ДЛО отдельных категорий граждан при обязательном медицинском страховании и Администрации Кемеровской области. Участниками настоящего соглашения являются:

- отделение ПФР по Кемеровской области;
- ТФ ОМС;
- уполномоченная фармацевтическая организация ЗАО «РОСТА»;
- ДОЗН.

В настоящее время, разрешены все организационные вопросы, подписаны необходимые соглашения и договоры между участниками программы.

ТФ ОМС заключил договор с уполномоченной фармацевтической организацией ЗАО «РОСТА». Оплата стоимости лекарств производится ТФ ОМС после их отпуска гражданам по ценам, не превышающим зарегистрированные Министерством здравоохранения и социального развития.

Предельная торговая надбавка к зарегистрированным ценам на лекарственные средства в рамках ДЛО по Кемеровской области установлена в размере 37 %. Согласно существующему порядку, возмещение расходов производится только за фактически отпущенные медикаменты. Некоторые задержки выплат были обусловлены несвоевременным предоставлением ЗАО «РОСТА» счетов, на основе которых производятся выплаты.

Среди наиболее актуальных вопросов реализации ДЛО в первые месяцы можно выделить создание регистра льготников и взаимодействие ПФР и ТФ ОМС по приему и передаче указанного регистра субъектам программы. В рамках информационного обмена между участниками программы, специалистами ТФ ОМС каждые 10 дней проводится передача территориального сегмента федерального регистра льготников в лечебные учреждения, через территориальные органы управления здравоохранением, и в ЗАО «РОСТА» для последующей установки в аптечные организации. По мере обновления, по такой же схеме передаются справочники лечебных учреждений и медицинских работников, имеющих право на выписку рецептов.

Много нареканий в первые месяцы работы вызывал перечень лекарственных средств. В нем не были учтены особенности лечения хронических заболеваний, при которых больной постоянно нуждается не только в лекарствах, но и в изделиях медицинского назначения. Также в перечень не вошли актуальные препараты, применяемые в лечении ряда заболеваний, таких как эпилепсия и туберкулез. По итогам первого квартала, с учетом предложений, поступивших в адрес Минздравсоцразвития России из регионов, откорректирован и расширен перечень льготных лекарств.

С началом реализации ДЛО увеличилась нагрузка и усложнилась работа лечащих врачей (заполнение дополнительных медицинских документов, введение нового рецептурного бланка). Для того, чтобы облегчить работу врачей, в каждой поликлинике открыты центры по выписке рецептов для льготников. Деятельность указанных центров позволяет более эффективно осуществлять процесс выписки рецептов и организовать персонализированный учет оказанной медицинской и лекарственной помощи.

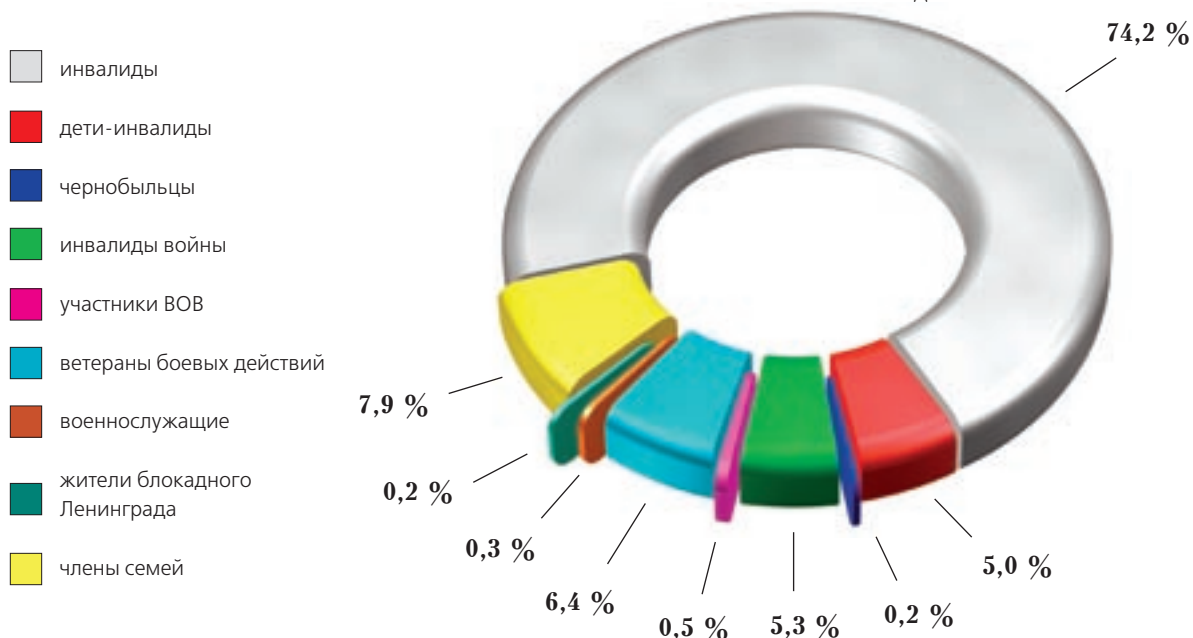
На ТФ ОМС возложена организация персонализированного учета отпуска лекарств, проведение экспертизы соответствия назначенного препарата стандартам лечения, а также контроль адресности лекарственной помощи, правильности оформления рецептов, счетов и отпускных цен фарморганизации.

Итоги первых месяцев реализации ДЛО позволили проанализировать ситуацию с потреблением лекарственных средств на территории области.

Распределение льготников федерального уровня ответственности по категориям представлено на диаграмме 2.

анализ потребления лекарственных средств, прогнозировать и регулировать основные процессы лекарственного обеспечения.

**Диаграмма 2**  
**Структура территориального сегмента федерального регистра льготников по данным на 01.07.2005 г.**



Наибольший удельный вес в регистре льготников занимают инвалиды — 74 %, они же и получили лекарственных средств на наибольшую сумму. На втором месте по численности находятся члены семей погибших инвалидов и участников войны — 7,9 %. Третье место по численности занимают ветераны боевых действий — 6,4 %.

Многочисленные информационные данные программы ДЛО позволяют вести всесторонний

Реформу Правительства РФ необходимо довести до конца. За небольшой промежуток времени в системе льготного лекарственного обеспечения произошли значительные перемены. Нам предстоит большая работа по дальнейшей реализации мер социальной поддержки в получении медицинской и лекарственной помощи определенных категорий населения.



ХАЙНОВСКАЯ И.Я., ИВАНОВ И.Г.  
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,  
г. Кемерово

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ

С целью обеспечения конституционного права граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области была создана служба защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования. Основой этой структуры являются подразделения защиты прав граждан страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области. Ежегодно, начиная с 1997 г., на территории области принимается «Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области», которая имеет статус закона. Контроль качества медицинской помощи осуществляется в соответствии со стратегией, определенной Советом по управлению обеспечением качества медицинской помощи, действующим при Администрации Кемеровской области. Для повышения эффективности системы организации защиты прав граждан на территории области создается единое информационное пространство, которое позволяет осуществлять разнообразный и многоплановый информационный обмен для выявления проблем на различных уровнях и направлениях, а также определять единый подход к их решению. В статье проанализированы наиболее значимые показатели работы системы защиты прав граждан, такие как обращаемость населения, обоснованная обращаемость, структура обоснованных обращений, структура нарушений выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи. Целью анализа было определение приоритетных направлений в деятельности по организации защиты прав граждан.

**Ключевые слова:** защита прав граждан в системе ОМС, экспертиза качества медицинской помощи, информационное обеспечение.

Действующим Законом о медицинском страховании предусмотрены обеспечение и реализация конституционного права граждан РФ на медицинскую помощь.

С целью обеспечения государственных гарантий на получение гражданами бесплатной медицинской помощи на территории области, с 2001 г. между Минздравом РФ, Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования (далее ФОМС) и Администрацией Кемеровской области заключается трехстороннее Соглашение по улучшению медицинской помощи населению Кемеровской области, с 1997 г., ежегодно, Законом Кемеровской области принимается Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, разработаны и действуют механизмы планирования муниципальных заданий на медицинскую помощь.

Для решения организационно-правовых проблем обеспечения интересов граждан и защиты их прав на территории Кемеровской области создана, функционирует и развивается система защиты прав граждан в лице одноименных служб страховых медицинских организаций (далее СМО) и Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее ТФ ОМС).

Основными задачами системы защиты прав граждан являются:

- выявление случаев нарушения прав граждан при получении медицинской помощи;
- регистрация и разбор жалоб и заявлений граждан;
- принятие организационно-правовых мер в случае обоснованности поступившей жалобы и установления факта нарушения прав граждан;
- представление интересов застрахованных и защита их прав при рассмотрении спорных вопросов в досудебном и судебном порядке;
- проведение вневедомственного контроля качества оказываемой медицинской помощи.

В системе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) Кемеровской области постоянно совершенствуется нормативно-правовая база. Так, для реализации гарантий на медицинскую помощь разработаны и приняты на уровне областной Согласительной комиссии следующие нормативные акты: «Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области», «Положение об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области», «Положение об обеспечении всеобщности ОМС населения Кемеровской области», «Положение о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области», «Положение о порядке организации защиты прав граждан в системе ОМС», «Территориальный регистр внештатных медицинских экспертов

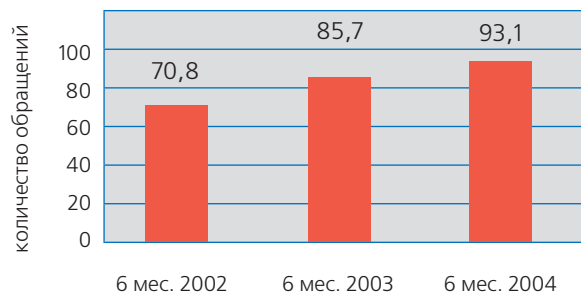
Кемеровской области», «Положение о порядке предоставления и оплаты высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области», «Рейтинг деятельности здравоохранения муниципального образования и лечебно-профилактических учреждений в системе обязательного медицинского страхования». ТФ ОМС подготовлены методические рекомендации «Порядок возмещения затрат на медикаменты и предметы медицинского назначения, приобретенные за счет личных средств граждан при стационарном лечении, в рамках ОМС в соответствии с Программой государственных гарантий».

В 2003 г. распоряжением Администрации Кемеровской области создан Совет по управлению обеспечением качества медицинской помощи, целью которого является формирование стратегии управления обеспечением качества медицинской помощи, определение путей его повышения и анализ хода реализации стратегии.

Территориальным фондом ОМС ежегодно анализируются показатели деятельности системы ОМС Кемеровской области по вопросам организации защиты прав граждан и контроля качества медицинской помощи (далее КМП). Информация формируется в аналитические сборники, направляемые в ФОМС, Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области (далее ДОЗН КО), СМО и филиалы ТФ ОМС.

В первом полугодии 2004 года службами защиты прав граждан системы ОМС зарегистрировано 26725 обращений граждан, из них обоснованными признаны 40 %. В целом отмечается рост обращаемости в службы организации защиты прав граждан системы ОМС, что подтверждается динамикой показателя обращаемости на 10 тыс. населения, представленной диаграммой 1.

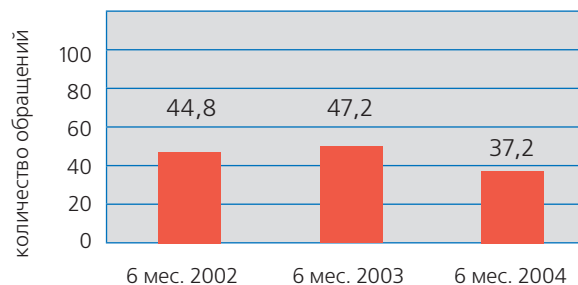
**Диаграмма 1**  
**Обращаемость на 10000 населения**  
**в динамике по 6 мес. 2002-2004 гг.**



Несмотря на рост обращаемости граждан, впервые за последние 5 лет, в системе ОМС Кемеровской области отмечено снижение обоснованных обращений граждан. Показатель обоснован-

ных обращений на 10 тыс. населения в динамике представлен диаграммой 2.

**Диаграмма 2**  
**Обоснованная обращаемость на 10000**  
**населения в динамике по 6 мес. 2002-2004 гг.**



Основные причины обоснованных обращений граждан в ТФ ОМС и СМО в I полугодии 2004 г., показанные диаграммой 3, следующие:

- недостатки в лекарственном обеспечении – 73 %;
- взимание средств за медицинскую помощь по ОМС – 13 %;
- выбор ЛПУ в системе ОМС – 7 %.

Доля обоснованных обращений на качество медицинской помощи составила 0,6 %.

В динамике за 5 лет, представленной диаграммой 4, отмечается рост обращений, связанных с недостатками в лекарственном обеспечении стационарных видов медицинской помощи. Намети-лась положительная динамика в виде снижения, как удельного веса, так и абсолютного количества обращений по таким причинам, как взимание средств за медицинскую помощь, оказание некачественной медицинской помощи.

В досудебном порядке в I полугодии 2004 г. было удовлетворено с материальным возмещением гражданам более 7 тыс. обращений. Средняя сумма возмещения по каждому удовлетворенному обращению составила 1232 рубля. Динамика спорных случаев, рассмотренных в досудебном порядке за 5 лет, представлена диаграммой 5.

В судебном производстве в I полугодии 2004 г. находились 26 судебных исков на качество медицинской помощи. В качестве истцов в 88 % случаев выступали пациенты. Динамика судебных исков за 5 лет показана в диаграмме 6.

В системе ОМС Кемеровской области широко используется практика применения регрессных исков по возмещению затрат за медицинскую помощь, оказанную гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. Кемеровская область на протяжении последних трех лет входит в тройку территорий Российской Федерации, наиболее активно проводящих работу по возмещению средств ОМС, применяя регрессные иски.

Диаграмма 3  
Структура обоснованных обращений за 6 мес. 2004 г.

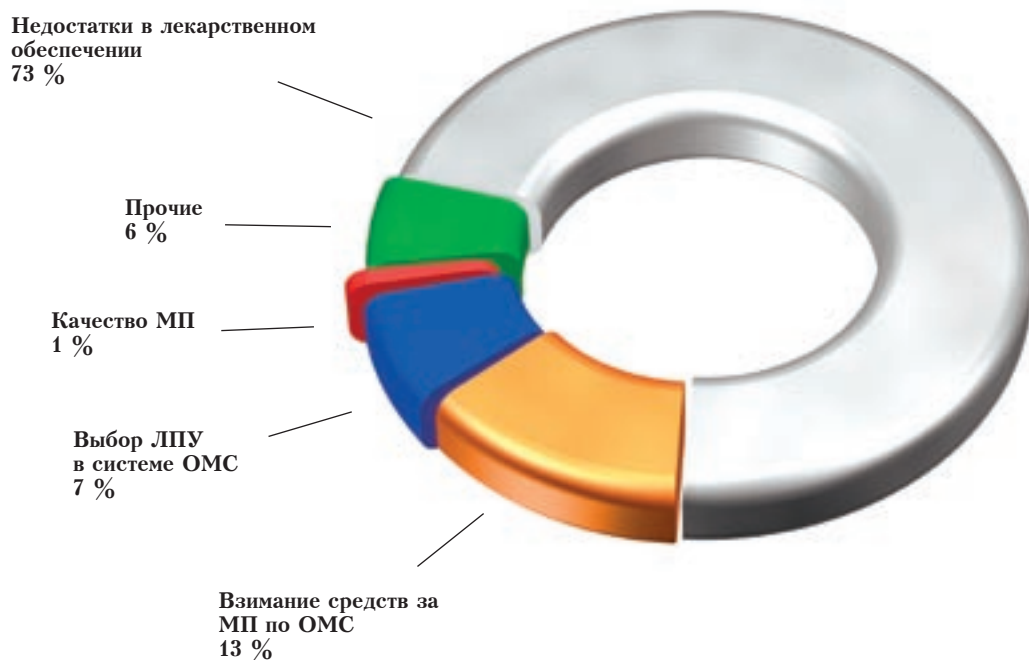
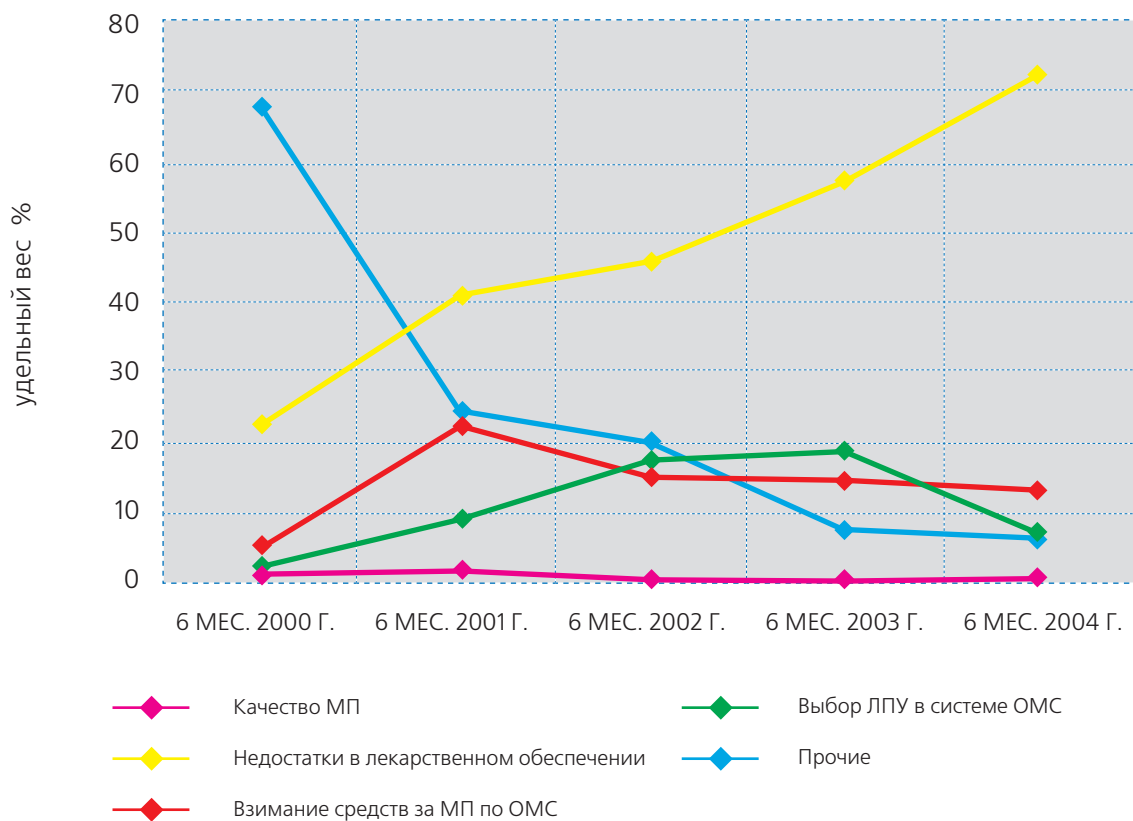
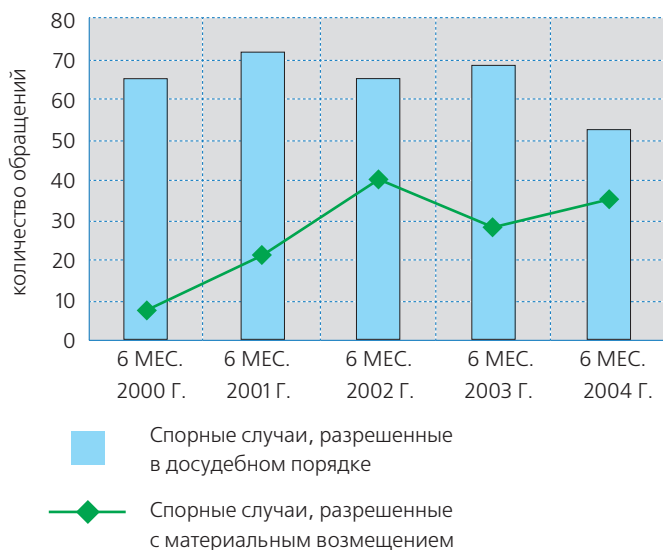


Диаграмма 4  
Динамика основных причин обоснованных обращений граждан за 2000-2004 гг.



**Диаграмма 5**  
**Динамика спорных случаев, рассмотренных**  
**в досудебном порядке за 6 мес. 2000-2004 гг.**



**Диаграмма 6**  
**Динамика судебных исков за 6 мес. 2000-2004 гг.**



Динамика практического применения регрессных исков в Кузбассе за 5 лет показана диаграммой 7.

Вневедомственный контроль качества медицинской помощи (далее – КМП), осуществляемый СМО и ТФ ОМС, является одним из важнейших механизмов в деятельности по защите прав граждан на территории Кемеровской об-

ласти. В области отмечается стабильный рост объемов экспертиз качества оказанной гражданам медицинской помощи. Ежегодные темпы прироста количества экспертиз составили около 20 %. Доля экспертиз, проведенных с привлечением внештатных медицинских экспертов, уменьшилась и составила 18 %. Динамика экспертиз КМП за 5 лет отражена диаграммой 8.

Показатели количества экспертиз и выявленных по их результатам нарушений на 1000 застрахованных составили 12,3 и 6,6, соответственно. Динамика этих показателей за 5 лет представлена диаграммой 9.

Уровень выявляемых при экспертизе КМП нарушений, допущенных медицинскими учреждениями при обеспечении граждан медицинской помощью, по I полугодю 2004 г. составил около 56 % от всех проведенных экспертиз. В структуре нарушений, показанной диаграммой 10, 44 % пришлось на необоснованное ограничение доступности медицинской помощи, 27 % – на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, 10 % – на завышение объема оказанной медицинской помощи, 3 % – на необоснованную госпитализацию.

По результатам экспертизы качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) за I полугодие 2004 г. сумма оплаты по счетам медицинских учреждений была уменьшена на 10,4 млн. рублей, что в среднем составило 562 рубля на каждый выявленный случай нарушения или 313 рублей на одну экспертизу. Средства от финансовых санкций по ЭКМП были израсходованы по направлениям (диаграмма 11):

- финансирование Территориальной программы ОМС (далее – ТП ОМС) и резерв оплаты медицинских услуг – 76 %;
- ликвидация причин ненадлежащего качества медицинских услуг – 17 %;
- ведение дела СМО – 7 %, в т.ч. на оплату внештатных медицинских экспертов – 31 %.

В настоящее время ТФ ОМС и СМО системы ОМС в деятельности по защите прав граждан и контролю КМП задействовано 78 штатных специалистов и около 140 внештатных медицинских экспертов, 85 % которых имеют высшие квалификационные категории, 50 % – ученые степени.

В 1998 году, с целью формирования отчета в Федеральный фонд ОМС, ТФ ОМС Кемеровской области, совместно с Кемеровским областным медицинским информационно-аналитическим центром (далее – КОМИАЦ), разработаны и внедрены в эксплуатацию программы «Органи-



зация защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования» и «Экспертиза качества медицинской помощи». Программа создана на основе системы управления базами данных (далее – СУБД) Paradox. Программа «Организация защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования» предусматривает экспорт выходных форм в Microsoft Excel. В рамках программы производится формирование федерального отчета, получение аналитических выходных форм, построение графиков и диаграмм по следующим разделам:

- обращения граждан в территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации;
- досудебная и судебная защита прав граждан;
- применение регрессных исков по возмещению затрат за медицинскую помощь, оказанную застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц;
- результаты экспертизы качества медицинской помощи;
- медико-экономическая экспертиза реестров;
- финансовые средства, удержанные с медицинских учреждений по результатам экспертизы качества медицинской помощи и медико-экономической экспертизы реестров, и их использование;
- кадры и их квалификационная характеристика.

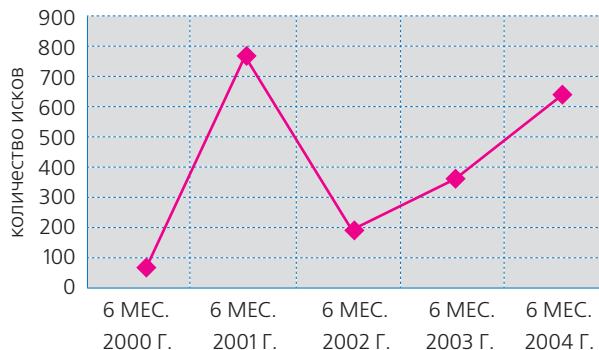
Программа «Экспертиза качества медицинской помощи» разработана на основании «Положения о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области» и предусматривает:

- расчет и контроль стоимости лечения, предъявленной к оплате, по каждому конкретному случаю;
- применение штрафных санкций по случаям некачественного оказания медицинской помощи после заключения врача-эксперта (на любом уровне контроля);
- ускоренный процесс проведения КМП;
- аналитическую обработку полученной информации.

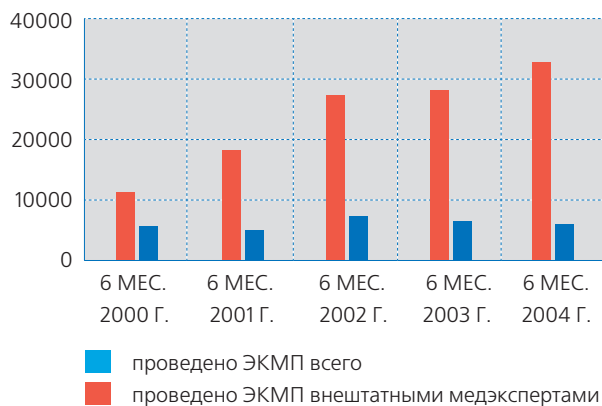
В целях дальнейшего развития системы организации защиты прав граждан, ТФ ОМС и КОМИАЦ продолжают работу по совершенствованию программного обеспечения задач «Регистрация жалоб и обращений граждан в системе ОМС», «Экспертиза качества медицинской помощи».

В настоящее время ведется разработка этих задач в СУБД Oracle, что позволит: значительно увеличить степень защиты и объемы хранения информации; обеспечить одновременный

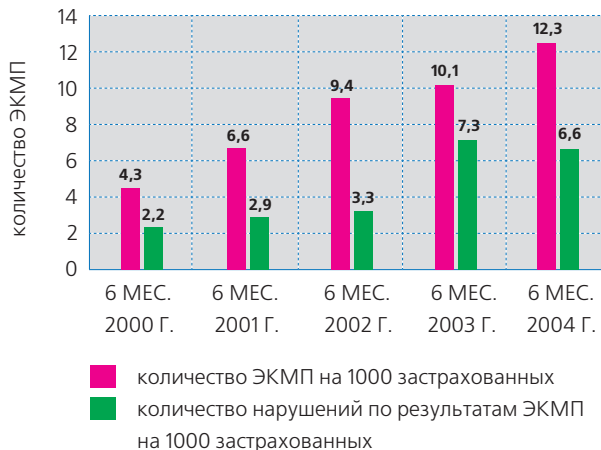
**Диаграмма 7**  
**Динамика применения регрессных исков по возмещению затрат за медицинскую помощь, 6 мес. 2000-2004 гг.**



**Диаграмма 8**  
**Динамика ЭКМП за 2000-2004 гг.**

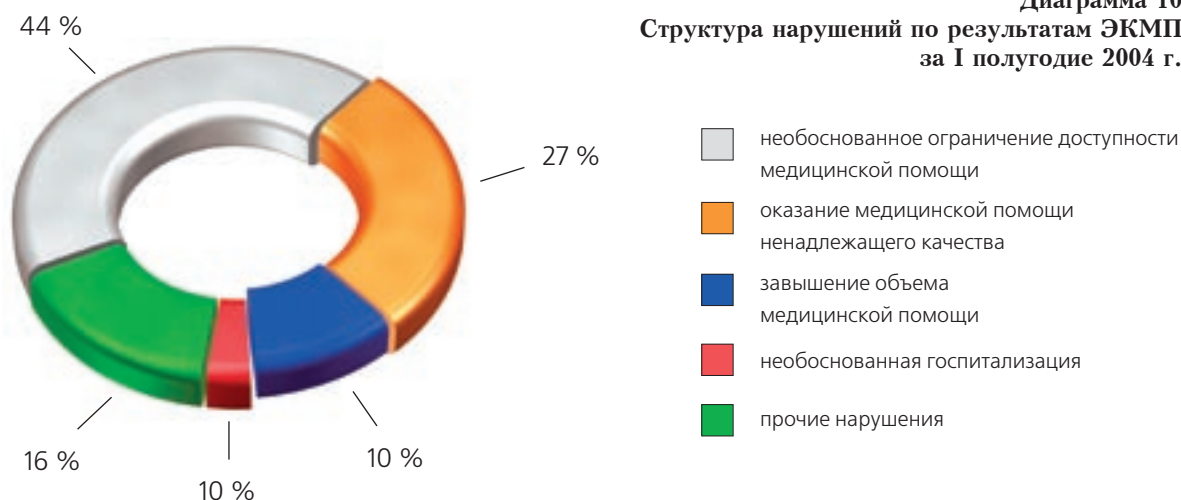


**Диаграмма 9**  
**Динамика ЭКМП на 1000 застрахованных за 6 мес. 2000-2004 гг.**

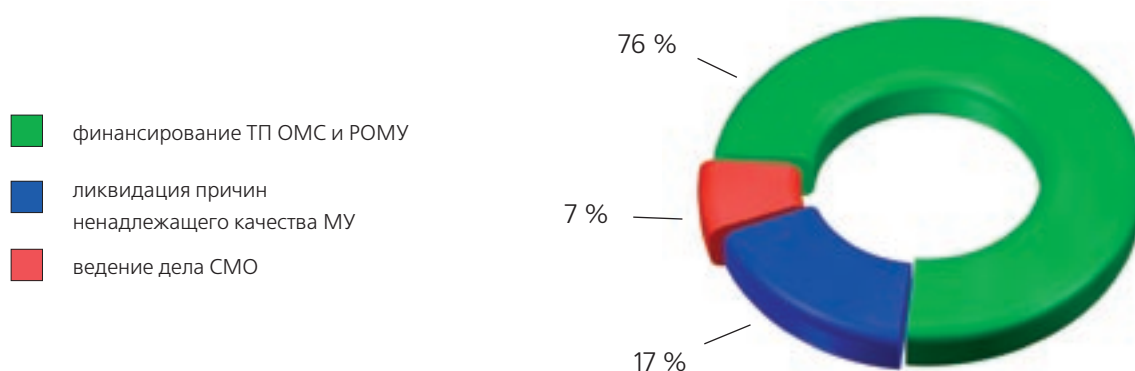




**Диаграмма 10**  
**Структура нарушений по результатам ЭКМП**  
**за I полугодие 2004 г.**



**Диаграмма 11**  
**Расходование средств от финансовых санкций за 6 мес. 2004 г.**



доступ и взаимосвязь таких программ, как «Регистр застрахованных», «База пролеченных», «Регистрация жалоб и обращений граждан в системе ОМС», «Экспертиза качества медицинской помощи». Это приведет к увеличению числа пользователей и снизит трудоемкость обработки информации.

В программе «Регистрация жалоб и обращений граждан в системе ОМС» предусмотрено ведение оперативного (текущего) учета обращений граждан, в том числе по контингенту особого внимания, формирование аналитических форм по защите прав граждан и экспертизе качества медицинской помощи в разрезе муниципальных образований и медицинских учреждений. Новое информационное обеспечение позволит значительно ускорить предоставление статистической стандартизированной информации в различные структуры системы ОМС, а при необходимости в другие учреждения и ведомства, для оператив-

ного реагирования и принятия управленческих решений на различных уровнях. Внедрение программного продукта в эксплуатацию планируется в 2005 году.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На территории Кемеровской области работа по организации защиты прав граждан при обязательном медицинском страховании осуществляется на основе необходимой законодательно-нормативной базы, которая постоянно совершенствуется. Созданы службы и подразделения, специалисты которых имеют соответствующую квалификационную подготовку, обладают необходимыми навыками и знаниями по вопросам защиты прав граждан и контролю качества медицинской помощи в системе ОМС. Все службы обеспечены необходимыми информационными ресурсами, которые постоянно совершенствуются.



## О НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ И ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОБЩЕОБЛАСТНОЙ БАЗЫ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**И**нформационной основой, помогающей проводить планирование объемов медицинской помощи, оценивать деятельность медицинских учреждений, осуществлять непрерывный мониторинг исполнения плановых показателей, выполнять различного рода аналитические исследования об оказании и оплате медицинской помощи, является общеобластная база случаев оказания медицинских услуг застрахованному по ОМС населению Кемеровской области. Данный ресурс представляет определенную ценность в части его использования для информационного обеспечения процессов формирования Территориальной программы ОМС и муниципальных заданий.

Общеобластная база случаев оказания медицинской помощи (далее -База пролеченных) — это интегрированная электронная база данных, которая начала формироваться в ТФ ОМС Кемеровской области (далее — Фонде) на основе реестров об оказанных стационарных услугах, предоставляемых страховыми медицинскими организациями (СМО) из медицинских учреждений области, с 2002 года.

Решением Областной согласительной комиссии в мае 2004 г. был утвержден обновленный «Стандарт реестра об оказанной медицинской помощи», в соответствии с которым, начиная с июня 2004 г., все страховые медицинские организации предоставляют в Фонд персонифицированную информацию о случаях оказания медицинской помощи.

С октября 2004 года в Общеобластную базу случаев оказания медицинской помощи, согласно дополнительным Соглашениям к договору о финансировании между Фондом и СМО, стала поступать информация об амбулаторно-поликлинической и стационаро-замещающей помощи. Это стало возможным благодаря также и тому факту, что в конце 2004 года все амбулаторно-поликлинические учреждения Кемеровской области были оснащены необходимой компьютерной техникой в рамках региональной Программы «Здоровье кузбассовцев» (подпрограмма «Компьютеризация поликлинических и аптечных организаций Кемеровской области»).

На сегодняшний день во всех медицинских учреждениях и страховых медицинских организациях установлено соответствующее программ-

ное обеспечение, позволяющее формировать реестры случаев оказания медицинской помощи в новом формате.

Процесс приема и обработки информации полностью автоматизирован. Вся предоставленная информация проходит установленные этапы проверки по следующим критериям:

1. Техническая проверка:

- наличие вирусов;
- формат имени файлов и таблиц;
- соответствие структуры таблиц стандарту передачи информации;
- соблюдение условий заполнения полей.

2. Контроль соответствия записей в полях единым справочникам.

3. Контроль соответствия сроков предоставления реестров.

Специалисты Фонда регулярно и планомерно проводят работу по выгрузке ошибок из Базы пролеченных, формированию электронных посылок для проведения страховщиками и филиалами фонда дальнейшей работы с медицинскими учреждениями по их устранению и недопущению в последующих реестрах.

Проанализировав совместную работу специалистов Фонда и страховщиков с ошибками за 2004 год, в целом можно отметить тенденцию к количественному их снижению. Количества ошибок в общем массиве реестров, предоставленных страховщиками в Общеобластную базу случаев оказания медицинской помощи, к концу 2004 г. уменьшилось в 5 раз, по сравнению с 1-м кварталом 2004 г. Параллельно с этим улучшилось и качество этого важного информационного ресурса.

Начиная со 2-го полугодия 2004 г., были обозначены задачи для дальнейшей работы с Общеобластной базой случаев оказания медицинской помощи, как с источником информации для расчетов муниципальных заданий территорий, для получения персонифицированных сведений о маршруте лечения каждого застрахованного, для проведения в перспективе аналитической работы — прогнозирования потребления жителями Кузбасса медицинских услуг в разрезе социальных статусов, отдельных медицинских учреждений, профилей, административно-территориальных единиц, для разработки новых направлений деятельности Фонда и т.д.

В соответствии с поставленными задачами, Программа «Общеобластная база случаев оказания медицинской помощи жителям Кемеровской области» была модернизирована. На сегодняшний день изменен интерфейс Программы (рис. 1). Появилась возможность персонализированного поиска реестров пролеченных (с использованием различных вариантов выборки по реквизитам — по фамилии, имени, отчеству, номеру полиса ОМС, номеру договора ОМС, социальному статусу, коду МКБ-10 и т.д.). Таким образом, появилась возможность проследить маршрут лечения каждого конкретного пациента либо группы пациентов.

В Базе пролеченных присутствует информация по следующим категориям:

1. Персонализированные сведения о пациенте (ФИО, дата рождения, адрес места жительства, документ, социальный статус и др.).
2. Страховая информация (№ полиса, № договора ОМС, данные о СМО).
3. Медико-статистические данные (ЛПУ прикрепления, исход лечения и др.).
4. Медико-экономическая информация (коды отделений и сроки лечения в каж-

дом из них, код АМТ, профиль, этап, код МКБ-10 и др.), а также специальная информация.

В Программе предусмотрена возможность автоматизированного формирования пользователями выходных форм (рис. 2):

- среднее пребывание и доля интенсивного этапа в разрезе профилей и категорий ЛПУ;
- объемы медицинской помощи в разрезе экстренной и плановой медицинской помощи;
- объемы медицинской помощи в разрезе территорий проживания и территорий МУ (койко-дни, пролеченные);
- объемы и структура распределения стационарной помощи (включая межтерриториальные центры в разрезе территорий (для жителей и территорий);
- межтерриториальные центры (количество пролеченных, койко-дни, среднее пребывание) и др.

Анализ данных Базы пролеченных позволяет решать задачи, которые можно сгруппировать в четыре основных блока.

**Первый блок** — статистический, позволяющий анализировать объемы медицинских услуг по видам, профилям, половозрастным группам,

**Рисунок 1**  
**Новый интерфейс программы «Общеобластная база случаев оказания медицинской помощи жителям Кемеровской области»**

The screenshot shows a software window titled 'База пролеченных'. It has a menu bar with 'Файл', 'Выходные формы', and 'Реестры'. Below the menu is a toolbar with icons for file operations and data management. The main area is divided into two parts. The top part is a table with columns: 'Фамилия', 'Имя', 'Отчество', 'Дата рождения', 'Адрес места жительства', 'Социальный статус', and '№ полиса'. The bottom part is a detailed form for a selected patient, with fields for 'Сов. статус', 'Код СМО', '№ договора', '№ полиса', 'Территория проживания', 'Адрес', 'Территория ЛПУ', 'ЛПУ', 'Отделение', 'Диагноз МКБ-10', '№ ист. болезни', 'Код АМТ', 'Дата поступления', 'Дата выписки', 'Профиль', 'Этап', and 'Стоимость лечения'. At the bottom of the window, there is a status bar showing 'Выходная форма: Реестры', '15946 зап.', 'Случаев: 10186', 'К/дней: 92440', and 'Среднее: 9,0752'.

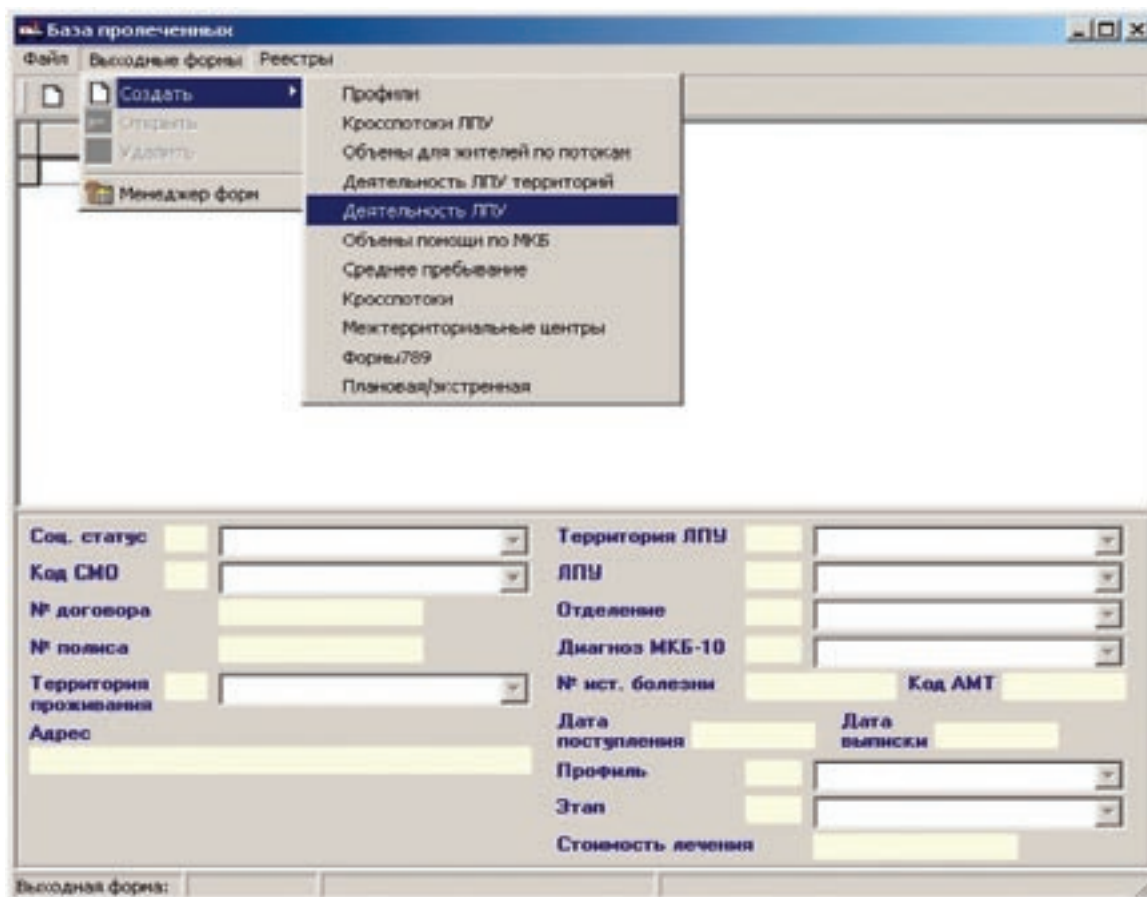
| Фамилия | Имя   | Отчество  | Дата рождения | Адрес места жительства | Социальный статус | № полиса   |
|---------|-------|-----------|---------------|------------------------|-------------------|------------|
| СИДОРОВ | СИДОР | СИДОРОВИЧ | 26.12.1948    | ЛЕНИНА 1-2             | 1                 | 0000000002 |
| ИВАНОВ  | ИВАН  | ИВАНОВИЧ  | 07.12.2003    | ЛЕНИНА 1-1             | 3                 | 0000000001 |
| ИВАНОВА | МАРИЯ | ИВАНОВНА  | 02.12.1966    | ЛЕНИНА 1-3             | 1                 | 0000000003 |
| ПЕТРОВ  | ПЕТР  | ПЕТРОВИЧ  | 03.07.2002    | ЛЕНИНА 1-4             | 3                 | 0000000004 |

Сов. статус: 3 ДЕТИ  
 Код СМО: 4 ГБК "КЕМЕРОВО"  
 № договора: 040002494  
 № полиса: 000000001  
 Территория проживания: 5 Кемерово г.  
 Адрес: ЛЕНИНА 1-2  
 Территория ЛПУ: 5 Кемерово г.  
 ЛПУ: 112 Детская больница ГРБЗ  
 Отделение: 1 ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
 Диагноз МКБ-10: A04.0 Другие угнетенные бактерии  
 № ист. болезни: Код АМТ 75830  
 Дата поступления: 08.03.2005  
 Дата выписки: 16.03.2005  
 Профиль: 58 Детское инфекционное  
 Этап: 4 Долеживание  
 Стоимость лечения: 364,07

Выходная форма: Реестры 15946 зап. Случаев: 10186 К/дней: 92440 Среднее: 9,0752

Рисунок 2

Формирование выходных форм Программы «Общеобластная база случаев оказания медицинской помощи жителям Кемеровской области»



категориям населения, структуру госпитализируемых больных в разрезе отделений, оценивать уровень госпитализации, получать персонализированные сведения о маршруте лечения каждого застрахованного.

**Второй блок** — экономический, позволяющий проводить анализ экономической эффективности работы стационара (по количеству больных, по средней длительности пребывания на койке, по койко-дням, по выявлению редких дорогостоящих заболеваний), а также проводить финансовый анализ (отслеживать расходование и распределение финансовых средств, поступающих из страховых медицинских организаций в лечебно-профилактические учреждения).

**Третий блок** — медико-экономической экспертизы. Используя данные реестра можно проводить первичный автоматизированный контроль:

- стоимости и сроков лечения в соответствии с Порядком оплаты медицинских услуг, принятым на территории Кемеровской области;

- деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений по обоснованности направлений на госпитализацию и других;

- медицинских аспектов, включающих анализ признаков медицинской природы, влияющих на формирование стоимости медицинской помощи (выявление случаев повторной госпитализации, осложнений, дорогостоящих заболеваний и др.).

На основе информации, содержащейся в реестре, достаточно легко организовать выборку случаев оказания медицинской помощи для экспертной оценки.

**Четвертый блок** — задачи по формированию территориальной программы ОМС и муниципальных заданий.

На основе информации, накопленной за несколько лет, возможно выполнение многофакторного анализа деятельности стационара с последующим использованием его результатов для принятия управленческих решений в оптимизации стационарной помощи.

## АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ – ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕСУРСОВ

**В** условиях существующего дефицита финансирования Территориальной программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи особенно актуальным является оптимизация использования ограниченных ресурсов путем рационального их распределения, планирования и контроля над деятельностью лечебно-профилактических учреждений.

Одним из способов планирования объемов медицинской помощи, поиска вариантов по снижению затрат медицинских учреждений, эффективного использования имеющихся ресурсов является разработка муниципальных заданий на предоставление медицинских услуг в лечебно-профилактических учреждениях муниципальных образований Кемеровской области.

На территории Кемеровской области действуют утвержденные Областной согласительной комиссией документы, содержащие методические указания по порядку формирования и утверждения муниципальных заданий:

- положение «Порядок формирования муниципальных заданий территорий Кемеровской области по оказанию населению бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий»;
- положение «Порядок формирования планов областными медицинскими учреждениям, учреждениям федерального подчинения и специализированным медицинским центрам областного и зонального значения на предоставление населению Кемеровской области бесплатной медицинской помощи»;
- положение «Порядок формирования заданий медицинских учреждений на предоставление населению муниципального образования бесплатной

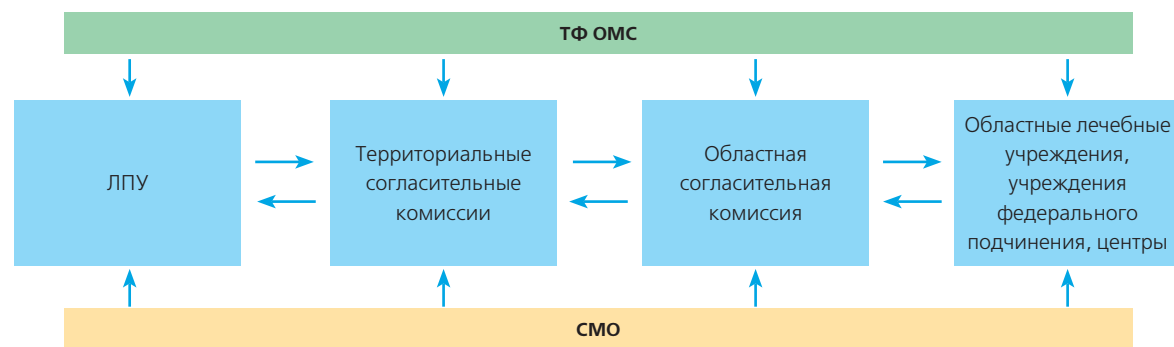
медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий».

Формирование и согласование муниципальных заданий на территории Кемеровской области осуществляется постоянно действующей рабочей группой областной согласительной комиссии и территориальной согласительной комиссией. Рабочая группа территориальной согласительной комиссии осуществляет планирование на уровне муниципального образования. Основными направлениями деятельности рабочей группы областной согласительной комиссии являются:

- формирование нормативов объемов оказания бесплатной медицинской помощи жителям;
- согласование квот объемов медицинской помощи, оказываемой жителям территории в областных медицинских учреждениях, учреждениях федерального подчинения, областных центрах и межтерриториальных специализированных отделениях в разрезе видов помощи и профилей;
- формирование нормативных показателей деятельности медицинских учреждений по видам, профилям и уровням оказания медицинской помощи;
- формирование нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи.

Информация, необходимая для формирования муниципального задания, по поручению областной согласительной комиссии, доводится до территориальной согласительной комиссии Территориальным фондом ОМС, Департаментом охраны здоровья населения, страховыми медицинскими организациями.

Схема обмена информацией, необходимой для формирования муниципального задания территории между всеми участниками процесса, приведена на схеме:





Основой для формирования муниципального задания являются:

- нормативные объемы оказания бесплатной медицинской помощи;
- плановые объемные и финансовые показатели деятельности здравоохранения территории с учетом межтерриториальных потоков больных (объемы помощи иногородним и инообластным жителям);
- показатели здоровья населения территории;
- предложения по оптимизации деятельности лечебных учреждений (сокращение длительности диагностического периода, ранняя выписка из стационара с эффективным долечиванием в условиях стационаро-замещающих технологий, сокращение уровня госпитализации).

С учетом установленных показателей и анализа потребности населения территории в медицинской помощи, формируется предварительный вариант муниципального задания по оказанию населению территории бесплатной медицинской помощи. Для прохождения процедуры проверки территориальные согласительные комиссии направляют проекты муниципальных заданий в Территориальный фонд ОМС. Результаты проверки доводятся до территориальных согласительных комиссий.

Областная согласительная комиссия рассматривает обращения территорий по корректировке объемов оказания медицинской помощи населению муниципального образования, которые должны быть основаны на анализе сложившейся структуры медицинской помощи на территории, особенностях демографического состава, уровней оказания медицинской помощи и структуры заболеваемости населения.

После процедуры предварительной проверки, корректировки и согласования, муниципальные задания территорий предоставляются для утверждения в Территориальный фонд ОМС, Департамент охраны здоровья населения и в Администрацию муниципального образования.

В течение последних лет формировался определенный подход к расчету муниципальных заданий, который был основан на многофакторном анализе ситуации, сложившейся в здравоохранении, и требовал обработки больших массивов информации. Эта информация обрабатывалась на основе электронных таблиц Excel.

В 2003 году специалистами Территориального Фонда разработана и внедрена первая очередь программного обеспечения «Расчет муниципальных заданий территорий Кемеровской области на оказание населению бесплатной медицинской помощи в рамках ТПГГ». Необходимость разработки данного программного продукта была продиктована тем, что расчет муниципального задания в электронных таблицах Excel не исключал возможности ошибок из-за очень большого

объема табличного материала. Кроме того, процедура проверки данных при согласовании муниципального задания при таком способе расчета была очень трудоемкой.

Разработанная программа позволяет в автоматизированном режиме планировать потоки жителей на лечение в медицинских учреждениях своей территории и в лечебных учреждениях за ее пределами. Также с помощью программы можно проводить расчет стоимости муниципального задания территории и получать выходные формы по основным объемным и финансовым показателям медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС.

Информационной основой, помогающей проводить планирование объемов медицинской помощи, оценивать деятельность медицинских учреждений, осуществлять непрерывный мониторинг исполнения плановых показателей, стала общерегиональная база случаев оказания стационарной медицинской помощи застрахованному по ОМС населению Кемеровской области. Это — электронная база данных, сформированная на основе реестров пролеченных в стационарах области и содержащая практически всю информацию, отраженную в реестрах.

Объемные показатели по видам медицинской помощи утверждаются в муниципальном задании по двум направлениям:

- для жителей территории, с учетом потоков больных, в медицинские учреждения, как своей территории, так и других территорий области (включая ведомственные и областные);
- для медицинских учреждений, находящихся на территории муниципального образования.

Муниципальные задания для медицинских учреждений территории включают объемы для жителей своей территории, для больных с других территорий области и инообластных жителей и отражают деятельность медицинских учреждений территории в системе ОМС.

В качестве примера формирования задания на оказание медицинской помощи жителям в медицинском учреждении своей территории приведен фрагмент таблицы (рис. 1). Планирование проводится с учетом:

- уровня оказания медицинской помощи (клинический, городской, районный);
- профилей оказания медицинской помощи;
- этапов оказания медицинской помощи (интенсивный этап и долечивание).

Таблица содержит информацию о количестве пролеченных и проведенных ими койко-днях на этапах оказания медицинской помощи, а также стоимость лечения указанных объемов помощи. Стоимость интенсивного этапа связана с уровнем оказания медицинской помощи и с профилем. Стоимость этапа долечивания не дифференцируется по уровням и профилям.

Рисунок 1

Пример таблицы для формирования задания на оказание стационарной медицинской помощи жителям территории

Объекты стационарной помощи

Период, территория, ППУ Показатели

Стационар ГЕ1 Категория "Б"

Выборить период категорию Субъект оказания медицинской помощи

Категория "Б" жители

| Профиль |                                | Количество |       | Количество койко-дней |        | Стоимость  |            |           |
|---------|--------------------------------|------------|-------|-----------------------|--------|------------|------------|-----------|
| Код     | Наименование                   | пролеч.    | кооп. | интенс.               | долеч. | интенс.    | долеч.     | общая     |
| 1       | Кардиологическое               | 645        | 33,6  | 6760,0                | 4647,5 | 2305836,00 | 825070,68  | 3130906,6 |
| 9       | Терапевтическое (общее)        | 700        | 24,7  | 5600,0                | 2800,0 | 1879072,00 | 497084,00  | 2375156,0 |
| 11      | Травматологическое             | 1075       | 48,9  | 7525,0                | 8600,0 | 3490998,00 | 1526758,00 | 5017756,0 |
| 15      | Термические поражения          | 110        | 7,7   | 1540,0                | 990,0  | 996580,20  | 175754,70  | 1172334,9 |
| 33      | Отоларингологическое           | 740        | 20,2  | 4440,0                | 2220,0 | 1831500,00 | 394116,60  | 2225616,6 |
| 34      | Офтальмологическое             | 630        | 17,2  | 3780,0                | 1890,0 | 1548930,80 | 335531,70  | 1884462,3 |
| 35      | Неврологическое                | 980        | 43,2  | 7840,0                | 6860,0 | 2931219,20 | 1217855,80 | 4149075,0 |
| 36      | Дерматологическое взрослое     | 200        | 9,7   | 2200,0                | 1000,0 | 731808,00  | 177530,00  | 909338,0  |
| 37      | Инфекционное взрослое          | 915        | 29,3  | 4575,0                | 4575,0 | 1861659,00 | 812193,75  | 2673852,7 |
| 24      | Хирургическое                  | 1600       | 48,5  | 8000,0                | 8000,0 | 3395820,00 | 1420240,00 | 5356160,0 |
| 30      | Онкологическое: общая хирургия | 503        | 22,9  | 6036,0                | 1509,0 | 3929892,76 | 267892,77  | 4196785,5 |
| 58      | Детское инфекционное           | 1540       | 51,3  | 7700,0                | 7700,0 | 3608836,00 | 1366981,00 | 4975817,0 |

Рассчитать Рассчитать все Добавить все профили

Программа содержит справочники нормативных показателей деятельности медицинских учреждений по видам, профилям и уровням оказания медицинской помощи и соответствующих им тарифов финансовых затрат, ежегодно

утверждаемые областной согласительной комиссией. На рисунке 2 приведен фрагмент справочника нормативных показателей работы койки и средней длительности лечения с указанием доли интенсивного этапа и этапа долечивания.

Рисунок 2

Фрагмент справочника нормативных показателей работы койки

Нормативные показатели работы койки и средней длительности лечения

Год 2004

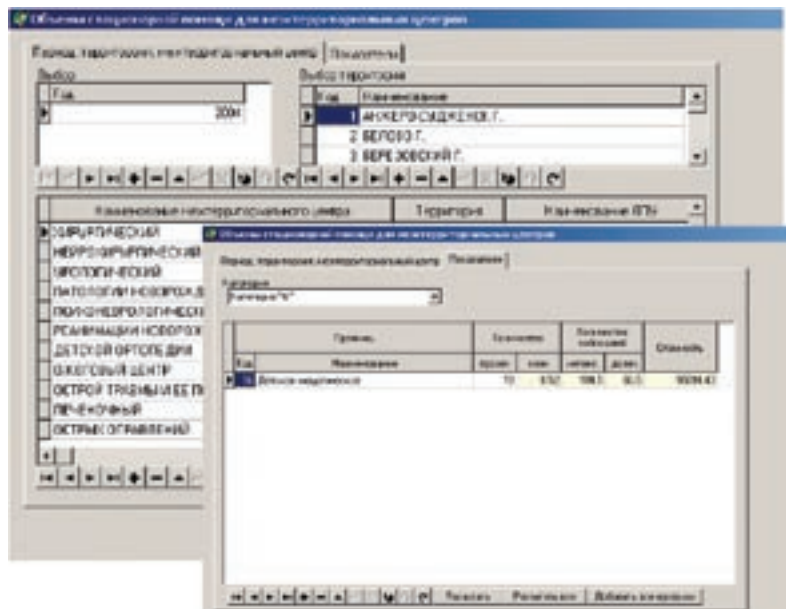
| N  | Профиль                          |     | Категория отделения |               | Работа койки, ден. | Доля интенсивного этапа | Средняя длительность лечения |                  | Статус | Дл. нахождения койки |
|----|----------------------------------|-----|---------------------|---------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|--------|----------------------|
|    | Наименование                     | Код | Код                 | Наименование  |                    |                         | Интенсивный этап             | Этап долечивания |        |                      |
| 81 | Услуги приемного отделения       | 84  | 1                   | Не определено | 340,00             | 100,00                  | 1,0                          | 0,0              | 0      | 23.01                |
| 82 | Госпитализация родственных лиц   | 85  | 1                   | Не определено | 340,00             | 0,00                    | 0,0                          | 1,0              | 0      | 23.01                |
| 1  | Кардиологическое                 | 1   | 1                   | Категория "А" | 340,00             | 59,30                   | 8,0                          | 5,5              | 0      | 06.01                |
| 2  | Острый коронарный синдром        | 74  | 1                   | Категория "А" | 340,00             | 81,30                   | 13,0                         | 3,0              | 0      | 06.01                |
| 3  | Кардиохирургическое: в условиях  | 20  | 1                   | Категория "А" | 320,00             | 86,00                   | 24,5                         | 4,0              | 0      | 06.01                |
| 4  | Кардиохирургическое: без протеза | 77  | 1                   | Категория "А" | 320,00             | 50,00                   | 6,5                          | 6,5              | 0      | 06.01                |
| 5  | Гастроэнтерологическое           | 3   | 1                   | Категория "А" | 340,00             | 60,00                   | 9,0                          | 6,0              | 0      | 06.01                |
| 6  | Пульмонологическое               | 4   | 1                   | Категория "А" | 330,00             | 66,70                   | 10,0                         | 5,0              | 0      | 06.01                |
| 7  | Эндокринологическое              | 5   | 1                   | Категория "А" | 340,00             | 66,70                   | 10,0                         | 5,0              | 0      | 06.01                |
| 8  | Эндокринной хирургии             | 22  | 1                   | Категория "А" | 330,00             | 36,50                   | 5,0                          | 8,0              | 0      | 06.01                |
| 9  | Неврологическое                  | 6   | 1                   | Категория "А" | 340,00             | 50,00                   | 8,5                          | 8,5              | 0      | 06.01                |



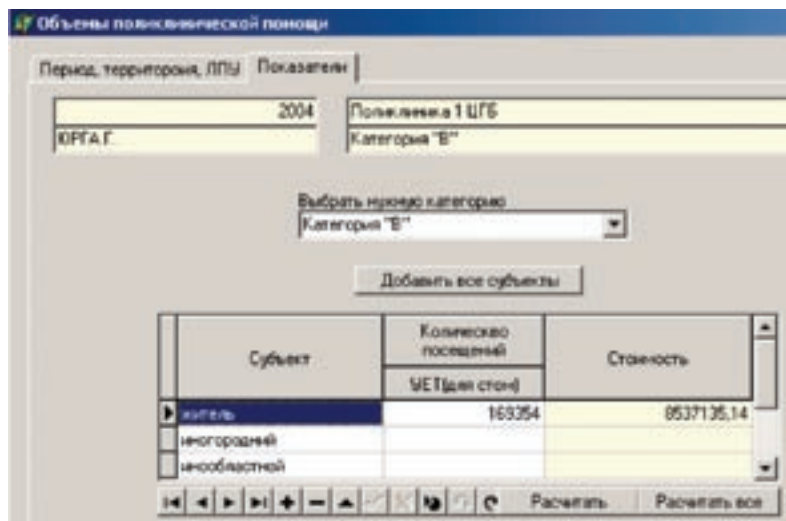
Также, в качестве примера, на рисунке 3 приведен фрагмент таблицы, содержащей сведения о планировании медицинской помощи жителям за пределами территории проживания, в межтерриториальных специализированных отделениях и центрах. Указанные центры созданы на базе муниципальных лечебных учреждений и имеют высокий удельный вес специалистов высшей квалификационной категории, хоро-

шую материальную базу, высокие медицинские технологии. Их финансирование осуществляется по специальным тарифам, превышающим среднепрофильные.

Программа позволяет в автоматизированном режиме планировать объемы и финансовые затраты на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и в условиях стационаро-замещающих технологий (рис. 4).



**Рисунок 3**  
Пример таблицы со сведениями о планировании потоков больных в межтерриториальные центры



**Рисунок 4**  
Фрагмент таблицы на формирование задания по амбулаторно-поликлинической помощи

В заключение следует отметить, что предусмотренное программой комплексное планирование объемных и финансовых показателей медицин-

ской помощи является перспективным направлением системы обязательного медицинского страхования.

## МОНИТОРИНГ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ КАК ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ТЕРРИТОРИЙ

**М**ониторинг объемов бесплатной медицинской помощи в рамках муниципального задания территории прочно вошел в систему управления качеством медицинской помощи на территории Кемеровской области и стал столь же естественным спутником обязательного медицинского страхования, как и первый вопрос пациенту на приеме у врача: «На что жалуетесь?»

Мониторинг позволяет реально оценить эффективность усилий органов управления здравоохранением, Территориального Фонда ОМС в совершенствовании работы страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений. Кроме того, результаты мониторинга дают пищу для размышления всем, кто причастен к разработке стратегии и тактики реформирования здравоохранения.

Мониторинг медицинской помощи населению Кемеровской области в разрезе муниципальных образований, который проводится Исполнительной дирекцией Территориального Фонда ОМС с 2001 года, стал новым источником информации о деятельности лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в системе ОМС.

Информация об объемах медицинской помощи по завершении отчетного периода формируется в учреждениях здравоохранения и направляется в Территориальный Фонд ОМС в виде сведений, содержащихся в форме № 14 «Сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинскими учреждениями». Исполнительной дирекцией Территориального Фонда ОМС ежеквартально анализируются виды медицинской помощи, присутствующие в территориальной программе ОМС:

- стационарная медицинская помощь;
- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационаро-замещающие технологии (дневной стационар, стационар на дому, центр амбулаторной хирургии).

Анализ организации работы стационара основан на показателях использования коечного фонда: среднего числа работы койки в году, степени выполнения плана койко-дней, средней продолжительности пребывания больного на койке. В качестве примера в таблице 1 приведен фрагмент мониторинга.

Для проведения анализа деятельности амбулаторно-поликлинической службы рассчитывается количество посещений. В таблице 2 при-

**Таблица 1**  
**Фрагмент мониторинга стационарной медицинской помощи,**  
**определяющий количество к/дней по отношению к 2003 г. в разрезе территорий**

| Территории  | Койко-дни стационара (динамика) |                         |                 |                         |                 |                         |                 |                         |
|-------------|---------------------------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------|
|             | план<br>2001 г.                 |                         | факт<br>2001 г. |                         | план<br>2002 г. |                         | факт<br>2002 г. |                         |
|             | темп<br>роста                   | темп<br>прироста<br>(%) | темп<br>роста   | темп<br>прироста<br>(%) | темп<br>роста   | темп<br>прироста<br>(%) | темп<br>роста   | темп<br>прироста<br>(%) |
| А-Судженск  | 3065                            | 2                       | -680            | 0                       | -4205           | -3                      | -6236           | -4                      |
| Белово      | -15301                          | -5                      | -28926          | -8                      | -4468           | -1                      | -14086          | -4                      |
| Березовский | -3295                           | -4                      | -6094           | -8                      | -3947           | -5                      | 2567            | 4                       |
| Гурьевск    | 73                              | 0                       | 269             | 0                       | -1459           | -2                      | 2062            | 4                       |
| Калтан      | -113                            | -1                      | -99             | 0                       | 87              | 0                       | -468            | -2                      |
| Кемерово    | 327605                          | 26                      | -5155           | 0                       | 91936           | 6                       | -21181          | -1                      |
| Киселевск   | -2783                           | -1                      | -5367           | -3                      | -5305           | -3                      | 3158            | 2                       |
| Л-Кузнецкий | 12797                           | 5                       | 5712            | 2                       | 15024           | 6                       | -18184          | -7                      |

Таблица 2

**Фрагмент мониторинга амбулаторно-поликлинической помощи определяющий количество посещений по отношению к 2003 г.**

| Территории  | Посещения (динамика) |                   |              |                   |              |                   |              |                   |
|-------------|----------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|
|             | план 2001 г.         |                   | факт 2001 г. |                   | план 2002 г. |                   | факт 2002 г. |                   |
|             | темп роста           | темп прироста (%) | темп роста   | темп прироста (%) | темп роста   | темп прироста (%) | темп роста   | темп прироста (%) |
| А-Судженск  | -10598               | -1                | -25919       | -3                | 12293        | 1                 | -26114       | -3                |
| Белово      | -49433               | -3                | 5773         | 0                 | -9784        | -1                | -32502       | -2                |
| Березовский | -8197                | -2                | -16466       | -3                | -3913        | -1                | 13330        | 3                 |
| Гурьевск    | -2180                | -1                | 5422         | 2                 | 18545        | 6                 | -7045        | -2                |

веден фрагмент мониторинга поликлинической помощи.

По стационаро-замещающим технологиям анализируются количество койко-дней и среднее пребывание в дневных стационарах и стационарах на дому, количество медицинских услуг, оказанных в центрах амбулаторной хирургии. В таблице 3 приведен фрагмент мониторинга стационаро-замещающих видов помощи.

Таким образом:

- мониторинг является той базой данных, изучение которой позволяет определять структуру и объемы медицинской помощи, включаемые в территориальную программу ОМС;

- мониторинг позволяет рассматривать перспективные направления повышения эффективности использования коечного фонда территории.

Кроме мониторинга объемных показателей муниципальных заданий, Исполнительной дирекцией ТФ ОМС анализируется потребление меди-

цинской помощи жителями на своей территории и за ее пределами в разрезе муниципальных, ведомственных и областных лечебных учреждений.

В таблице 4 приведен фрагмент анализа удельного веса стационарной медицинской помощи, полученной жителями на своей территории и за ее пределами.

Сравнительный анализ указанных показателей, проведенный за последние три года, дает возможность вести учет потребления медицинской помощи жителями на территории муниципального образования и за ее пределами в разрезе муниципальных, областных и ведомственных лечебных учреждений.

Полученные данные позволяют проводить процедуру предварительного планирования и согласования объемов, структуры и условий предоставления медицинской помощи с каждым муниципальным образованием, учитывая территориальные особенности медицинского обслуживания. Мониторинг медицинской помощи

Таблица 3

**Фрагмент мониторинга стационаро-замещающих технологий, определяющий среднее пребывание больного по отношению к 2003 г.**

| Территории   | Динамика                          |                   |            |                   |                                   |                   |            |                   |                                  |                   |            |                   |
|--------------|-----------------------------------|-------------------|------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|------------|-------------------|
|              | Среднее пребывание на койке в ДСС |                   |            |                   | Среднее пребывание на койке в ДСП |                   |            |                   | Среднее пребывание на койке в СД |                   |            |                   |
|              | 2001 г.                           |                   | 2002 г.    |                   | 2001 г.                           |                   | 2002 г.    |                   | 2001 г.                          |                   | 2002 г.    |                   |
|              | темп роста                        | темп прироста (%) | темп роста | темп прироста (%) | темп роста                        | темп прироста (%) | темп роста | темп прироста (%) | темп роста                       | темп прироста (%) | темп роста | темп прироста (%) |
| Мариинск     | -0,2                              | -3                | 0,3        | 6                 | 0,3                               | 4                 | 0,3        | 4                 | 0,0                              | 0                 | 0,0        | 0                 |
| Междуреченск | 0,0                               | 0                 | 0,0        | 0                 | -0,1                              | -1                | -0,6       | -8                | 0,3                              | 3                 | -0,9       | -9                |
| Мыски        | 0,0                               | 0                 | 0,0        | 0                 | -0,3                              | -4                | -0,5       | -7                | 1,0                              | 17                | -0,2       | -3                |
| Новокузнецк  | -0,3                              | -5                | -0,2       | -5                | 0,3                               | 4                 | -0,1       | -1                | 0,7                              | 7                 | 0,4        | 4                 |



**Таблица 4**  
**Пример анализа удельного веса стационарной медицинской помощи,**  
**полученной жителями некоторых территорий в 2003 году**

| Территории          | К/дн для жителей в мед. учреж-<br>дений своей территории |                                                     | К/дн для жителей в мед. учреж-<br>дений других территорий |                                                     | Итого<br>койко-дней<br>для жителей |
|---------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
|                     | итого к/дн                                               | уд. вес в общем<br>объеме к/дней для<br>жителей (%) | итого к/дн                                                | уд. вес в общем<br>объеме к/дней для<br>жителей (%) |                                    |
| Анжеро-Судженск     | 140954                                                   | 81                                                  | 32660                                                     | 19                                                  | 173614                             |
| Калтан              | 21171                                                    | 41                                                  | 30339                                                     | 59                                                  | 51510                              |
| Кемерово            | 1070274                                                  | 98                                                  | 17399                                                     | 2                                                   | 1087673                            |
| Киселевск           | 193637                                                   | 79                                                  | 50391                                                     | 21                                                  | 244028                             |
| Ленинск-Кузнецкий   | 174725                                                   | 71                                                  | 71630                                                     | 29                                                  | 246355                             |
| Полысаево           | 29683                                                    | 45                                                  | 35844                                                     | 55                                                  | 65527                              |
| Беловский район     | 34441                                                    | 59                                                  | 23699                                                     | 41                                                  | 58140                              |
| Гурьевский район    | 0                                                        | 0                                                   | 16395                                                     | 100                                                 | 16395                              |
| Кемеровский район   | 48874                                                    | 50                                                  | 48382                                                     | 50                                                  | 97256                              |
| Крапивинский район  | 41543                                                    | 68                                                  | 19800                                                     | 32                                                  | 61343                              |
| Л-Кузнецкий район   | 21435                                                    | 43                                                  | 28120                                                     | 57                                                  | 49555                              |
| Новокузнецкий район | 57453                                                    | 49                                                  | 59826                                                     | 51                                                  | 117279                             |
| Тисульский район    | 50233                                                    | 81                                                  | 11571                                                     | 19                                                  | 61804                              |
| ИТОГО:              | 5256019                                                  | 83                                                  | 1050008                                                   | 17                                                  | 6306027                            |

населению лежит в основе информационного обеспечения процессов формирования муниципальных заданий и Территориальной программы ОМС.



## О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВНЕДРЕНИЮ ЭЛЕКТРОННЫХ МЕТОДОВ СВЕРКИ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТЕ СТРАХОВАНИЯ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Совместными усилиями Территориального Фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций, работающих в системе по ОМС на территории Кемеровской области, с 2000 года в ТФ ОМС создан и успешно используется всеми участниками системы ОМС ценный информационный ресурс — единая Интегрированная база данных застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Для выполнения стоящих перед Фондом задач по обеспечению всеобщности обязательного медицинского страхования, в июне 2001 г., совместным решением ИД ТФ ОМС и МУП «Управление здравоохранением» г. Кемерово, была принята Программа электронной сверки информации о факте страхования при обращении пациентов за стационарной медицинской помощью при госпитализации в стационар.

Принятие этой Программы преследовало следующие цели:

- направление медицинскими учреждениями потоков реестров надлежащим адресатам,
- получение медицинскими учреждениями своевременного финансирования за пролеченных;
- включение в реестры по всеобщности граждан, не застрахованных по ОМС.

Учитывая, что на территории Кузбасса в системе ОМС работают 6 страховых медицинских организаций, имеющих сеть филиалов и представительств в разных городах и районах, а также один страхующий филиал Фонда, электронная сверка информации о факте страхования гражданина представляет интерес для всех участников процесса.

Сверка факта страхования гражданина с данными Интегрированной базы данных застрахованных по ОМС Кемеровской области может производиться несколькими способами.

**Первый вариант** — автоматизированная сверка, которая предусматривает участие оператора в процессе обработки сверяемых данных.

Схема электронной сверки «работает» следующим образом. Стационары ежедневно, в согласованном формате, передают сведения о госпитализированных гражданах в Фонд (как о тех пациентах, которые поступили в медицинское

учреждение в экстренном порядке, так и о плановых больных). Наличие либо отсутствие страхового полиса ОМС у пациента не имеет значения, так как имеют место случаи, когда граждане предъявляют недействительные либо утратившие силу полисы. Специалист ТФ ОМС проводит сверку полученных данных о поступивших в стационары гражданах с единой базой застрахованных для установления факта страхования в конкретной страховой медицинской организации либо его отсутствия. Обмен информацией осуществляется по электронной почте в течение 24-х часов. Таким образом, уточненные сведения о пациенте известны уже в первые сутки с момента госпитализации.

Программа предварительной сверки информации о факте страхования граждан постоянно совершенствуется. С 2002 года установлен автоматический режим проверки, что значительно сократило время обработки реестров из приемных покоев.

Автоматический режим сверки заключается в следующем. Программа автоматически «прогоняет» весь список пациентов через единую базу данных застрахованных. При этом на экране красным цветом выделяются параметры тех пациентов, факт страхования которых подтвержден и данные ЛПУ полностью совпали с Интегрированной базой данных застрахованных ТФ ОМС. Эти случаи не подвергаются дальнейшей обработке специалистом Фонда, так как они уже «помечены» как застрахованные и у них «указаны» все необходимые атрибуты (в том числе, номер страхового полиса ОМС и номер договора страхования). Желтым цветом «выделены» застрахованные, сведения о которых в базе данных присутствуют два или более раз (одновременно застрахован двумя или более страховщиками. В данном случае специалист, который работает с Программой, выбирает запись с более поздней датой выдачи полиса — в эту СМО медицинское учреждение должно направить реестр на оплату (такой механизм наибольшим образом соответствует действующему законодательству). Тех пациентов, которые на экране остались на белом поле, Программа сверки не обнаружила в единой базе данных

застрахованных ТФ ОМС. Это может быть вызвано следующими причинами:

- медицинским учреждением неправильно указаны регистрационные атрибуты пациента (ошибка в фамилии, имени или отчестве; ошибочная дата рождения; другой домашний адрес; неправильно указаны серия и номер полиса ОМС);

- регистрационные атрибуты указаны правильно, но в том месяце, когда осуществляется сверка, полис ОМС пациента уже утратил силу (договор ОМС со Страхователем расторгнут, застрахованный уволился с предприятия, выбыл с территории и т.д.).

В этих случаях специалист Фонда, который работает с Программой, использует различные варианты поиска застрахованного в базе данных, которые возможны:

- по фамилии и инициалам;
- без фамилии — по имени, отчеству, дате рождения;
- только по номеру полиса и т.д.

Обнаружив застрахованного, специалист Фонда самостоятельно принимает решение, тот ли это пациент.

Таким образом, максимально используются все возможные варианты электронной сверки пациентов.

В 2003 году появилась возможность автоматизированного получения выходных форм «Анализ реестров за конкретный период», которая содержит сводную информацию обо всех обработанных электронных реестрах в разрезе медицинских учреждений и позволяет проводить сравнительный анализ результативности этой работы.

В этой связи хотелось бы отметить, что ТФ ОМС Кемеровской области, зная о трудностях медицинских учреждений, связанных с отсутствием компьютерной техники, каналов электронной связи и обученного персонала, со своей стороны изыскивает возможности и принимает конкретные меры по техническому обеспечению ЛПУ в целях дальнейшего внедрения этого важного направления нашей совместной деятельности.

Результативность сверки информации о факте страхования граждан с каждым годом растет. Во-первых, из общего числа случаев, в которых Фондом подтвержден факт страхования пациентов, практически в 50 % (половине) случаев нами были дополнительно указаны номера полисов для медицинских учреждений. Это позволило направить потоки реестров надлежащим адресатам-Страховщикам, уменьшить трудозатраты специалистов, формирующих в ЛПУ счета-реестры, получить своевременно оплату за пролеченных, оперативно решать с Фондом и

страховщиками вопросы о видах и объемах медицинской помощи. Во-вторых, проводимая с ЛПУ сверка информации о факте страхования позволила выявлять случаи, когда пациенты, уволенные и не работающие на предприятиях, выбывшие с территорий и др., предъявляют в медицинские учреждения недействительные полисы ОМС, своевременно не изъятые страховщиками. В связи с этим, в Договоры о финансировании со СМО с 2003 года включено дополнительное условие об ответственности страховщиков по оплате медицинских услуг, оказанных этим гражданам. Считаем, что такой финансовый рычаг заставит страховые медицинские организации усилить контроль за возвратом недействительных полисов ОМС предприятиями-Страхователями. В-третьих, что крайне важно, на наш взгляд, видна отчетливая тенденция к росту объемов информации, поступающей из медицинских учреждений в Фонд для электронной сверки факта страхования граждан при их обращении за медицинской помощью. Это свидетельствует о практической заинтересованности самих медиков во внедрении и дальнейшей реализации этого проекта.

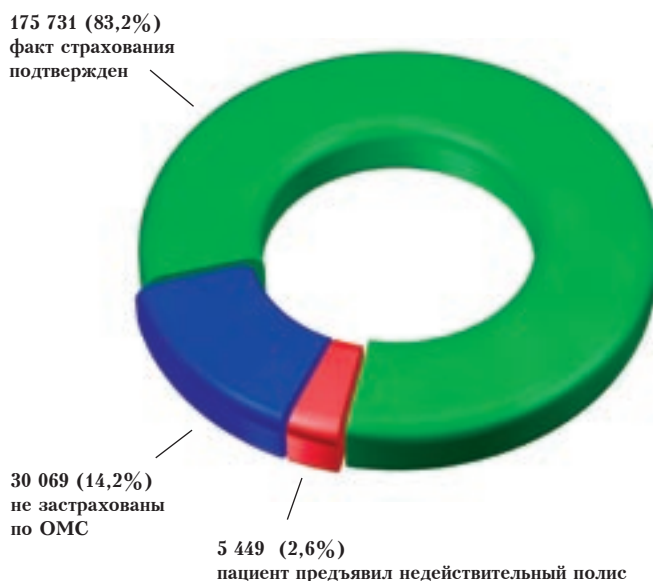
Что дает предварительная сверка информации о факте страхования для самого пациента?

- уменьшаются случаи отказов в госпитализации;

- пациент, в случаях, если факт его страхования подтвердился, получает медицинскую помощь в полном объеме.

Что дает предварительная сверка информации о факте страхования граждан для медицинских учреждений?

**Диаграмма**  
**Сравнительные показатели результативности сверки информации о факте страхования граждан за 3 года**



- своевременно определяются объемы оказания медицинской помощи конкретному гражданину;

- сокращаются сроки оборота реестров и их оплаты страховыми медицинскими организациями при подтверждении факта страхования граждан и, соответственно, Фондом (его филиалами) в тех случаях, когда факт страхования не подтвержден;

- появляется возможность своевременно получить средства в объеме полного тарифа по ОМС при подтверждении факта страхования и дополнительно средств за расходные материалы по согласованным для них тарифам.

Что дает предварительная сверка информации о факте страхования граждан для ТФ ОМС и страховых медицинских организаций?

- сверка позволяет выявлять случаи предъявления гражданами в медицинские учреждения недействительных полисов ОМС, своевременно не изъятых Страховщиком (уволенных с предприятий, выбывших с территорий граждан и т.д.) — эти случаи, в соответствии с условиями Договоров о финансировании, предъявляются на оплату в СМО;

- появляется возможность реальной оценки охвата обязательным медицинским страхованием жителей Кузбасса.

Что дает предварительная сверка информации о факте страхования граждан для системы ОМС в целом?

- своевременно корректируется единая база данных застрахованных по ОМС;

- решаются вопросы обеспечения всеобщности обязательного медицинского страхования;

- снижаются финансовые затраты по всеобщности;

- повышается культура страхования среди населения.

Как позитивный момент внедрения электронной сверки информации о факте страхования граждан следует отметить, что число обнаруживаемых застрахованных граждан в реестрах по всеобщности, представленных медицинскими учреждениями Кемеровской области, постепенно снижается.

Качество реестров по всеобщности, предоставляемых медицинскими учреждениями в Фонд, постепенно улучшается. Меньше претензий поступает в медицинские учреждения и от страховщиков, так как информация о застрахованных в реестрах на оплату становится более достоверной и полной, потоки реестров на оплату направляются надлежащим адресатам-страховщикам.

На сегодняшний день специалистами Исполнительной дирекции ТФ ОМС проводится работа по дальнейшему внедрению программного обеспечения задачи электронной сверки информации о факте страхования при обращении граждан за медицинской помощью в филиалах ТФ ОМС и

медицинских учреждениях на территориях Кемеровской области, располагающих необходимым техническим оснащением — персональными компьютерами и средствами электронной связи. По этому проекту уже сегодня работают несколько филиалов Фонда.

**Второй вариант** сверки факта страхования гражданина с данными базы застрахованных — это тотальная автоматическая сверка с использованием доступа к автоматическому почтовому ящику. Технология предназначена для использования в СМО и ЛПУ, которые по каким-либо причинам не могут участвовать в 1-м варианте электронной сверки (в ЛПУ — проверка на наличие полиса у гражданина, обратившегося за медицинской помощью, в СМО — проверка на предмет «застрахованности» гражданина в другой СМО в момент страхования с целью исключения случаев «двойного» страхования). С ее помощью можно проверить наличие страхового медицинского полиса у гражданина на момент выполнения запроса или проверить действительность полиса с заданным номером. Также можно получить реквизиты застрахованного лица, номер договора страхования, дату выдачи полиса и наименование СМО.

Основой технологии является программа «Автоматический почтовый ящик». Она установлена на сервере Исполнительной дирекции Фонда, содержащем Интегрированную базу данных застрахованных, и предназначена для периодического просмотра специального электронного почтового ящика.

При получении новых сообщений эта программа извлекает их из почтового ящика, проводит дешифрацию, извлекает файлы вложения, выполняет сверку содержимого файлов вложения с Базой данных застрахованных и отправляет обработанную информацию отправителю. Файлы вложения должны быть таблицами заранее оговоренного формата либо архивами, содержащими такие таблицы. Имена файлов могут быть длинными, также разрешается использовать русские буквы. Одно сообщение может содержать несколько файлов вложения.

Таким образом, от клиента требуется только заполнить таблицы и отправить на адрес автоматического почтового ящика. После отправки сообщение становится в очередь на обработку, обрабатывается и затем отправляется ответ. Время, затраченное сервером на обработку и отправку ответа, определяется количеством записей, подлежащих проверке и общей загрузкой сервера. Оценочно можно принять 1 мин. + 45 сек. на каждую тысячу записей. Через несколько минут на почтовый ящик клиента придет ответ — проверенные таблицы. Клиент может извлечь эти таблицы и просматривать любым удобным ему способом.

Чтобы стать клиентом автоматического почтового ящика, необходимо зарегистрироваться. Целью регистрации является ограничение круга лиц и организаций, допущенных к работе с автоматической проверкой реестров. Такое ограничение является необходимым, так как получаемая в результате информация предназначена для использования только субъектами и участниками системы ОМС.

В качестве еще одной меры по защите информации от несанкционированного доступа принято следующее ограничение — клиент должен быть зарегистрирован на почтовом сервере ИД ТФ ОМС и отсылать запросы на автоматический почтовый ящик только с почтового сервера ИД ТФ ОМС. Эта технология внедрена с июля 2003 г. На сегодняшний день ею регулярно пользуются крупные лечебные учреждения гг. Новокузнецка, Междуреченска, а также страховые медицинские организации и их филиалы (ОБК «Кузбасс», «БК-Сибпром»).

В 2002 году в ТФ ОМС Кемеровской области создана «Информационно-справочная система Территориального фонда обязательного медицинского страхования по Кемеровской области» (ИСС) с доступом через сеть Интернет по адресу: [www.kemoms.ru](http://www.kemoms.ru). ИСС имеет общедоступную и закрытую части.

В закрытой части ИСС для зарегистрированных пользователей реализован режим интерак-

тивной проверки действительности полисов ОМС — это **третий способ** сверки информации о факте страхования граждан.

Задавая определенный набор регистрационных атрибутов гражданина (фамилия, имя, отчество; дата рождения; номер паспорта либо полиса ОМС), можно получить информацию о застрахованном по обязательному медицинскому страхованию, в том числе номер договора страхования и дату выдачи полиса ОМС. Дополнительно кликнув указателем в соответствующей ссылке в таблице, можно получить следующие сведения:

- наименование территории,
- наименование страховой компании,
- наименование представительства,
- наименование предприятия-Страхователя.

Никакой дополнительной информации о застрахованном (адрес, паспортные данные и др. конфиденциальной информации) в этом режиме получить нельзя.

Каждый из описанных методов электронной сверки о факте страхования граждан имеет и достоинства, и недостатки.

**Первый метод** с участием оператора является трудоемким и затратным по времени, но при этом специалистом дополнительно просматривается и обрабатывается большой массив информации с использованием всех возможных вариантов поиска. Таким образом, результативность этого метода наиболее высокая.



**Второй метод** удобен тем, что за небольшой временной промежуток, без участия «человеческого ресурса», автоматически может быть обработан неограниченный массив информации. Достоверность этого метода, соответственно, ниже, так как положительный результат (подтверждение факта страхования) может быть получен только при условии полного соответствия всех регистрационных атрибутов гражданина. В случаях какой-либо незначительной ошибки (опечатки) в фамилии, имени, отчестве, дате рождения и т.д., Программа обработки не распознает застрахованного в присланном списке и медицинское учреждение (либо СМО) получит отрицательный ответ.

**Третий метод** является наиболее дорогостоящим из всех 3-х, так как требует наличия надежной связи и, к сожалению, неприемлем для

большинства медицинских учреждений. При этом скорость получения информации о застрахованном в данном случае самая высокая, получить данные о застрахованном можно сразу. Этим методом пользуются, в основном, страховщики, когда необходимо подтвердить факт страхования гражданина в момент его непосредственного обращения в СМО.

Резюмируя все вышесказанное можно отметить, что отработанные нами технологии электронной сверки информации о факте страхования граждан не требуют дорогостоящей техники и доступны для медицинских учреждений.

Учитывая актуальность проводимой работы мы считаем, что следует продолжить дальнейшее внедрение соответствующего программного обеспечения на территории Кемеровской области.



## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004 Г.

Одной из основных задач Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее — ТФ ОМС) является обеспечение защиты прав граждан при получении медицинской и лекарственной помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее — ОМС).

Благодаря активной работе страховых медицинских организаций (далее — СМО) и ТФ ОМС, в Кемеровской области постоянно совершенствуется региональная нормативно-правовая база по защите прав граждан в системе ОМС.

В 2004 г., как и в предыдущие годы, Законом Кемеровской области была принята Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, согласованы и утверждены муниципальные задания территорий, гарантирующие населению области оказание медицинской помощи в объемах, соответствующих финансированию.

С целью реализации прав граждан на медицинскую помощь были разработаны и утверждены областной Согласительной комиссией «Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области», «Положение об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области».

Для решения организационно-правовых вопросов по обеспечению интересов граждан, на территории области функционирует и продолжает развиваться система защиты прав граждан в лице одноименных служб СМО, отдела организации защиты прав граждан Исполнительной дирекции ТФ ОМС Кемеровской области и специалистов по защите прав граждан в филиалах фонда.

Особо следует выделить деятельность ТФ ОМС по обеспечению всеобщности ОМС.

Обеспечение всеобщности ОМС — есть механизм реализации гарантированного государством права граждан Российской Федерации, как застрахованных, так и не застрахованных, а также лиц, имеющих в установленном законодательством порядке статусы вынужденных переселенцев и беженцев, получать бесплатную неотложную и плановую медицинскую помощь, включая медикаментозное обеспечение, в соответствии с принятыми Базовой и Территориальной программами обязательного медицинского страхования.

В 2004 году в системе ОМС Кемеровской области деятельность по защите прав граждан осуществляли 75 штатных специалистов и 211 внешних медицинских экспертов, из которых 97 %

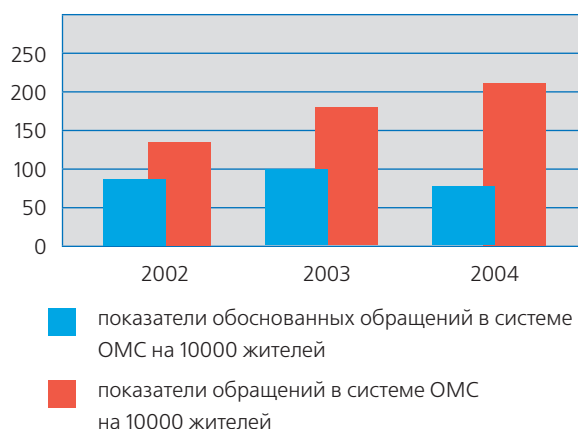
имеют квалификационные категории, 46 % — ученые степени.

В 2004 году службами защиты прав граждан системы ОМС зарегистрировано 60209 обращений или 206,3 на 10000 населения, что в 1,2 раза больше, чем в 2003 г., и в 1,5 раза больше, чем в 2002 г.

Данная ситуация связана с возрастающей информированностью граждан о правах по ОМС и возможностью их защиты через СМО и ТФ ОМС.

Несмотря на рост в 2004 году количества обращений граждан, удельный вес обоснованных обращений продолжает снижаться. Так, в течение последних лет, удельный вес обоснованных обращений в общем числе обращений составил, соответственно: 2002 г. — 63 %, 2003 г. — 56 %, 2004 г. — 36 %.

**Диаграмма 1**  
**Показатели обращений граждан в системе ОМС**  
**Кемеровской области за 2002-2004 гг.**



Причинами обоснованных обращений, занимающих в 2004 году наибольший удельный вес, были следующие:

- недостатки в лекарственном обеспечении — 73 %;
- взимание средств за медицинскую помощь, оказанную в рамках ОМС — 12 %;
- выбор медицинского учреждения в системе ОМС — 9 %;
- обеспечение полисами ОМС — 3,2 %;
- нарушения в организации работы медицинских учреждений системы ОМС — 0,8 %;

- качество медицинской помощи — 0,5 %;
- отказ в оказании медицинской помощи по ОМС — 0,3 % и др.

**Структура обоснованных обращений в системе ОМС за 2004 г.**



Досудебное разрешение споров между субъектами ОМС Кемеровской области остается приоритетным направлением в деятельности по защите прав граждан. В досудебном порядке в 2004 году было удовлетворено с материальным возмещением гражданам более 15 тыс. обращений или 71 % (2003 г. — 47 %, 2002 г. — 41 %). Средняя сумма возмещения по каждому удовлетворенному обращению составила 1036 руб. (2003 г. — 943 руб., 2002 г. — 906 руб.).

В судебном производстве на конец 2004 года находились 31 судебный иск на качество медицинской помощи (2003 г. — 34, 2002 г. — 45). Истцами в 87 % случаев выступали пациенты. За год было рассмотрено 14 исков. Удовлетворено в пользу граждан 6 рассмотренных исков или 43 %. Сумма возмещения по удовлетворенным искам составила 64 тыс. руб. (2003 г. — 41 тыс. руб., 2002 г. — 194 тыс. руб.).

В Кемеровской области ежегодно отмечается рост количества поданных регрессных исков по возмещению затрат системы ОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц. За первое полугодие 2004 года наш регион занял первое место в Российской Федерации по применению регрессных исков в системе ОМС (данные информационно-аналитической справки «О состоянии

защиты прав граждан в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в I полугодии 2004 года»).

Так, в 2004 году подано 826 регрессных исков (2003 г. — 599, 2002 г. — 451). Сумма возмещения по данным искам составила 737,5 тыс. руб. (2003 г. — 596,7 тыс. руб., 2002 г. — 391,3 тыс. руб.).

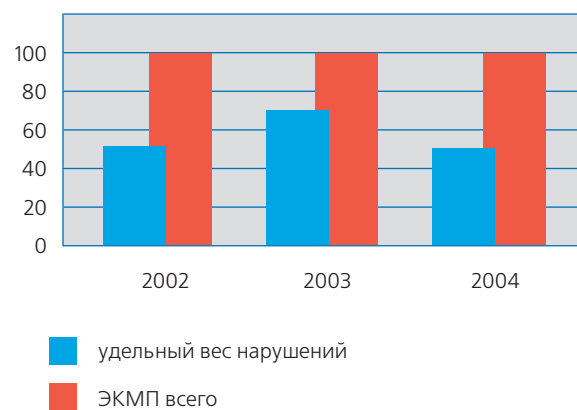
Вневедомственный контроль качества медицинской помощи является одним из важнейших механизмов в деятельности по защите прав граждан в Кемеровской области. Действующая на территории нормативная база в полной мере позволяет решать задачи, связанные с экспертизой качества медицинской помощи (далее ЭКМП).

В области постоянно отмечается рост объемов экспертизы качества медицинской помощи, оказанной гражданам по ОМС. В 2004 г. количество ЭКМП составило около 70 тыс. Темпы прироста количества экспертиз, по сравнению с 2003 г., составили 11 %, а с 2002 г. — 33 %.

В 2004 г. продолжает расти удельный вес экспертиз по стационарным видам медицинской помощи, который составил 83 % от всех ЭКМП. В структуре экспертиз сохраняется рост целевых ЭКМП — 58 % (2003 г. — 47 %, 2002 г. — 52 %), что связано с недостаточным лекарственным обеспечением медицинской помощи в стационарах.

Уровень выявляемых в 2004 г. при ЭКМП нарушений, допущенных медицинскими учреждениями при обеспечении граждан медицинской помощью, в сравнении с прошлым годом, уменьшился и составил 53 % от всех проведенных экспертиз (2003 г. — 68 %).

**Диаграмма 3**  
**Удельный вес нарушений, выявленных при проведении ЭКМП за 2002-2004 гг.**



Структура нарушений, выявленных при проведении ЭКМП, выглядит следующим образом:

- необоснованное ограничение доступности медицинской помощи — 44 %;
- оказание медицинской помощи ненадлежащего качества — 27 %;
- завышение объема оказанной медицинской помощи — 9 %;
- необоснованная госпитализация — 4 %;
- другие причины (нарушение преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи, непрофильная госпитализация, повторная госпитализация и т.д.) — 6 %.

Средства от финансовых санкций по ЭКМП и МЭЭР были израсходованы по направлениям:

- финансирование Территориальной программы ОМС и резерв оплаты медицинских услуг — 93 %;
- ликвидация причин ненадлежащего качества медицинских услуг — 5 %;
- ведение дела СМО — 2 %, из них оплата труда внештатных медицинских экспертов — 39 %.

Анализируя деятельность системы ОМС, можно констатировать, что, несмотря на имеющиеся объективные трудности, существующая в Кемеровской области система защиты прав граждан себя оправдала, действует эффективно и стабильно.

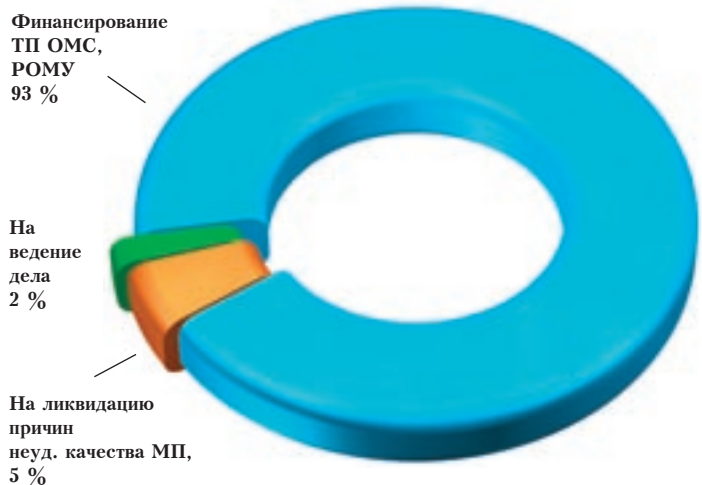
**Диаграмма 4**  
**Структура нарушений, выявленных по результатам ЭКМП за 2004 г.**



Структура обращений в 2004 г. существенно не изменилась и отражает имеющие место проблемы с обеспечением прав граждан. По-прежнему актуальными остаются вопросы, связанные с недостатками в лекарственном обеспечении при стационарном лечении граждан и необоснованным предоставлением медицинских услуг на платной основе, как в лечебных учреждениях, работающих в системе ОМС, так и в ЛПУ, не входящих в систему ОМС. Требуют решения вопросы выбора медицинского учреждения, отказа в оказании медицинской помощи по полисам ОМС, гражданам, застрахованным в других регионах Российской Федерации.

Однако, в общем количестве обращений доля обоснованных обраще-

**Диаграмма 5**  
**Направления использования средств, удержанных по результатам ЭКМП и МЭ в системе ОМС, за 2004 г.**



По результатам экспертизы качества медицинской помощи, за 2004 год сумма оплаты по счетам медицинских учреждений была уменьшена на 20,4 млн. руб. (2003 г. — 14,4 млн. руб., 2002 г. — 4,8 млн. руб.), что составило, в среднем, 549 рублей на каждый выявленный случай нарушения или 291 рубль на одну экспертизу.

Растет число медико-экономических экспертиз реестров (далее МЭЭР). Их количество в 2004 г. составило 93 тысячи (2003 г. — 70 тыс., 2002 г. — 43 тыс.). Финансовые санкции по результатам МЭЭР, примененные к медицинским учреждениям, составили 64,5 млн. руб.



ний продолжает снижаться, что связано с проведением постоянной, целенаправленной работы ТФ ОМС и СМО по повышению информированности страхователей, застрахованных и незастрахованных граждан, медицинского персонала лечебных учреждений о правах граждан на получение бесплатной медицинской и лекарственной помощи, условиях ее предоставления (используя при этом как средства массовой ин-

формации, так и наглядную информацию, размещенную непосредственно в регистратурах, приемных и других отделениях медицинских учреждений).

Поскольку защита прав граждан является интегрирующим социальным аспектом системы ОМС, то и решать проблемы обеспечения интересов и защиты прав пациентов необходимо всем участникам системы ОМС.



## РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ЗАКУПЛЕННЫЕ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТА И ОМС

**М**ониторинг лекарственного обеспечения и цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения (далее — Мониторинг) проводится в целях совершенствования лекарственного обеспечения медицинских учреждений и населения области в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, для упорядочения закупок и контроля за ценами на ЛС и ИМН, а также для рационального использования средств бюджета и ОМС.

В феврале-марте 2004 года на территории Кемеровской области был проведен Мониторинг за II-е полугодие 2003 года, в котором приняли участие 57 медицинских учреждений. Мониторинг проводился по усовершенствованной методике с единой для всех системой сбора и обработки информации.

Для получения сопоставимых данных о стоимости ЛС и ИМН было введено понятие «средняя стоимость» — это средневзвешенная величина, получаемая в результате пересчета общей суммы, затраченной на приобретение конкретного ЛС или ИМН, на общее количество закупленных упаковок данного ЛС или ИМН. Этот показатель рассчитывался для каждого медицинского учреждения и для области в целом. Сравнительный анализ цен на ЛС и ИМН проводился по усредненным значениям и, следовательно, все медицинские учреждения находились в равных условиях.

Среди медицинских учреждений, принявших участие в Мониторинге, 20 ЛПУ имеют в своей структуре аптеку, 4 — аптечный распределительный пункт, 3 — закупают медикаменты через межбольничные аптеки, остальные 30, не имея лицензии на фармацевтическую деятельность, закупают ЛС и ИМН самостоятельно. 14 медицинских учреждений — участников Мониторинга создали у себя конкурсные комиссии и закупают медикаменты на конкурсной основе путем запроса котировок цен. Клинические фармакологи есть только в 5 медицинских учреждениях. Практически во всех ЛПУ на сегодняшний день созданы

формулярные комиссии и ведется активная работа по созданию собственного Формуляра ЛС и ИМН. 16 ЛПУ области уже имеют свой утвержденный Формуляр.

### АНАЛИЗ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИМН

Из 20 наименований ЛС и ИМН, входящих в утвержденный Перечень, каждое медицинское учреждение предоставило к мониторингу, в среднем, 13-17 наименований. При этом у 24-х ЛПУ более 25 % представленных наименований ЛС закуплены по ценам, превышающим среднеобластные.

Проведен анализ сложившихся на территории области минимальных и максимальных цен. Превышение максимальных цен над минимальными составило от 32 % до 78 %, а над среднеобластными — от 23 % до 98 %, а по такой позиции как «Шприцы разовые отечественные 5 мл» — 201 %. Отдельно проанализированы средние цены для двух групп медицинских учреждений: имеющих и не имеющих аптеки в своей структуре. Разница в ценах незначительная и не превышает 13 %, в среднем — 4-5 %.

Отсутствие в структуре ЛПУ аптеки далеко не всегда ведет к удорожанию медикаментов. Увеличение цен происходит по причине недостаточного финансирования за счет бюджета и ОМС, и необходимости приобретать медикаменты в кредит. А кредит — всегда дороже.

### ВЫВОДЫ:

Для улучшения лекарственного обеспечения лечебного процесса и оптимизации затрат медицинских учреждений по статье «Медикаменты и перевязочные средства» необходимо:

1. Осуществлять централизованные закупки ЛС и ИМН для нужд ЛПУ путем проведения конкурсов.

2. Создать во всех медицинских учреждениях конкурсные комиссии и проводить закупку медикаментов на конкурсной основе.



## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ИНФОРМАТИЗАЦИИ

**И**нформационной службе Территориального фонда ОМС столько же лет, сколько и самому фонду. Уже на стадии организации Территориального фонда было совершенно очевидно, что решение стоящих перед ним задач невозможно «ручными» методами. Слишком много субъектов, участвующих в системе обязательного медицинского страхования: несколько сотен медицинских учреждений, страховые медицинские организации, тысячи предприятий — плательщиков взносов на обязательное медицинское страхование своих работников, администрации территорий, на которые возложена обязанность страхования неработающего населения, органы управления здравоохранением, Федеральный фонд ОМС и т.д. Между всеми этими субъектами осуществляется интенсивный информационный обмен.

Поэтому в Территориальном фонде был создан отдел информатизации, и руководством ТФ ОМС были приняты меры по организации разработки первой очереди системы обработки информации Территориального фонда. Разработка системы была поручена Кемеровскому областному центру медицинской информатики. В разработке проекта активное участие принимали специалисты подразделений ТФ. В сжатые сроки система была разработана и внедрена в Исполнительной дирекции ТФ ОМС и 11 филиалах Территориального фонда, расположенных в городах Кемеровской области. Следует отметить, что система для того времени была разработана на достаточно высоком уровне, и Территориальный фонд Кемеровской области вошел в группу наиболее «автоматизированных» ТФ России. Подсистема «Учет взносов на ОМС» была внедрена в ряде ТФ других областей.

На этом этапе задача информационной службы ТФ ОМС состояла в обеспечении эксплуатации внедренных подсистем и взаимодействием с КОМИАЦ, осуществлявшим работы по сопровождению подсистем обработки информации.

Внедренная система обработки информации имела определенные недостатки, обусловленные использованными в процессе разработки инструментальными средствами и системами управления базами данных (использовались те средства, которые были доступны на момент выполнения разработки). Эти недостатки с течением времени стали создавать в работе определенные неудобства. Основной проблемой первой очереди системы обработки информации ТФ ОМС являлась фраг-

ментарность. Автоматизация носила «лоскутный» характер. Разработка для отдельных подразделений выполнялась различными разработчиками, не взаимодействовавшими в процессе разработки. В результате получился набор изолированных подсистем, каждая из которых обеспечивала обработку информации в рамках подразделения, а чаще в рамках выполнения какой-либо функции подразделения. Любая необходимость совместной обработки информации нескольких подразделений выливалась в проблему, решение которой требовало значительных усилий. Ситуацию усугубляло то, что разные подсистемы использовали свой локальный нормативно-справочный фонд.

Развитие системы ОМС ставило перед Территориальным фондом новые задачи, в частности, формирования обще-областных информационных ресурсов, обеспечения взаимодействия между участниками системы ОМС с использованием электронных средств коммуникации. Для обеспечения реализации этих задач в 1999 г. была проведена реорганизация информационной службы Территориального фонда. Основной акцент в деятельности информационной службы был сделан на осуществление разработки программного обеспечения с использованием современных инструментальных средств и технологий. Правлением ТФ ОМС была разработана и утверждена «Концепция информатизации системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области на период 2000-2005 гг».

В соответствии с принятой концепцией, в качестве приоритетных направлений деятельности были определены:

- стандартизация и унификация информационных потоков;
- формирование обще-областных информационных ресурсов;
- информационное обеспечение процесса формирования Территориальной программы обязательного медицинского страхования и муниципальных заказов;
- организация использования общеобластных информационных ресурсов в интересах всех субъектов ОМС;
- создание отраслевой информационно-справочной системы с доступом через Internet;
- совершенствование рабочих процессов.

За прошедшие годы в информационной службе ТФ ОМС сформировался коллектив, который успешно справляется с решением поставленных задач. Была проведена большая работа по стан-

дартизации информационного обмена между субъектами обязательного медицинского страхования. Сформирован обще-областной нормативно-справочный фонд системы ОМС, являющийся основой для разработки информационных систем.

Силами разработчиков ТФ ОМС разработан целый ряд информационных подсистем, которые заслуживают того, чтобы их упомянуть.

Прежде всего, это «Интегрированный регистр застрахованных», представляющий собой обще-областную базу данных о лицах, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию. Это результат колоссальной работы, проделанной страховщиками и отделом организации ОМС Территориального фонда. На сегодняшний день регистр содержит в высокой степени достоверную информацию о застрахованном контингенте Кемеровской области и является основой для решения целого ряда задач в системе ОМС области.

На основе «Интегрированного регистра застрахованных» реализована технология проверки действительности полисов, предъявленных гражданами в медицинские учреждения при обращении за помощью. Медицинское учреждение может направить в ТФ ОМС по электронной почте список госпитализированных граждан и получить информацию о страховой компании, которая будет оплачивать оказанную медицинскую помощь. Использование этой технологии позволяет значительно сократить срок оплаты реестра пролеченного.

Возможность проверки страховой информации о гражданине реализована в трех режимах: ручной проверке сотрудником фонда, с доступом к «Интегрированному регистру застрахованных» через web-сайт ТФ ОМС, с использованием почтового агента. Последний способ состоит в том, что медицинское учреждение или страховая компания направляют по определенному электронному адресу в согласованном формате список лиц, страховую информацию которых необходимо проверить. Поступившее письмо автоматически извлекается из почтового ящика специальной программой почтовым агентом, выполняющемся на сервере ТФ ОМС. Вызывается программа проверки полученной информации по интегрированному регистру застрахованных. Результат проверки отсылается по электронной почте в адрес отправителя запроса. Весь процесс осуществляется без участия человека, в автоматическом режиме.

Другое применение интегрированного регистра — расчет финансирования страховых медицинских организаций. В 2004 г. была разработана программа расчета финансирования СМО на основе информации интегрированного регистра застрахованных в соответствии с утвержденной методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов. Опыт проведения центра-

лизованного расчета финансирования СМО позволил выявить ряд недостатков действовавшей методики и привел к ее пересмотру. Вторая версия программы, разработанная на основе нового «Порядка определения дифференцированных подушевых нормативов», позволила страховым медицинским организациям существенно упростить проведение финансирования поликлинической помощи. Технология расчета совершенствуется. В настоящее время завершается разработка третьей версии программного обеспечения.

Другим важным информационным ресурсом, сформированным за последние годы, является обще-областная база случаев оказания медицинской помощи, содержащая информацию о стационарной помощи, оказанной гражданам. База ведется с 2000 года. С точки зрения полноты и достоверности информации она еще не достигла уровня интегрированного регистра застрахованных, но работа ведется. С 2004 г. база стала пополняться информацией о поликлинической помощи. База случаев оказания медицинской помощи является источником информации при определении фактических объемов оказанной медицинской помощи и в этом смысле является основой для формирования муниципальных заданий территорий на оказание медицинской помощи. В ТФ ОМС была разработана программа расчета муниципальных заданий территорий. Начиная с 2004 г., формирование муниципальных заданий территорий осуществляется с ее помощью.

Разработана и в течение нескольких лет успешно функционирует «Отраслевая информационно-справочная система с доступом через Internet», содержащая большое количество информации о системе ОМС Кемеровской области, нормативной базе ОМС. Именно через нее обеспечивается доступ участников системы ОМС к нормативно-справочному фонду системы обязательного медицинского страхования области.

ТФ ОМС в информационной сфере действует в интересах всех участников системы ОМС. Разработка ведется таким образом, чтобы разрабатываемые системы могли быть использованы не только ТФ ОМС, но и другими участниками системы. ТФ ОМС разработал подсистему «Регистр учета застрахованных», которая в настоящее время внедряется в ряде СМО. Разработанная подсистема обработки реестров медицинских учреждений «РАСТР», используемая для учета реестров по всеобщности, может быть использована страховыми медицинскими организациями для организации учета реестров медицинских учреждений. Территориальным фондом, совместно с КОМИАЦ, разработана подсистема «Персонифицированный учет лекарственных средств», внедренная в ряде медицинских учреждений области. В настоящее время ведутся работы по построению на ее основе комплексной системы



автоматизированной обработки информации стационара.

Очень напряженным выдался 2004 год. В соответствии с решением Правительства, ТФ ОМС стал участником программы «одного окна», упрощающей для предпринимателей регистрацию новых предприятий. В рамках реализации этой программы потребовалось отлаживать защищенный информационный обмен с Отделением МНС по Кемеровской области. Разработка программного обеспечения была также выполнена силами отдела АСУ ТФ ОМС. В рамках программы дополнительного финансирования Пенсионным фондом расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, отлаживался информационный обмен с Отделением Пенсионного фонда по Кемеровской области, осуществлялось формирование регистра неработающих пенсионеров.

С января 2005 г. здравоохранение области начало работать в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан «Льгота-2005». Реализация этой программы потребовала проведения большого объема работ по обеспечению возможности информационного взаимодействия участников программы — лечебно-профилактических учреждений, ТФ ОМС, страховых медицинских организаций, ДОЗН, Отделения Пенсионного фонда РФ, уполномоченной фармацевтической организации. В рамках целевой программы «Здоровье Кузбассовцев в 2004 г.», подпрограммы «Компьютеризация поликлинических и аптечных учреждений Кемеровской области» было профинансировано приобретение 750 компьютеров и модемов для ЛПУ, разработка и внедрение программного обеспечения для организации учета посещений и выписанных льготных рецептов в поликлинических учреждениях. Другими словами, была создана техническая инфраструктура, без которой ни о какой автоматизации информационного взаимодействия участников программы не могло бы идти речи. Были разработаны и утверждены форматы и регламенты информационного обмена между участниками программы. В ТФ ОМС созданы интегрированные базы данных, содержащие информацию о льготных рецептах, выписанных

ЛПУ, и лекарственных средствах, отпущенных аптечными учреждениями по льготным рецептам. Разработано программное обеспечение для учета и обработки информации о выписанных рецептах и отпущенных лекарственных средствах. Разработано программное обеспечение для проведения автоматизированной экспертизы счетов, представленных к оплате в ТФ ОМС Уполномоченной фармацевтической организацией. Благодаря этому, вся обработка рецептов в ТФ ОМС (загрузка информации в базу данных и выполнение автоматизированной экспертизы представленных на оплату рецептов) занимает менее одного дня. Уже на следующий день рецепты, прошедшие автоматизированную экспертизу, направляются для проведения экспертизы на территории.

Работа по программе «Льгота-2005» подтвердила правильность принятого пять лет назад решения о создании в рамках информационной службы ТФ ОМС подразделения по разработке программного обеспечения. Только наличие в ТФ ОМС коллектива квалифицированных разработчиков позволило выполнить необходимый объем разработки программного обеспечения в сжатые сроки в условиях неопределенности, обусловленной отсутствием или быстрым изменением документов, регламентирующих процесс.

К сожалению, рамки статьи не позволяют полностью привести перечень того, что было сделано в ТФ ОМС за последние годы.

На протяжении последних лет в деятельности Территориального фонда четко прослеживается тенденция к усилению информационной составляющей. Объемы хранимой и обрабатываемой информации выросли многократно. Территориальный фонд постепенно превращается в субъект, на котором замыкаются многие информационные потоки, концентрируются огромные объемы отраслевой информации. На повестке дня встает проблема организации отраслевого хранилища информации и обеспечения удаленного доступа к нему всех участников системы ОМС, организации защищенного информационного обмена.

Информатизация — динамично развивающаяся сфера деятельности. Для того чтобы «быть на уровне» нужно прилагать большие усилия. Мы надеемся, что нам это удастся.

## ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**М**едицинское страхование более 13 лет назад вводилось в интересах населения для обеспечения в новых экономических условиях конституционного права граждан РФ на медицинскую помощь. В настоящее время обязательным медицинским страхованием в области охвачено более 90 процентов населения. Имея на руках полис медицинского страхования, гражданин вправе претендовать на получение бесплатной, качественной медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС. Так ли это? Может ли действительно быть бесплатной медицинская помощь для застрахованного по ОМС?

Всем нам, владельцам полисов обязательного медицинского страхования, периодически приходится обращаться в медицинские учреждения. К сожалению, после получения требуемого амбулаторного или стационарного лечения по программе обязательного медицинского страхования, как правило, остается чувство неудовлетворенности. В ходе лечения приходится платить либо за какие-то услуги или медикаменты при стационарном лечении, а ведь все должно быть бесплатно. Иначе, зачем нужна страховка? К сожалению, не все зависит только от страховой организации и лечебных учреждений. Поэтому ежегодно растет обращаемость застрахованных в СМО.

Обращаются за восстановлением понесенных затрат далеко не все. За прошедший 2004 год к нам обратилось более 33 тысяч человек.

В структуре обоснованных обращений, связанных с нарушением прав застрахованных, как и в предыдущие годы, на первом месте обращения, связанные с недостатками в лекарственном обеспечении, в основном, в стационарах — 12537 обращений, в 2003 г. — 14391. Взимание денег в стационаре на самом деле больше. О неудовлетворенности пациентов уровнем лекарственного обеспечения говорят результаты очной экспертизы и анкетирования, проводимой специалистами ОБК непосредственно в лечебных учреждениях.

Ситуация по возмещению застрахованному по ОМС затрат, связанных с расходами на приобретение лекарственных средств, неоднозначна. Лечение должно проводиться медикаментами в соответствии с «Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, используемых при реализации программы государственных гарантий» и должно быть бесплатным. Из-за отсутствия в ЛПУ этих лекарственных средств застрахованному пациенту зачастую приходится приобретать их по рекомендации врача за свои

деньги. Эти затраты застрахованного возмещаются на основании его заявления в страховую организацию и после проведения страховой организацией медико-фармацевтической экспертизы. Обоснованные затраты возмещаются либо лечебным учреждением, либо, по согласованию, страховой организацией. Иногда в ходе лечения в стационаре врачом предлагается лечение медикаментами сверх выше упомянутого формулярного перечня. Восстановление затрат застрахованному возможно и в этом случае, но только если применение рекомендованных средств действительно показано больному в соответствии с его состоянием. Вопрос восстановления решается также после проведения медико-фармацевтической экспертизы страховщиком. Всего за 2004 г. СМО ОБК «Кузбасс» восстановила своим застрахованным 11,3 млн. руб.

Кроме того, государство дает право гражданину-налогоплательщику на получение социальных налоговых вычетов в сумме, уплаченной им за услуги по своему лечению в налоговом периоде, а также уплаченной налогоплательщиком за услуги по лечению супруга (супруги), своих родителей и своих детей в возрасте до 18 лет, пролеченных в медицинских учреждениях РФ. Перечни медицинских услуг и лекарственных средств и условия, при которых затраты налогоплательщика из собственных средств дают право на социальные налоговые вычеты, утверждены Правительством РФ.

Как поступить, чтобы потери были меньше?

Прежде всего, нужно помнить, что медицинские услуги на платной основе оказываются только при наличии согласия пациента, либо по его требованию расширения услуг, предусмотренных Территориальной программой ОМС на платной основе.

Немаловажный фактор удовлетворенности для наших застрахованных — это качество оказания медицинской помощи. На протяжении последних трех лет из года в год снижается количество обращений застрахованных на неудовлетворительное качество медицинской помощи. На наш взгляд, из-за неудовлетворенности качеством лечения застрахованные не всегда обращаются в страховую организацию. По поводу некачественного оказания медицинской помощи за 2004 год поступило 69 письменных обращений, из них признаны обоснованными 40, т.е. 68 %. В большинстве случаев эти обращения прошли комиссионный разбор с привлечением специалистов как ДОЗН, так и специалистов других областей (Томска и Новосибирска).



---

Безусловно, уровень качества лечения во многом зависит от укомплектованности врачебными кадрами и средним персоналом, его профессиональной подготовки, материально-технической базы лечебного учреждения. По всем этим вопросам ОБК «Кузбасс» работает в тесном контакте с администрациями территорий и управлениями здравоохранения. Так, на улучшение лечебно-диагностического процесса в 2004 году из средств резерва финансирования превентивных мероприятий СМО ОБК «Кузбасс» направлено в ЛПУ более 19 млн. рублей. Это позволило приобрести необходимое медицинское оборудование. Кроме этого, за год было израсходовано более 400 тыс. рублей на повышение квалификации медицинских работников.

На устранение причин, снижающих качество лечения, за год было возвращено в ЛПУ 70 % средств, снятых по результатам экспертизы качества медицинской помощи, а это 2,8 млн. рублей.

В последние два года нами также отмечается снижение обращений застрахованных по причинам, не требующим финансовых затрат ЛПУ, и это радует. Стали грамотнее и наши застрахованные, и персонал в лечебных учреждениях. Надеемся, что в скором будущем обращения по таким поводам, как отказ в медицинской помощи, несоблюдение медицинским персоналом этики и деонтологии, отказ в выборе врача, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия в ЛПУ из нашей практики уйдут.

Программа государственных гарантий содержит минимальные, но достаточные для диагностики и лечения медицинские услуги.

Действующим законодательством разработан соответствующий механизм разрешения споров и конфликтов, которым предусмотрены различные способы защиты пациентом нарушенных прав. Пациент может выбирать административную, до-

судебную или судебную формы защиты прав и свобод.

В российском законодательстве предусмотрен вариант использования альтернативного способа разрешения споров, а именно, в ст. 11 ГК РФ в числе органов, призванных осуществлять защиту нарушенных или оспоренных гражданских прав помимо суда, арбитражного суда, назван и третейский суд.

Деятельность третейских судов в РФ регулируется федеральным законом «О третейских судах в Российской Федерации» от 24.07.2002 г. Третейский суд, хотя и носит такое название, судебным органом не является и не входит в число органов, образующих судебную систему РФ. Он носит общественный характер, не осуществляет правосудие и не обладает процессуальной формой рассмотрения дел. Действующие в качестве негосударственного механизма разрешения споров, третейские суды, по сравнению с государственными, могут предоставлять участникам спора ряд преимуществ, таких как быстрота, экономичность, отсутствие публичности в деятельности.

И, наконец, что очень важно, при рассмотрении споров по вопросам такой узкоспециализированной сферы человеческой деятельности, как здравоохранение, медицинское страхование — это специализация в вопросах, касающихся фактических взаимоотношений сторон.

С принятием федерального закона «О третейских судах в Российской Федерации» и Арбитражно-процессуального кодекса РФ созданы условия для формирования действующего механизма по исполнению решений, принимаемых третейскими судами. Это должно способствовать тому, что альтернативные способы защиты прав пациентов, среди прочих, займут свое достойное место, обеспечивая эффективность, качество и результативность при разрешении соответствующих вопросов.



## ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СМО ОБК «КУЗБАСС»

**В**неведомственный контроль, осуществляемый страховыми медицинскими организациями, — важная часть системы контроля качества оказания медицинской помощи, созданный в здравоохранении области. В СМО ОБК «Кузбасс» экспертная работа по вневедомственному контролю качества, объемов и условий оказания медицинской помощи предусматривает два уровня контроля. Двухуровневый подход позволяет ОБК «Кузбасс» рационально организовывать экспертную работу и привлекать к ней, при необходимости, наиболее квалифицированные кадры.

**Первый уровень** контроля обеспечивают эксперты-организаторы (менеджеры экспертной работы) страховой компании. В их функциональные обязанности входит организация экспертной работы. На первом уровне менеджеры-организаторы страховой компании определяют размер выборки и производят отбор случаев оказания медицинской помощи застрахованным, подлежащих медицинской экспертизе, а также осуществляют подбор независимых экспертов, компетентных оценить объем, качество и условия оказания медицинской помощи застрахованным, их соответствие требованиям Территориальной программы ОМС.

Эксперты-организаторы ОБК экспертируют часть медицинской документации. Обязанностью эксперта-организатора является и защита результатов проведенных экспертиз в лечебном учреждении. Результаты обсуждаются менеджером-организатором страховой компании с руководителями лечебных учреждений и предоставляются в органы управления здравоохранением территорий.

**Второй уровень** предусматривает контроль независимыми экспертами, при этом ОБК пользуется услугами специалистов из числа определенных в качестве специалистов-экспертов департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области, по согласованию с Кузбасской ассоциацией страховых организаций и ассоциацией врачей Кузбасса.

В страховой компании разработана система отбора специалистов для использования в качестве экспертов. Основной показатель, по которому оценивается работа специалиста-эксперта, приглашенного страховой компанией, — это количество обоснованных отклонений специалистами ЛПУ экспертного заключения, подготовленного

специалистом. Методика контроля качества медицинской помощи, применяемая как при внутриведомственном, так и вневедомственном контроле, базируется на медико-экономической стандартизации алгоритмов медицинских технологий, единых для всех ЛПУ области, работающих в системе ОМС.

Эксперты СМО при проведении экспертной работы руководствуются также «Положением о системе контроля качества медицинской помощи и оценке деятельности органов и учреждений здравоохранения Кемеровской области».

Методическое единство контроля качества медицинской помощи, внутриведомственной и независимой вневедомственной экспертизы позволяет органам управления здравоохранением и медицинским страховым организациям проводить сопоставимый анализ результатов контроля.

Система контроля качества и условий оказания медицинской помощи в Кемеровской области получила дальнейшее развитие. В 2002 году областной согласительной комиссией утверждено положение «О Рейтинге деятельности здравоохранения муниципальных образований и лечебно-профилактических учреждений в системе обязательного медицинского страхования», которое интегрирует оценки деятельности ЛПУ с точки зрения здравоохранения, страховой организации и пациентов. Рейтинг ЛПУ устанавливается по результатам оценки:

- удовлетворенности качеством медицинской помощи на основе анкетирования пациентов;
- результатов экспертизы СМО;
- деятельности ЛПУ по модели конечного результата;
- эффективности использования ресурсов.

Специалисты страховых компаний, в том числе ОБК «Кузбасс», принимают активное участие в определении рейтинга ЛПУ муниципальных образований.

Страховые медицинские организации представляют данные по двум из выше приведенных показателей: оценку удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи ЛПУ, полученную в результате анкетирования пациентов, и результаты экспертизы качества.

Рейтинг деятельности системы здравоохранения муниципального образования оценивается на основании трех показателей:

- оценки удовлетворенности качеством медицинской помощи на основе анкетирования;
- коэффициента достижения результативности;
- оценки выполнения муниципального задания (мониторинга).

В 2004 году рейтинг ЛПУ и муниципальных образований здравоохранения проводился на 29 территориях, в т.ч. в 15 городах и 14 сельских районах, в 81 лечебно-профилактическом учреждении области.

Средняя оценка рейтинга ЛПУ области составила 17,1 балла (в 2003 г. — 16,75 баллов), в т.ч. по показателям:

- оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи — 4,2 балла (в 2003 г. — 4,05 балла);
- оценка по результатам медицинской экспертизы — 4,4 балла (в 2003 г. — 4,4 балла);
- оценка показателей деятельности ЛПУ — 4,2 балла (в 2003 г. — 4,1 балла);
- оценка эффективности использования ресурсов — 4,3 балла (в 2003 г. — 4,15 балла).

Средняя оценка рейтинга муниципальных образований здравоохранения области составила 10,07 баллов (в 2003 г. — 11,35 баллов), в т.ч.:

- оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи — 4,2 балла (в 2003 г. — 4,05 балла);
- коэффициент достижения результата по модели работы здравоохранения территории — 0,62-1,74 балла (в 2003 г. — 0,74-3 балла);
- оценка выполнения муниципального задания — 4,15 балла (в 2003 г. — 3,8 балла).

За годы работы в страховой компании сложилась своя система контроля качества медицинской помощи и условий ее оказания, позволяющая проводить от 40 до 50 тысяч экспертиз ежегодно. Но положительных результатов можно достичь, только объединив усилия. Результатом совместной работы страховых медицинских организаций и органов управления здравоохранением дала определенный результат.

Показатель уровня качества лечения увеличился до 92 %. Экспертами ОБК отмечена прямая зависимость уровня качества лечения и категории ЛПУ. Чем выше категория, тем выше качество оказания медицинской помощи. Так, в больницах категории «А» (высшая) уровень качества оказания медицинской помощи составляет 96-99,5 %.

Основными замечаниями экспертов при экспертизе качества оказания медицинской помощи, как по стационару, так и по АПУ, являются **невыполнение лечебно-диагностических мероприятий** в соответствии с алгоритмами медицинских технологий:

- неполное выполнение диагностических мероприятий в стационаре отмечено в 15 % случаев, в АПУ — в 31,3 %;

- неполное выполнение лечебных мероприятий в стационаре отмечено в 10,8 % случаев, в АПУ — в 21,9 %;

- неудовлетворительная оценка диагноза в стационаре отмечена в 6,4 % случаев, в АПУ — в 13,9 %;

- конечный результат лечения по стационару не достигнут в 5,1 % случаев, по АПУ — в 9,7 %.

Важно не только выявить нарушение, но и устранить причину его появления. За выявленные нарушения при оказании медицинской помощи ОБК «Кузбасс» предъявляет ЛПУ финансовые претензии, из которых 70 % возвращены в ЛПУ для приобретения медикаментов, оборудования, обучение медицинских кадров.

Только в 2004 году за счет снятых с ЛПУ по результатам экспертизы контроля качества медицинской помощи и средств фонда профилактических мероприятий приобретено для ЛПУ:

- оборудование — на сумму 14,1 млн. рублей;
- запасные части и расходные материалы для медицинского оборудования — на сумму 3,3 млн. рублей;

- обучение медицинских кадров в количестве 100 человек — на сумму 458,6 тыс. рублей.

В то же время, анализ претензий застрахованных ОБК показал, что около одной трети из них не связаны с качеством оказанной медицинской помощи. В основном, это жалобы на недостатки в общей организации лечебно-диагностического процесса, санитарно-гигиенические условия, работу среднего и младшего медицинского персонала. ЛПУ области имеют разные условия оказания медицинской помощи, от весьма неудовлетворительных до очень хороших.

Соответственно, ЛПУ несут разные затраты на организацию больничного сервиса. Отсутствие внимания к уровню сервиса может привести к снижению и без того не слишком высокого сервиса медицинских услуг, минимизации затрат на его обеспечение.

Это обстоятельство определило необходимость контроля условий оказания медицинской помощи застрахованным. ОБК «Кузбасс», совместно с ведущими специалистами ЛПУ, фармацевтического управления Департамента охраны здоровья населения, областного Центра госсанэпиднадзора была разработана и с 1995 года успешно применяется методика оценки условий пребывания больных в ЛПУ и условий оказания медицинской помощи. Методика включает в себя четыре блока-оценки:

- общая организация лечебно-диагностического процесса;
- сестринские технологии;
- фармацевтический порядок;
- санитарно-гигиенические условия и больничный сервис.



---

Таким образом, система вневедомственного контроля качества, построенная и осуществляемая ОБК «Кузбасс», действительно способствует

решению очень важной общей задачи — повышения качества оказания медицинской помощи населению и условий ее оказания.



## ГАРАНТИИ, БЛАГОПОЛУЧИЕ, КОМПЕТЕНТНОСТЬ

**М**униципальное предприятие города Кемерово страховая медицинская организация городская больничная касса «Кемерово» организовано в феврале 1992 года постановлением Администрации города как независимая, самостоятельно хозяйствующая некоммерческая страховая компания.

Целью ее создания явилось обеспечение социальных гарантий жителей города в предоставлении им бесплатной медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования.

ГБК «Кемерово» работает в системе обязательного медицинского страхования по следующим основным направлениям:

**1. Защита прав застрахованных граждан** — информирование населения о своих возможностях при получении медицинской помощи, защита прав застрахованных в суде, возмещение затрат на приобретенные во время стационарного лечения медикаменты. ГБК «Кемерово» обеспечивает надежной и качественной страховой защитой застрахованных граждан благодаря тесному сотрудничеству и договорным обязательствам со всеми медицинскими учреждениями Кемеровской области и за ее пределами.

**2. Контроль качества медицинской помощи.** Для анализа качества оказания медицинской помощи, требующего профессиональных знаний, проводится медицинская экспертиза. Медицинская экспертиза проводится врачами-экспертами отдела, выводы и рекомендации эксперта отражают как профессиональные, так и экономические вопросы и преследуют следующие цели:

- обеспечение гарантированного объема и качества оказания медицинской и лекарственной помощи;
- обеспечение доступности медицинских услуг;
- рациональное использование средств ОМС.

**3. Управление ресурсами.** Для рационального расходования средств ОМС, снижения затрат на стационарную помощь, на дорогостоящие методики обследования и лечения в ГБК «Кемерово» определяются потоки плановых больных. Формируется база данных по плановой госпитализации и дорогостоящим услугам, сведения о которых передаются в медицинские учреждения.

**4. Формирование муниципального заказа-задания территории и планов-заданий медицинских учреждений.** Согласовываются объемные и финансовые показатели деятельности здравоохранения муниципального образования в целом и всех медицинских учреждений на очередной год,

определяемые на основе анализа объема и структуры потребности населения в медицинской помощи, и необходимых финансовых ресурсов.

**5. Проведение мониторинга выполнения муниципального заказа-задания территории и планов-заданий медицинских учреждений** — необходимо для своевременного контроля выполнения планов-заданий каждым медицинским учреждением, для осуществления коррекции основных его показателей, рационального перераспределения потоков больных и финансовых ресурсов между медицинскими учреждениями

**6. Финансирование медицинских учреждений.** Основным направлением при решении данной задачи, является внедрение новой системы оплаты медицинской помощи, которая позволила бы выполнить запланированные в муниципальном заказе объемы.

**7. Организация системы ОМС на территории г. Кемерово.**

**8. Добровольное медицинское страхование (ДМС) (лицензия МФ РФ № 1651 Д от 30.03.1999 г.)** Компания предлагает как коллективные, так и индивидуальные программы ДМС.

Тринадцатилетний опыт работы на страховом рынке, высокий профессионализм и финансовая стабильность позволили нам стать одной из ведущих страховых компаний в системе медицинского страхования Кузбасса.

На сегодняшний день уставной фонд СМО составляет 33,5 млн. рублей, коэффициент ликвидности компании равен 4,4.

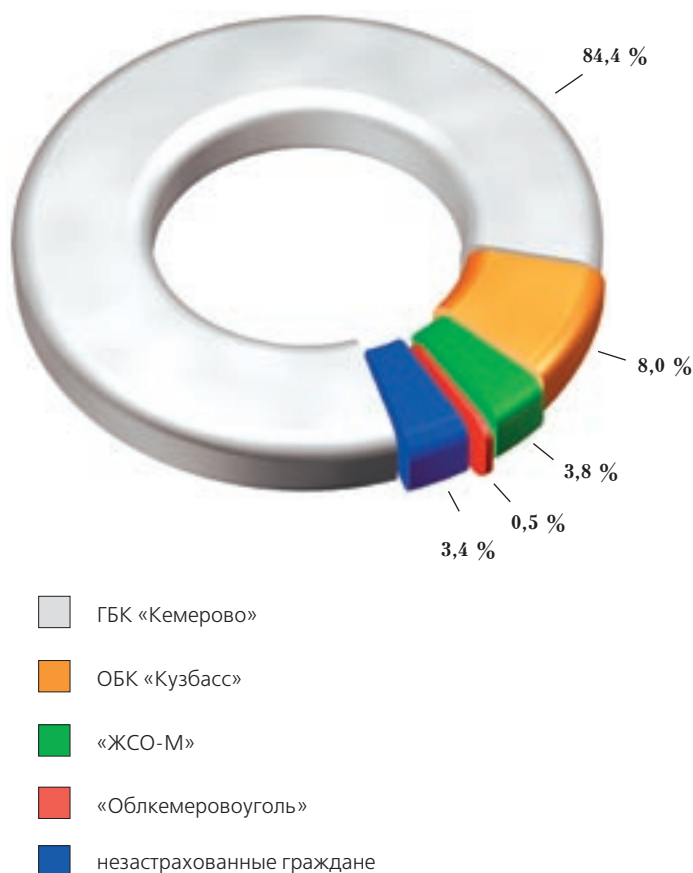
ГБК «Кемерово» осуществляет свою деятельность в городах Кемерово, Юрга и Юргинский район, Анжеро-Судженск, Топки и Топкинский район. Нашими клиентами в 2005 году являются 526,9 тысяч кузбассовцев.

Общая численность действующих договоров с работающим населением на 31.12.2004 г. по ГБК «Кемерово» составляет 4967 (из них, 1475 новых договоров), что на 464 договора больше, чем в 2003 году.

В областном центре Кузбасса наша компания является ведущей, имеющей наибольший удельный вес в структуре страхового поля города (диаграмма 1). Страховое поле ГБК по г. Кемерово на конец 2004 года составило 84,4 % статистической численности населения.

В компании работают высококвалифицированные и компетентные специалисты, 85 % из которых имеют высшее и незаконченное высшее образование. Это настоящие профессионалы своего дела. В течение последних 5 лет страховую медицинскую организацию ГБК «Кемерово» воз-

Диаграмма 1



главляет Траутер Альберт Иванович, имеющий два высших образования, медицинское и экономическое, награжденный «Золотой медалью штата Алабама» за достигнутые успехи в развитии страхования в России. Четверо сотрудников компании отмечены правительственными наградами, семеро — почетными грамотами Губернатора области и администрации города.

В структуру ГБК «Кемерово» входят 11 отделов и 8 секторов.

В г. Кемерово активно работает муниципальная Согласительная комиссия по утверждению тарифов на медицинские услуги в системе ОМС и порядка оказания медицинской помощи населению, основной объем работы которой осуществляется специалистами ГБК. Таким образом, компания имеет возможность уже на этапе разработки нормативной документации системы ОМС г. Кемерово активно выражать интересы своих застрахованных, обеспечивая, тем самым, защиту их прав.

Кроме того, специалисты ГБК «Кемерово» участвуют в заседаниях Согласительных комиссий городов Топки, Анжеро-Судженск и Березовский. С увеличением страхового поля по г. Юрге

и Юргинскому району, планируется принимать самое активное участие в работе на данных территориях.

Обеспечение социальных гарантий в системе ОМС, деятельность по реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования осуществляется специалистами ГБК «Кемерово», считающими основной своей задачей совершенствование взаимодействия страховой организации и медицинских учреждений.

Для системы важно не только своевременно сформировать муниципальное задание, но и обеспечить его исполнение, добиться соответствия утвержденных для территории объемных показателей фактическим. Для этого СМО проводит постоянный мониторинг, осуществляет ежемесячную корректировку объемов и помогает внедрять ресурсосберегающие технологии в здравоохранении.

В течение всего времени существования обязательного медицинского страхования, ГБК, совместно с Фондом, пытается финансово обеспечить конституционные права застрахованных граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС:

- определяет квоты на альтернативные и дорогостоящие виды медицинских услуг, плановую госпитализацию;
- развивает стационаро-замещающие

технологии;

- проводит мониторинг использования средств ОМС;

- создан отдел госпитализации для упорядочения потока госпитализации, рационального использования коечного фонда, путем централизации информации о наличии свободных мест в стационарах города и контроля за объемом и соответствующим качеством оказанных медицинских услуг и лекарственной помощи.

Ежегодно при согласовании плана-задания по каждой больнице, в разрезе профилей и учета сезонного потребления медицинских услуг, осуществляется определение необходимого объема плановой помощи.

На это определенное количество плановой госпитализации ГБК «Кемерово» выдает поликлинике специально оформленные направления — талоны. Количество талонов прямо пропорционально количеству прикрепленного к поликлинике населения, причем обязательно учитываются половозрастная структура и показатели предыдущих затрат по каждой поликлинике, ежемесячно городу выдается около 1800 талонов. Не использованные до конца месяца та-

лоны возвращаются в Городскую больницу кассу «Кемерово» (или другую страховую организацию) и передаются в ту поликлинику, где их недостаточно.

Для отделений, владеющих уникальными высокотехнологичными методами лечения, сделано исключение — они получают талоны сами (например, центр термических поражений ГКБ № 2 или кардиологическое отделение). Для упорядочения работы с потоками плановых больных при ГБК «Кемерово» создан отдел плановой госпитализации, диспетчер которого осуществляет санкционирование плановой госпитализации. Для этого ежедневно в отдел поступает информация о наличии свободных мест в больницах города в разрезе профилей отделений.

Диспетчером работает врач высокой квалификации с практическим опытом работы, который может определить наиболее рациональный метод и место лечения больного (специализированное отделение, отделение общего профиля, дневной стационар или стационар на дому), а в случае необходимости — найти возможность госпитализации.

Кроме того, при направлении больного в стационар отдел плановой помощи, по запросу поликлиники, выдает шифр, который отражает наличие свободных мест. При отсутствии мест необходимого профиля в отделе плановой госпитализации ведется «лист ожидания» и, по мере освобождения мест, госпитализируется «очередной» пациент. Отбор больных на плановые виды помощи осуществляется заведующими поликлиник, с учетом желания пациента. Таким образом, сохраняется право выбора пациентом больницы, упорядочиваются потоки плановых больных в рамках плана-задания и поддерживается конкуренция на рынке медицинских услуг.

В формировании оптимальной системы организации медицинской помощи и обеспечении ресурсами здравоохранения немаловажную роль играет введение многоуровневой системы оказания медицинской помощи с учетом стационарных и амбулаторных этапов и определенного маршрута движения пациентов по этапам многоуровневой системы лечения.

Совместно с Управлением здравоохранения города Кемерово, разработан порядок ведения

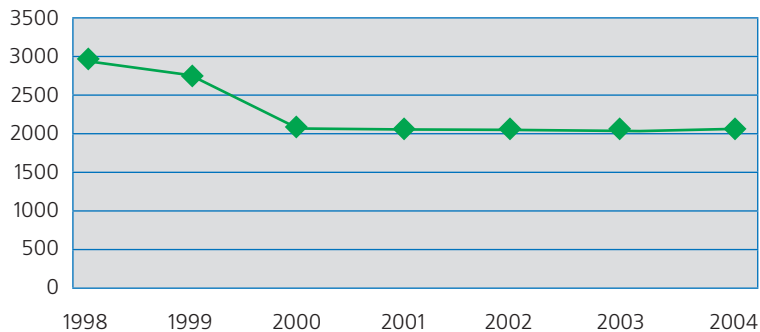
преимущества больных. Ежедневно из стационаров города в ГБК «Кемерово» поступает информация о выписанных больных. На основании поступивших данных, ГБК «Кемерово» формирует базу выписанных из стационаров больных и распределяет по поликлиникам для дальнейшего ведения пациентов в рамках программы государственных гарантий (патронаж, продолжение лечебно-оздоровительных мероприятий, реабилитация после выписки из стационара).

Проводятся системный анализ сопровождения пациента на всех этапах оказания ему медицинской помощи с использованием контроля объемов и качества оказываемых медицинских услуг, отработка преимуществ между ССМП и поликлиникой, стационаром и поликлиникой.

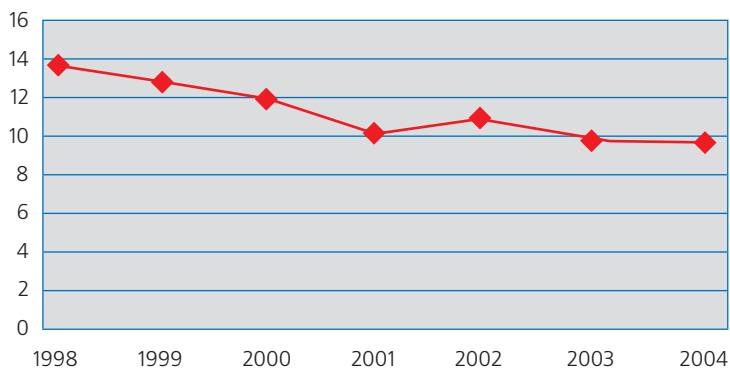
Результатом данной работы можно считать положительную динамику в показателях потребления стационарной помощи населением г. Кемерово, приведенную в диаграммах 2 и 3.

С каждым годом в ЛПУ города увеличивается число применяемых при лечении новых технологий. В этом направлении в городе ведется большая работа и СМО не остается в стороне. С целью поддержки данных начинаний, ряд новых технологий взят на оплату из резерва финансирования предупредительных мероприятий.

**Диаграмма 2**  
**Число койко-дней на 1000 населения (ОМС) г. Кемерово**



**Диаграмма 3**  
**Средняя длительность пребывания в стационаре**

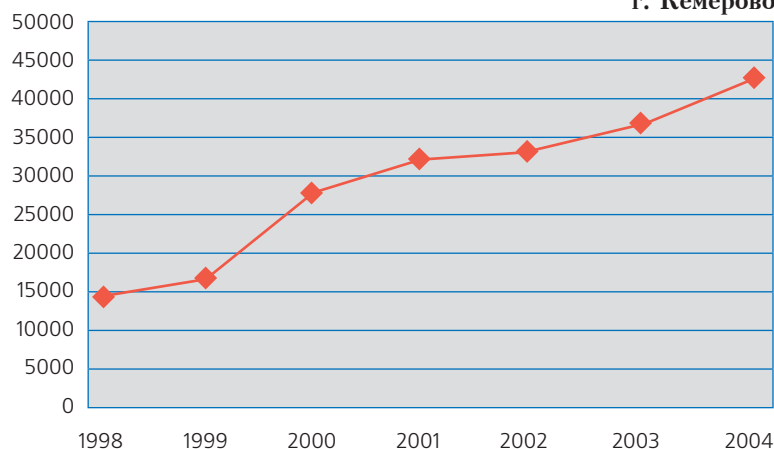


Увеличивается и охват больных, нуждающихся в дорогостоящих видах медицинской помощи. Расходы на данный вид помощи из года в год увеличиваются, что является свидетельством повышения клинического уровня стационаров и повышения авторитета здравоохранения города.

В целях активного развития стационаро-замещающих технологий, ГБК «Кемерово» проводит анализ эффективности деятельности ЛПУ в этом направлении (развитие дневных стационаров при поликлиниках, стационаров на дому, открытие кабинетов интенсивной терапии, открытие профильных дневных стационаров — психоневрологии, пульмонологии, офтальмологии, реабилитации).

Итогами такой работы можно считать рост пролеченных в дневном стационаре (диаграмма 4) при одновременном снижении потребления стационарной помощи (диаграммы 2 и 3).

**Диаграмма 4**  
**Динамика количества пролеченных в дневных стационарах г. Кемерово**



Развитие данных видов медицинской помощи позволило поликлиникам, без ущерба состоянию здоровья пациентов, дополнительно зарабатывать сверх подушевого норматива финансирования. Это стало возможным в результате того, что в Положении о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС заложен стимулирующий механизм для поликлиник — дополнительная оплата за выполнение показателей модели оценки эффективности работы ЛПУ, которые ориентируют врачей на сокращение случаев стационарного лечения (показатель «уровень госпитализации»). Но развивать стационаро-замещающие технологии возможно только в случае, если снижается уровень

госпитализации в стационарах круглосуточного пребывания.

Руководствуясь положениями нормативно-правовой базы в области охраны здоровья граждан и медицинского страхования, ГБК «Кемерово» проводит большую работу, направленную на обеспечение и защиту прав застрахованных граждан.

Сектор защиты прав застрахованных работает с обращениями и жалобами застрахованных граждан, защищает их интересы на досудебном этапе с возмещением ущерба здоровью, а также выступает на стороне застрахованных в суде.

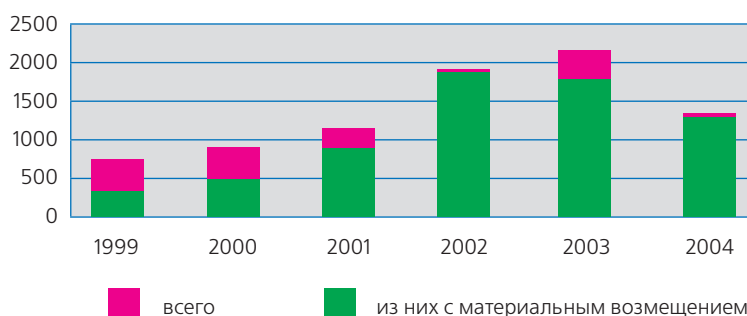
Рост количества досудебных разбирательств (в том числе с материальным возмещением), проведенных специалистами страховой компании, приведен ниже (диаграмма 5).

Помимо досудебных разбирательств, компания проводит работу по предъявлению регрессных исков по возмещению затрат на медицинскую помощь, оказанную застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц (диаграммы 6 и 7).

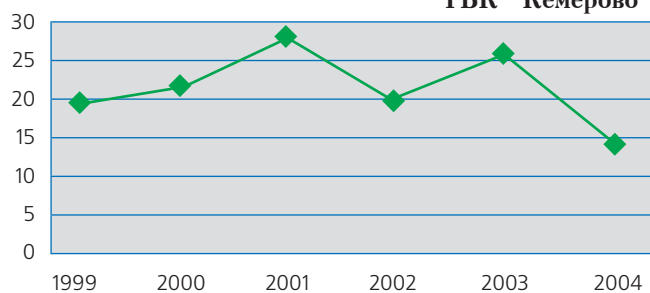
Обращает внимание, что, при стабильном составе и количестве сотрудников медицинской службы ГБК «Кемерово», количество проводимых экспертиз за период 1999-2004 гг. выросло в 1,5 раза, с 6,4 тыс. экспертиз в 1999 году до 9,8 тыс. экспертиз в 2004 году. В структуре проводимых экспертиз (диаграмма 8) значительную долю занимают экспертизы стационарной помощи.

В структуре нарушений, выявляемых экспертами ГБК «Кемерово» (диаграмма 9), значительная доля приходится на оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, то есть, как раз то, что является главной заботой страховщика — защитить своего клиента от получения

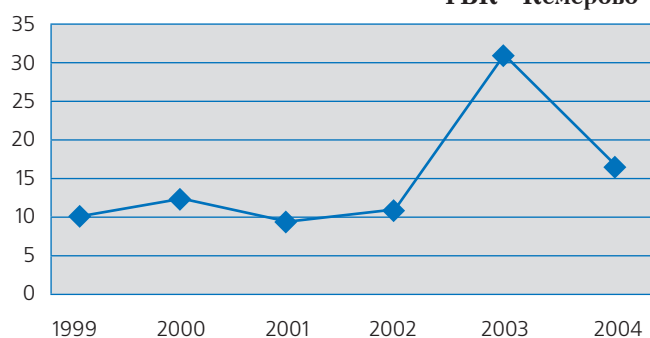
**Диаграмма 5**  
**Досудебная защита прав граждан**



**Диаграмма 6**  
**Динамика применения регрессных исков**  
**ГБК «Кемерово»**



**Диаграмма 7**  
**Динамика возмещений по регрессным искам**  
**ГБК «Кемерово»**



**Диаграмма 8**  
**Структура проводимых ГБК «Кемерово»**  
**медицинских экспертиз**



услуг ненадлежащего качества. Этой проблеме ГБК «Кемерово» на протяжении многих лет уделяет особое внимание.

За период 1999-2004 гг. произошел значительный рост числа обращений застрахованных

граждан в ГБК «Кемерово», в 2004 году обращения увеличились в 6,5 раз, по сравнению с 1999 годом (диаграмма 10). При этом, рост обоснованных жалоб составил всего 1,8 раза. Ни одно обращение не остается без внимания, все случаи разбираются специалистами соответствующих служб. Нагрузка на специалистов медицинской службы ГБК «Кемерово», в связи с этим, очень велика, до 1700 обращений в год на сотрудника отдела.

В структуре обращений (диаграмма 11) основное место занимают консультационные вопросы, что еще раз отражает внимание страховой компании к информационно-разъяснительной работе среди застрахованных граждан. А рост таких обращений (с 1657 в 1999 году до 15671 в 2004 году) определяет заинтересованность застрахованного контингента в данной работе страховщика. Обращает на себя внимание снижение числа жалоб на отказ в медицинской помощи, что также можно отнести к результатам многолетней плодотворной работы страховой компании по защите прав застрахованных и устранению причин, вызывающих данные обращения.

Наряду с традиционными формами проведения экспертиз, с 2003 года нами внедрена такая форма, как очная экспертиза обоснованности госпитализации застрахованных. Проведение таких экспертиз позволяет провести анализ рационального использования средств ОМС, решить проблему коррекции муниципального задания.

Для более полного учета удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи ГБК «Кемерово» регулярно проводит социологические опросы с использованием разного вида анкет, отражающих вопросы организации и качества медицинской помощи, квалификации и внимательности медицинского персонала, медикаментозного обеспечения, санитарно-гигиенического состояния и материально-технического обеспечения.

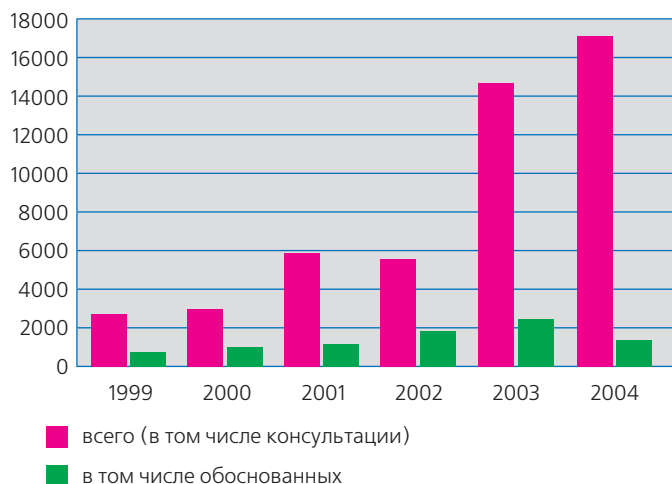
Количество охваченных анкетированием застрахованных граждан за период 2000-2004 гг. (диаграмма 12) увеличилось с 494 человек до 1874 человек, при этом вся остальная работа по защите прав застрахованных велась на прежнем уровне.

Результаты анкетирования (диаграмма 13) и предложения по организации и качеству медицинской помощи доводятся до сведения руководителей ЛПУ. По части предложений немедленно принимаются меры, остальные находятся

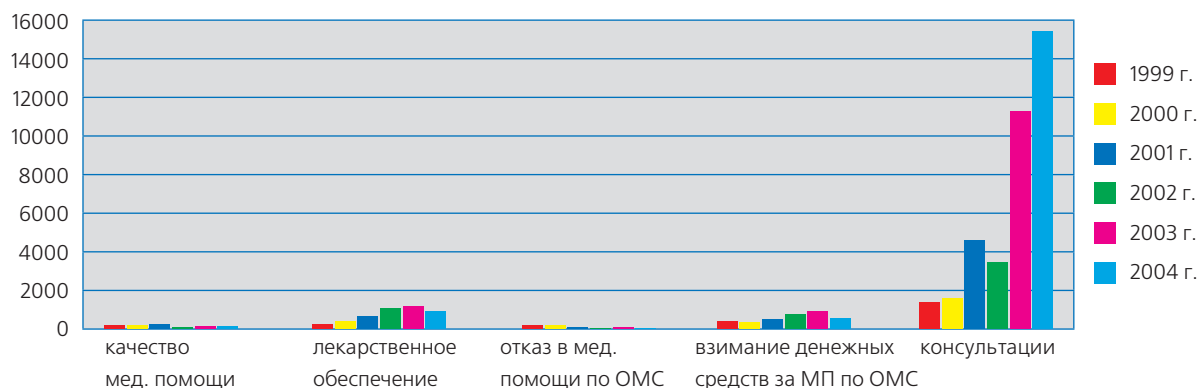
**Диаграмма 9**  
**Структура нарушений, выявленных экспертами**  
**ГБК «Кемерово»**



**Диаграмма 10**  
**Динамика обращений граждан в ГБК «Кемерово»**



**Диаграмма 11**  
**Структура обращений застрахованных в ГБК «Кемерово»**



на контроле в ГБК «Кемерово» и руководителей ЛПУ.

Мы дорожим партнерскими, хорошо отлаженными и долгосрочными отношениями с руководителями промышленных предприятий, организаций и учреждений, частными предпринимателями. Система взаимоотношений со страхователями позволяет нам максимально полно и оперативно удовлетворять потребности и насущные проблемы наших застрахованных. Наши клиенты всегда могут получить необходимые лабораторные, инструментальные и функциональные обследования, а также квалифицированную медицинскую помощь по всему спектру заболеваний.

В повышении структурной эффективности здравоохранения в последнее время большое значение приобретает совместная деятельность СМО и управления здравоохранением по разработке и реализации целевых программ. Ежегодно разрабатывается и реализуется около 12 целевых программ, в том числе программа медицинского обслуживания контингентов особого внимания.

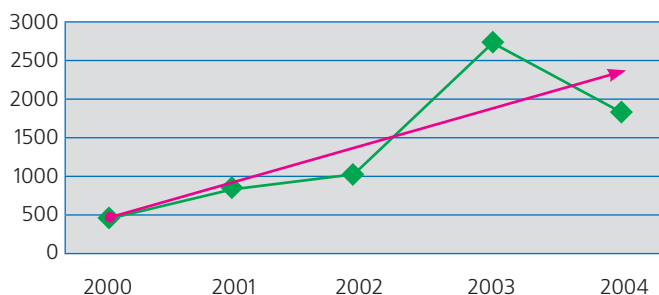
Страховой медицинской организацией ГБК «Кемерово» уделяется большое внимание проведению оздоровительно-профилактической работы по снижению заболеваемости среди населения, повышению качества и доступности медицинской помощи и других мероприятий, способствующих снижению затрат на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования. Увеличение расходов страховщика на эти цели (диаграмма 14) является залогом снижения затрат на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам.



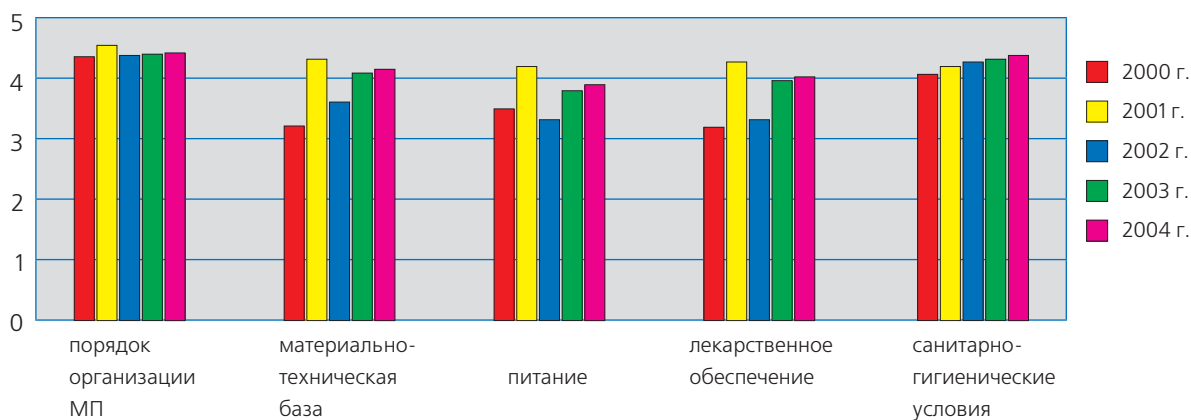
Особое внимание уделяется следующим мероприятиям, направленным на профилактику заболеваний и оздоровление наших застрахованных:

- выявление и ранняя диагностика заболеваний на предприятиях;
- вакцинопрофилактика клещевого энцефалита и вирусного гепатита В;
- обеспечение предприятий и организаций медикаментами для оказания первой медицинской помощи;
- круглосуточная экстренная стоматологическая помощь;

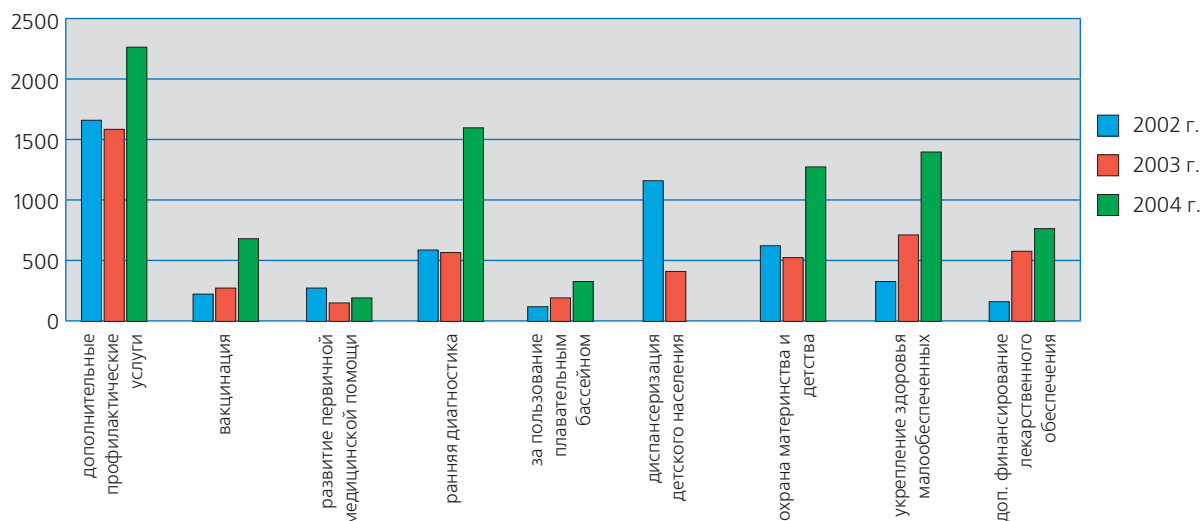
**Диаграмма 12**  
**Количество проанкетированных пациентов ЛПУ**



**Диаграмма 13**  
**Результаты социологического опроса пациентов ЛПУ г. Кемерово (оценка в баллах)**



**Диаграмма 14**  
**Финансирование профилактических мероприятий ГБК "Кемерово" в 2002-2004 гг.**



- 
- прокат изделий медицинского назначения;
  - медикаментозное обеспечение программы «Материнство и детство».

В 2002-2003 годах ГБК «Кемерово» принимала активное участие в проведении всеобщей диспансеризации детского населения, на что было направлено 1,5 млн. руб.

Забота о незащищенных контингентах населения проявляется во всех направлениях деятельности компании. В истекшем году, по просьбе администрации г. Топки, ГБК «Кемерово» взяла шефство над детским приютом поселка Раздолье. Детям данного приюта проведен углубленный медицинский осмотр с выездом специалистов на место и последующим оздоровлением в ЛПУ г. Кемерово. Кроме того, за счет собственных средств СМО закупились канцелярские товары, одежда для детей.

Для более плодотворной работы в плане информирования страхователей о наших услугах и

нововведениях, ежегодно формируется пакет документов и рекламных материалов, который совершенствуется из года в год. ГБК «Кемерово» считает, что проведение информационно-разъяснительной рекламной работы — одна из главных задач СМО.

Так, только в 2004 году сотрудниками всех отделов ГБК подготовлено и напечатано 24 статьи, выпущены плакаты, подготовлена рекламная продукция, методические рекомендации и памятки, рекламный буклет и ряд другой наглядной продукции, содержащей важную информацию для населения по вопросам обязательного медицинского страхования. В целом, на данный раздел работы направлено 214,9 тыс. руб.

ГБК «Кемерово» сотрудничает с газетами и журналами, охватывающими различные категории населения («Кемерово», «Томь», «Кузбасс», «Кузнецкий край», «Воскресная газета», «АиФ в Кузбассе», «Доктор-Инфо», «Врачебная газета»).



## СТРАХОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «БК СИБПРОМ» И ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ

**М**едицинское страхование в нашей стране существует более 10 лет. За это время пройден весьма значительный путь. В соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и признано обеспечивать всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Сегодня рынок ОМС уже разделен, в области остались те страховые компании, которые создавали систему медицинского страхования как экономический элемент, который бы вел экономику здравоохранения, влиял на развитие лечебных учреждений и поддерживал их финансовое положение.

Страховая медицинская организация «БК Сибпром» — ветеран на местном рынке страхования. Она была создана в 1992 г. и явилась одним из пионеров медицинского страхования в Кузбассе.

Все крупнейшие промышленные предприятия являются акционерами страховой компании и могут активно влиять на ее деятельность и политику, что формирует привлекательность такого сотрудничества. Среди акционеров компании такие как Запально-Сибирский металлургический комбинат, Кузнецкий металлургический комбинат, «КМК-Энерго», «Кузнецкий горно-обогатительный комбинат, Новокузнецкий Алюминиевый завод, «Кузнецкие Ферросплавы», предприятие «Органика», строительная компания «Новокузнецкибстрой».

Наряду с Советом директоров, в компании создан Наблюдательный Совет — общественный орган управления, в который входят руководители ведущих предприятий города, начальник управления здравоохранения, главные врачи основных лечебных учреждений, директор филиала фонда ОМС, председатель комитета по социальной политике Совета народных депутатов. Такой состав позволяет решать все важнейшие вопросы деятельности страховой организации.

В течение нескольких последних лет компанией «Сибпром» застраховано работающее и неработающее население г. Таштагола и Ленинск-Кузнецкого района. Администрации этих территорий и руководители местных больниц сами решили

сотрудничать с «Сибпромом», видя, насколько успешно складывается работа больницы кассы в г. Новокузнецке. Подтверждением тому, что решение было верно принято, стал факт, что на прошедшем 19 января 2005 года открытом конкурсе «По отбору страховых медицинских организаций для осуществления обязательного медицинского страхования неработающего населения Кемеровской области» «Больничная касса Сибпром» стала официальным страховщиком неработающего населения на этих территориях.

Компания работает сегодня на 6 территориях: в гг. Новокузнецк, Таштагол, Осинники, Ленинск-Кузнецкий, в Ленинск-Кузнецком районе. Имеет также филиал в г. Кемерово, представительства в гг. Таштагол, Ленинск-Кузнецкий.

Коллектив страховой компании профессиональный и стабильный, сотрудники имеют большой опыт работы в области страхования и в вопросах экономики лечебных учреждений.

Страховая компания «Сибпром», где застраховано более 250 тысяч человек, приоритетными направлениями в своей деятельности считает предоставление возможности получения бесплатной медицинской помощи для застрахованных по ОМС граждан, обеспечение стабильного источника финансирования лечебно-профилактических учреждений, осуществление вневедомственного контроля объемов и качества медицинской помощи и защиты прав застрахованных.

В стационарах лечебных учреждений области за год получают лечение более 65000 застрахованных в «БК Сибпром». 71 % всех госпитализаций — в г. Новокузнецке, в лечебных учреждениях высшей категории.

В прошедшем году, за оказанные медицинские услуги в условиях поликлиник и стационаров, лечебно-профилактическим учреждениям оплачено более 266185 тыс. руб. Кроме того, в ЛПУ были привлечены дополнительные средства из фонда профилактических мероприятий на приобретение медицинского оборудования, медикаментов, расходных материалов, повышение квалификации медперсонала, внедрение новых медицинских технологий на общую сумму 4312,3 тыс. руб. Только в рамках областных целевых программ лечебно-профилактическим учреждениям в 2004 году компанией перечислено 1709,9 тыс. руб.

Ежегодно в компанию обращаются более 5000 человек по вопросам медицинского обслуживания. За 2004 год 27,8 % обращений признаны обоснованными. Среди них ведущее место

занимали обращения за компенсацией затрат на медикаменты и оплату медицинских услуг (около 60 %), 20,3 % не обеспечены страховыми полисами по вине страхователей, 4,9 % ограничены в выборе ЛПУ. Были жалобы — на недостаточно хорошую работу ЛПУ (4,9 %), на необоснованное взимание денежных средств (1,8 %), на качество оказанной медицинской помощи (0,7 %). По результатам проверок-экспертиз были приняты действенные меры к исправлению дефектов, а застрахованным выплачены компенсации — более 1332 тыс. руб.

Особое значение имеет работа с «контингентом особого внимания» (КОВ). Экспертный контроль качества лечения недостатков при оказании помощи данной категории граждан не выявил. В страховую медицинскую организацию из этой группы (738 человек) обратились 158 лиц за компенсацией затрат на приобретение медикаментов. Все обращения были удовлетворены. Этой группе лиц выплачено 141656 руб.

В 2004 г. страховая медицинская организация принимала активное участие в проведении лекарственного обеспечения «льготников». Этот сложный вопрос требует нового законодательного решения.

За прошедший год проведено 3758 медицинских экспертиз контроля качества медицинской помощи в стационарах — 5,8 % от числа госпитализаций. Около 30 % экспертиз выполнены штатными специалистами компании и 70 % — внештатными. От общего числа 66,3 % экспертиз были плановыми, 7,4 % — целевыми, 26,3 % — по обращениям.

В структуре пролеченных по профилям в динамике за 3 года отмечено увеличение доли пролеченных в онкологическом, кардиологическом, травматологическом, акушеро-гинекологическом, реанимационном для взрослых профилях. По-прежнему высокой сохраняется доля госпитализаций по акушеро-гинекологическим заболеваниям (28,4 %). Увеличивается поступление тяжелых, запущенных больных, что определяет большую длительность их лечения и увеличение затрат на него. Особенно велики затраты на лечение ожоговых больных, при сердечно-сосудистой и челюстно-лицевой хирургии, в онкологическом, ортопедическом, гнойно-хирургическом, травматологическом и гематологическом профилях.

Средняя стоимость одного пролеченного случая в 2004 году выросла на 1307,1 руб. и составляет 3973,4 руб.

С целью контроля качества лечебной работы проводятся целевые проверки лечебно-профилактических учреждений. Выявленные нарушения тщательно анализируются совместно с администрацией соответствующего лечебно-профилактического учреждения, с разработкой мер по их устранению.

Страховая медицинская организация активно занимается пропагандой здорового образа жизни и профилактики заболеваний. На страницах газеты «На страже здоровья» освещаются вопросы профилактики, как основы сохранения здоровья и долгой жизни, совершенствования демографической службы — важнейшего фактора раннего выявления онкологических заболеваний у женщин, о значении профилактических медицинских осмотров. Рассматриваются вопросы профилактики аллергических, сердечно-сосудистых и других заболеваний, вопросы питания, как важнейшего компонента здорового образа жизни, борьбы с курением и т.д. Освещаются основные принципы безопасной лекарственной терапии. Наряду с этим, отдельные материалы публикуются в заводских многотиражных газетах «Металлург» («НКМК»), «Металлург Запсиба» и другие, выпускаются публикации, листовки и памятки в форме отдельных брошюр, вопросов и ответов по актуальным темам. Широкой гласности предаются статьи о правах застрахованных, о необходимом качестве и объемах медицинского обслуживания.

В системе ОМС без взаимодействия с коллегами, без профессиональной среды, без общения работать невозможно. «Больничная касса Сибпром» является членом Всероссийского Союза страховщиков, Кузбасской Ассоциации страховщиков, Союза страховщиков «Урало-Сибирское соглашение» и принимает участие в работе по совершенствованию нормативной базы здравоохранения и системы ОМС, а также по координации действий всех субъектов охраны здоровья населения.

Важнейшей задачей компании является эффективное использование средств, поступающих из Территориального фонда ОМС. Совместно с фондом проводятся проверки целевого использования этих средств лечебно-профилактическими учреждениями, обоснованности муниципальных заказов с учетом интересов застрахованных, для оказания им качественной медицинской помощи.

В «БК Сибпром» большое внимание уделяется ведению документальной базы пролеченных больных, качеству лечения, получению достоверной статистической информации с ее постоянным контролем. Компания участвует в областной комиссии по согласованию страховой деятельности в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области, в дополнительном финансировании поликлиник. Совместно с Территориальным фондом ОМС и Департаментом охраны здоровья, проводит работу по мониторингу лекарственного обеспечения лечебно-профилактических учреждений. В лечебных учреждениях компания помогает разрабатывать внутренние формуляры лекарственного обеспечения с целью максимально эффективного обеспечения и



использования отпускаемых средств на лечение больных.

Задачи «БК Сибпром» — и дальше совершенствовать указанную работу, качество медицинской помощи застрахованным; улучшать ведение единой базы застрахованных; внедрять новые системы расчетов для поликлиник с целью их дополнительного финансирования; проводить дальнейшую работу по мониторингу и совершенство-

ванию базы ОМС; улучшать информированность населения о своих правах.

«БК Сибпром» занимается одним видом страхования — обязательное медицинское страхование, однако компания тесно сотрудничает с другой страховой компанией ООО СК «ЮКС-Сибпром-Коместра», которая обеспечивает добровольное медицинское страхование на договорных началах по широкому кругу вопросов и проблем.



## СТРАХОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЖСО-МЕДИЦИНА»

Страховая организация «ЖСО-Медицина» имеет большой опыт работы в системе обязательного медицинского страхования — одна из первых, организовавшихся в Кемеровской области, с 14.01.1992 года. В компании работают 26 человек, из них: 54 % имеют высшее образование, 46 % — среднее техническое, средний возраст сотрудников — 36 лет.

Компания занимается только обязательным медицинским страхованием. Страховое поле в последние годы составляет 112-113 тысяч человек, преимущественно работающее население. В 2004 году, по результатам проведенного тендера компаний, застраховано неработающее население в г. Тайга и Гурьевском районе.

На конец 2004 года заключено 1312 договоров по всем территориям Кемеровской области. Компания имеет представительства на 9 территориях Кемеровской области.

- авансирование на январь 2005 года составило 8365 тыс. руб.

Сотрудники компании проводят большую работу по защите прав застрахованных. В экспертизе качества медицинской помощи принимают участие как штатные, так и привлеченные высококвалифицированные специалисты, среди них — врачи высшей категории, кандидаты и доктора медицинских наук.

Число обращений граждан за разъяснениями, возмещением средств, с жалобами на качество медицинской помощи в целом не уменьшается, и в 2004 г. составило 801 против 725 в 2003 году. Процент обоснованных жалоб в 2004 году несколько ниже — 71 против 74 в 2003 году.

Проводится работа по определению рейтинга лечебных учреждений, мониторингу цен на медикаменты и изделия медицинского назначения.

**Таблица**  
**Распределение застрахованных по территориям**

| Филиалы и отделы             | на 01.01.2004        |                           | на 31.12.2004        |                           |
|------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
|                              | Количество договоров | Количество застрахованных | Количество договоров | Количество застрахованных |
| Кемерово дирекция            |                      |                           |                      |                           |
| Кемерово                     | 260                  | 24714                     | 336                  | 27541                     |
| Топки                        | 28                   | 4463                      | 24                   | 4090                      |
| Мариинск                     | 9                    | 923                       | 9                    | 936                       |
| Новокузнецкий филиал         |                      |                           |                      |                           |
| Новокузнецк                  | 374                  | 18555                     | 452                  | 18404                     |
| Междуреченск                 | 12                   | 1047                      | 12                   | 942                       |
| Беловский отдел              |                      |                           |                      |                           |
| Гурьевский р-он              | 41                   | 10781                     | 46                   | 10241                     |
| Белово                       | 197                  | 23681                     | 211                  | 23403                     |
| Ленинск-Кузнецкий отдел      |                      |                           |                      |                           |
| Л-Кузнецкий                  | 92                   | 4803                      | 83                   | 3033                      |
| Тайгинское представительство |                      |                           |                      |                           |
| Тайга                        | 135                  | 23634                     | 139                  | 23544                     |
| Итого:                       | 1148                 | 112601                    | 1312                 | 112134                    |

Организация имеет договора со 134 лечебными учреждениями области, в которых оказываются медицинские услуги застрахованным в «ЖСО-Медицина».

Задолженности перед лечебными учреждениями на 01.01.2005 г. страховая компания не имеет:

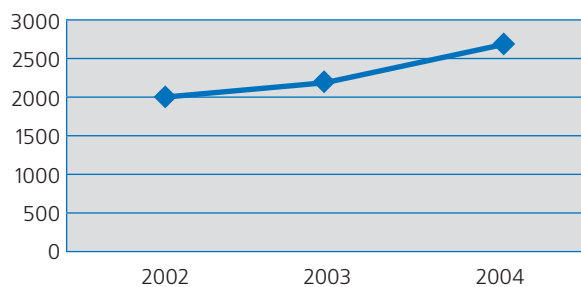
- долг перед ЛПУ на 01.01.04 г. составил 5470 тыс. руб.;
- принято счетов в 2004 г. на сумму 121478 тыс. руб.;
- оплачено 135311 тыс. руб.;

По результатам экономической и медико-экономической экспертизы возвращено средств в фонд оплаты медуслуг в рамках муниципального заказа в сумме 2808 тыс. рублей. По итогам работы с обращениями, застрахованным выплачено 301893 рублей.

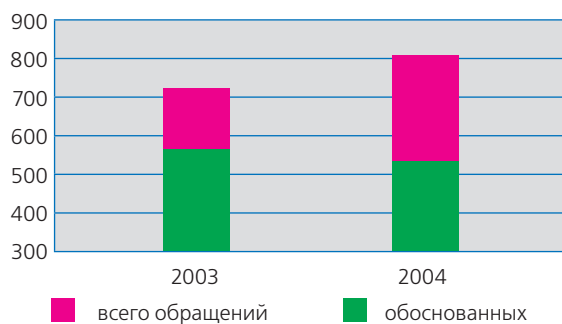
В 2004 году проведено 1819 экспертиз, в том числе 30 % — экспертизы амбулаторно-поликлинической помощи. Экспертизе подвергнуты 5,5 % случаев стационарного лечения застрахованных.

В 2004 году из фонда предупредительных мероприятий (РФПМ) израсходовано 2413 тыс.

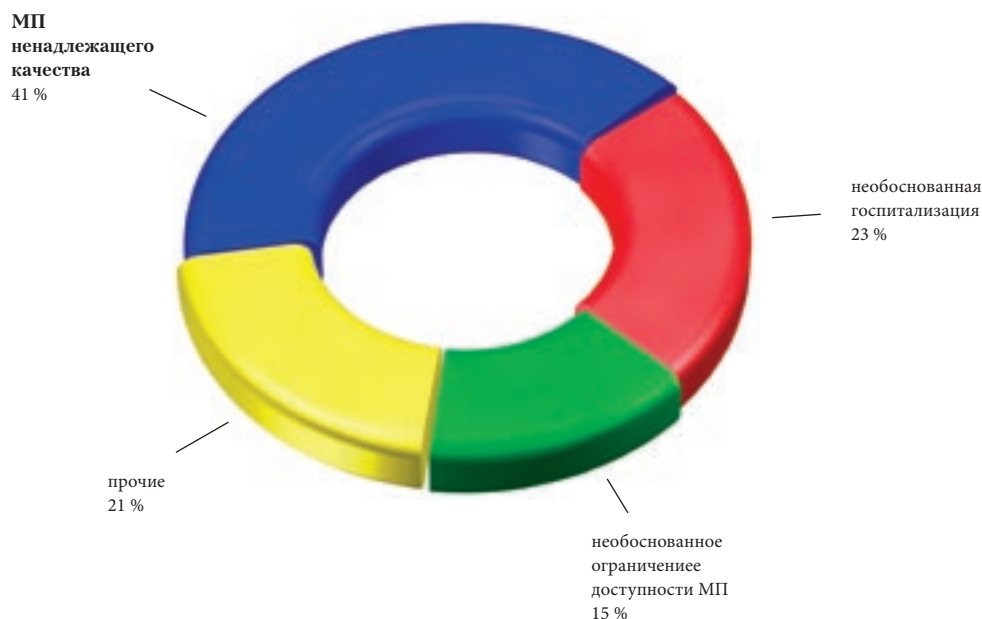
**Диаграмма 1**  
**Выплаты на 1000 застрахованных, руб.**



**Диаграмма 2**  
**Динамика обращения застрахованных**



**Диаграмма 3**  
**Структура нарушений, выявленных при ЭКМП в 2004 г.**



рублей. Это — участие в целевых областных программах, финансирование дополнительных профилактических и оздоровительных услуг на предприятиях, долевое участие в инвестиционных проектах в лечебных учреждениях, развитие первичной медицинской помощи и т.д.

В связи с участием системы ОМС в реализации Федерального закона № 122, страховая компания «ЖСО-Медицина» активно включилась в работу по сверке базы застрахованных льготников (более 4-х тысяч человек). Проведена раз-

яснительная работа в коллективах работающих, в советах Ветеранов на предприятиях, оформлена наглядная агитация в лечебных учреждениях, проводится экспертиза обоснованности и правильности выписки и отпуска льготных медикаментов.

Страховая организация «ЖСО-Медицина» намерена и дальше работать на страховом поле по ОМС с исполнением Законодательных актов Российской Федерации и Кемеровской области.

## СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ «ОБЛКЕМЕРОВОУГОЛЬ»

**О**ОО Страховая Медицинская Компания «Облкемеровоуголь» учреждено 05 апреля 1997 г. Учредитель — ЗАО Угольная Компания «Облкемеровоуголь». Уставной капитал страховой компании — 60000000 рублей. На рынке страховых услуг общество имеет четкую специализацию и работает по двум видам медицинского страхования:

- Обязательное медицинское (ОМС) — лицензия № А390496 от 15.07.1997 г.
- Добровольное медицинское (ДМС) — лицензия № 0329Д от 15.07.1997 г.

Возглавляет ООО СМК «Облкемеровоуголь», с самого начала становления и по настоящее время, генеральный директор Мигаль Олег Васильевич.

Обязательное медицинское страхование для компании является приоритетным видом страховой деятельности. Ведь обеспечение гарантированной бесплатной медицинской помощью населения на основании закона об обязательном медицинском страховании является задачей государственной важности. Работа в этом направлении осуществляется грамотными специалистами, имеющими высокий уровень подготовки и опыт работы в данном деле.

Главной задачей в работе компании является оказание населению качественного медицинского обслуживания и защита прав застрахованных.

ООО СМК «Облкемеровоуголь» занимается страховой деятельностью в системе обязательного медицинского страхования на территориях гг. Кемерово, Анжеро-Судженск, Гурьевск и Гурьевского района. Для качественного проведения этой деятельности осуществляется финансирование из Исполнительной Дирекции Территориального Фонда ОМС Кемеровской области, Беловского и Анжеро-Судженского филиалов Территориального Фонда ОМС.

Максимальная численность застрахованных по ОМС в 2003 г. составила 101000 человек. ООО СМК «Облкемеровоуголь» имеет большой опыт работы с неработающим населением, в частности, с неработающим населением г. Анжеро-Судженска, Крапивинского района. В настоящее время в работе находятся 88 договоров ОМС со Страхователями, и это число растет.

В числе страхователей ООО СМК «Облкемеровоуголь», кто доверил обеспечение заботы о своем здоровье, были и остаются такие крупные предприятия, как ОАО «Анжерский машиностроительный завод» в г. Анжеро-Судженске, ОАО «Гурьевский ме-

таллургический завод» в г. Гурьевске, ОАО «Разрез Шестаки» Гурьевского района и многие другие.

И это закономерно, так как в рамках ОМС компания обеспечивает полный спектр медицинских услуг, предусмотренный Территориальной программой государственных гарантий Кемеровской области.

ООО СМК «Облкемеровоуголь» сотрудничает и имеет действующие договора по оказанию медицинских услуг по ОМС с 52 лечебно-профилактическими учреждениями области. В обязательном порядке, для оказания застрахованным качественной медицинской помощи по месту жительства, это все ЛПУ гг. Кемерово, Гурьевск, Белово, Анжеро-Судженск, но, если помощь понадобится в другом городе или районе, компания имеет договора и на территориях гг. Новокузнецк, Ленинск-Кузнецкий, Березовский и т.д.

Застрахованные ООО СМК «Облкемеровоуголь» имеют возможность получить необходимую медицинскую помощь, не прибегая к системе «платные услуги», а через талоны на оплату дорогостоящих медицинских манипуляций (диагностических, лечебных, оперативных), которые, при возникновении такой необходимости, им предоставляет и оплачивает страховая компания.

В отделе защиты прав застрахованных работает высококвалифицированный врач-эксперт. Ежегодно в плановом порядке проводится экспертиза качества лечения застрахованных в стационарах и поликлиниках ЛПУ для осуществления постоянного контроля над уровнем качества лечения.

При обращении застрахованного с устной или письменной жалобой на некачественное лечение или взимание денежных средств за услугу, входящую в ОМС, врач-эксперт незамедлительно проводит медицинскую экспертизу.

Если застрахованному при прохождении стационарного лечения пришлось приобретать медикаменты, которые входят в формулярный список медикаментов, гарантированных территориальной программой ОМС, последнему (по его заявлению и приложенным платежным документам) восстанавливаются затраченные средства.

Структура компании представлена главным подразделением с генеральной дирекцией, финансово-экономической службой, отделом защиты прав застрахованных и двумя территориальными отделами в гг. Анжеро-Судженск, Гурьевск. Численность работающих в компании — 15 человек.



Высококвалифицированный коллектив, сложившийся за годы работы, способен решать любые задачи в сфере обеспечения гарантиро-

ванной бесплатной медицинской помощи для граждан в системе Обязательного Медицинского Страхования.



## МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

В статье приведены технологии формирования алгоритмов первичной, вторичной профилактики и реабилитации больных, составленные для различных контингентов населения (дети разных возрастных групп, подростки, трудоспособное население, лица пенсионного возраста), а также методика оценки достижения результата профилактической и реабилитационной деятельности путем формирования моделей конечных результатов.

**Ключевые слова:** профилактика, реабилитация, алгоритм.

In clause the technologies of formation of algorithms of primary, secondary preventive maintenance and rehabilitations of the patients made for various quota of the population (children of different age groups, teenagers, able-bodied population, person of pension age), and also technique of an estimation of achievement of result preventive of activity are given by formation of models of final results.

**Key words:** preventive maintenance, rehabilitation, algorithm.

В соответствии с целевой программой «Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы», приоритетным развитием отечественного здравоохранения определено профилактическое направление.

«Концепция стратегического развития Кемеровской области до 2010 года» [1] определяет генеральную цель в сфере охраны здоровья населения — стабилизацию показателей общественного здоровья, снижение потерь общества по медико-биологическим аспектам за счет сокращения предотвратимой части преждевременной смертности, увеличение средней продолжительности жизни. Данным задачам отвечает первичная профилактика.

В настоящее время достоверно установлено влияние различных факторов риска на распространенность отдельных форм неинфекционной патологии (ИБС, инфаркта миокарда, инсульта, сахарного диабета). Факторами, оказывающими влияние на развитие данных видов патологии, могут быть производственные, условия проживания (загрязнение объектов окружающей среды), наследственные или приобретенные отклонения обменных процессов от нормального течения, отдельные нарушения регуляции функций (особенности липидного обмена, избыточный вес, эндогенные колебания сахара, несовершенство регуляции сосудистого тонуса и возникающие в связи с этим первые признаки артериальной гипертензии) [2, 3, 4, 5].

Установлена связь неблагоприятных факторов образа жизни (нерациональные режим и питание, ограничение двигательной активности, вредные привычки) с возникновением различных форм неинфекционной патологии [6, 7].

Изучение факторов риска показало их различный вклад в развитие конкретных заболеваний. Так, из известных более 20 факторов риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний наибольшее значение для профилактики имеют, так называемые, основные факторы риска — пограничная форма артериальной гипертензии, курение, нарушения липидного обмена, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, недостаточная физическая активность.

Многие факторы риска начинают действовать и проявляться уже в детстве, когда формируются основные поведенческие установки, взгляды, навыки, привычки, вкусы, что определяет в дальнейшем образ жизни человека. Факторы риска возникновения различных форм неинфекционной патологии утяжеляют течение основного заболевания, повышают вероятность развития тяжелых форм и летальных исходов.

При решении проблемы профилактики заболеваний в большинстве случаев основной акцент делается не столько на первичную профилактику, сколько на диагностику и медикаментозное лечение (вторичная профилактика). Профилактика в системе здравоохранения чаще всего ограничивается профилактическими осмотрами (предварительными при приеме на работу, периодическими и целевыми). Обследования (скрининги) в поликлиниках по выявлению факторов риска заболеваний носят эпизодический характер и малоэффективны. Если какие-либо факторы риска и выявляются, то за этим, в силу колоссального дефицита времени врача, как правило, не следуют профилактические консультации. Медицинские работники слабо владеют современными методами консультирования по профилактике заболева-

ний, для такой работы у них недостаточно методического материала.

Не способствует заинтересованности в профилактической работе и существующая система оплаты труда медицинских работников. В условиях ОМС в перечне оплачиваемых медицинских услуг отсутствует профилактическая медицинская услуга, поэтому многие медицинские работники не считают нужным тратить ограниченное время, отведенное на прием больного в поликлинике, на профилактическое консультирование. Существующая система ОМС не предусматривает механизм оплаты за оказание профилактической помощи (консультирование по факторам риска заболеваний и т.п.). Вместе с тем, остается неиспользованным огромный потенциал и ресурсы системы здравоохранения по первичной профилактике заболеваний.

Решение проблем инвалидности и инвалидов считается не менее важной проблемой социальной политики на современном этапе развития общества. В России в последние годы отмечается четкая тенденция к увеличению как абсолютного, так и относительного показателя инвалидности. В 2001 году в Российской Федерации впервые были признаны инвалидами свыше 1 миллиона человек, причем более 80 % составляют инвалиды наиболее тяжелых I и II групп инвалидности [8]. За период с 1992 по 2001 годы в Кемеровской области ежегодное абсолютное количество лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилось с 15241 человека до 20376 человек. За этот же период времени отмечен рост в 1,4 раза показателя первичного выхода на инвалидность, с 49,16 на 10000 населения в 1992 году до 68,78 в 2001 году. Увеличение уровня первичной инвалидности произошло, в основном, за счет инвалидов вследствие общего заболевания. Вместе с тем, показатели реабилитации инвалидов остаются на низком уровне и не превышают 2,3 % при повторном освидетельствовании. В 2004 году первичный выход на инвалидность в Кемеровской области составил 67,4 на 100000 населения.

Реабилитация инвалидов проводится в соответствии с реабилитационными программами, определяющими объем, сроки и уровень проводимых реабилитационных мероприятий. Обязательный минимум содержания базовой реабилитационной программы устанавливается соответствующим государственным реабилитационным стандартом. В индивидуальную программу реабилитации инвалида включаются реабилитационные мероприятия, направленные на восстановление способностей инвалида к бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструк-

туры. Но, несмотря на некоторые позитивные шаги, до настоящего времени отсутствует единая система реабилитации инвалидов, не разработана система контроля и оценки эффективности индивидуальных программ реабилитации.

Учитывая вышесказанное, одним из перспективных направлений профилактической деятельности является формирование алгоритмов первичной, вторичной профилактики и реабилитации больных. В настоящее время в Кемеровской области разрабатываются алгоритмы профилактики для различных контингентов населения (детей, подростков, трудоспособного населения, лиц пенсионного возраста), для разных нозологических форм заболеваний и патологических состояний, на конкретных этапах оказания медицинской помощи пациентам.

Алгоритмы профилактики содержат название заболевания, его код по МКБ, контингенты населения и соответствующие им риски возникновения патологии, перечень мероприятий, направленных на коррекцию влияния риска, единицы измерения, стандарт обследования, перечень профилактических мероприятий и оценку их результата.

При разработке алгоритмов профилактики под укреплением здоровья подразумевается процесс создания для людей возможности увеличить контроль над факторами, его определяющими. Укрепление здоровья включает в себя не только информирование и обучение людей или улучшение умений и навыков отдельных лиц, но также действия, направленные на изменение социальных, экологических и экономических условий с тем, чтобы смягчить их воздействие на общественное и индивидуальное здоровье.

Из модифицируемых факторов риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ) наиболее важными являются психосоциальный стресс, курение, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, артериальная гипертензия (АГ), избыточная масса тела, нарушение углеводного обмена, сахарный диабет 2-го типа, дислипидемии. Своевременное выявление и воздействие на данные факторы поможет предотвратить развитие НИЗ.

Исходя из сказанного, к основным задачам, стоящим перед первичным звеном здравоохранения по профилактике заболеваний и патологических состояний, относятся:

- осуществление комплекса практических мер по предупреждению и коррекции управляемых факторов, влияющих на риск развития НИЗ;
- повышение профилактической активности;
- оказание профилактической помощи на индивидуальном, групповом и семейном уровне;
- координация профилактической деятельности между различными учреждениями и структурами здравоохранения.

Стратегия профилактики заболеваний предусматривает анализ сложившейся ситуации, обоснование выбора приоритетов и критериев оценки результатов.

Анализ ситуации включает сбор информации и выбор приоритетов. Анализ информации проводится по следующим направлениям: демографические показатели, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие населения; образ жизни населения изучаемой территории и факторы, влияющие на его здоровье (режим питания, наличие вредных привычек, физическая активность, воздействие стрессовых факторов и т.п.); факторы окружающей среды, влияющие на здоровье (обеспеченность жильем, условия труда, загрязнение воздушной и водной среды и т.п.); отношение к здоровью, информированность о факторах, влияющих на здоровье населения; источники получения информации о здоровье и факторах, на него влияющих (друзья, СМИ, врачи и т.п.); имеющиеся ресурсы для укрепления здоровья и профилактики заболеваний (кадры, технические средства, финансирование и т.п.)

Источниками информации являются официальная отчетность (медико-статистическая, экономическая, экологическая и др.), а также данные социологических опросов (населения, работников здравоохранения, образования и других, имеющих отношение к проблемам укрепления здоровья и профилактики заболеваний) об отношении к здоровью, знаниях, умениях, навыках, источниках информации о здоровье.

Приоритетными должны стать те виды вмешательств, которые окажутся наиболее эффективными в снижении заболеваний, травм и патологических состояний в конкретных группах населения. Данные мероприятия должны быть направлены на группы высокого риска, и включать наиболее эффективные в предупреждении возникновения и развития заболеваний среди этих групп. Все возможные виды таких профилактических мероприятий для каждой конкретной группы должны быть, по возможности, учтены и перечислены.

Выбор технологии профилактических вмешательств зависит от группы населения, приоритета профилактического вмешательства, медицинской, социальной и экономической целесообразности. Конкретные профилактические технологии должны соответствовать принципам медицины, основанной на доказательствах, и иметь строгие оценки эффективности и результативности. Результаты профилактических вмешательств оцениваются по критериям результативности, эффективности, адекватности, доступности профилактической помощи.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) разрабатывается в безусловном порядке после каждого освидетельствования инвалида на 1-2 года. Реабилитация инвалидов

осуществляется по нескольким направлениям: медицинская реабилитация (восстановительное лечение, реконструктивная хирургия, протезно-ортопедическая помощь, санаторно-курортное лечение, использование технических средств медицинской реабилитации, социальный патронаж семьи, имеющей инвалида), профессиональная реабилитация (экспертиза потенциальных профессиональных способностей, профориентация, профподготовка, профессионально-производственная адаптация и рациональное трудоустройство), социальная реабилитация (информирование и консультирование по вопросам реабилитации, оказание юридической помощи инвалидам, социально-психологический и социально-культурный патронаж семьи, имеющей инвалида, адаптационное обучение с использованием технических средств реабилитации), психологическая реабилитация (психотерапия, психологическая коррекция, психологическое консультирование и др.), социокультурная реабилитация (занятия в клубе по интересам), реабилитация средствами физической культуры и спорта. Для детей в возрасте до 18 лет – психолого-педагогическая реабилитация (получение дошкольного воспитания и обучения в конкретном типе дошкольного образовательного учреждения, общего образования в различных типах образовательных учреждений с использованием разных форм обучения), а также социально-педагогический патронаж семьи, имеющей ребенка-инвалида, осуществляемый работниками территориального управления социальной защиты.

Алгоритмы реабилитации включают код заболевания, его название, степень нарушения функций того или иного органа (стадию заболевания), продолжительность восстановительного периода, число курсов восстановительной терапии, реконструктивную хирургию, протезно-ортопедическую помощь, санаторно-курортное лечение, использование технических средств и изделий медицинского назначения, индикаторы качества, оценку результата.

Применение алгоритмов профилактики и реабилитации позволит рационально использовать ресурсы здравоохранения, будет способствовать повышению качества медицинской помощи и увеличению потенциала общественного здоровья.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Щипачев, К.В. Проблемы и перспективы развития здравоохранения Кемеровской области /Щипачев К.В. //Медицина в Кузбассе. – 2002. – № 1. – С. 4-6.
2. План действий по разработке региональных программ по укреплению здоровья детей. Часть II. /Глазнов И.С., Демин А.К., Евстифеева Г.Ю. и др. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004. – № 2. – С. 48-56.



3. Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России. Часть I. /Глазунов И.С., Демин А.К., Евстифеева Г.Ю. и др. //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004. – № 1. – С. 14-20.
4. Лисицын, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни /Лисицын Ю.П. //Здравоохранение РФ. – 1998. – № 3. – С. 49-51.
5. Оганов, Р.Г. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России /Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – № 3. – С. 4-8.
6. Комаров, Ю.М. Проблемы и тенденции здоровья населения России /Комаров Ю.М. //Здравоохранение РФ. – 1991. – № 4. – С. 3-6.
7. Лисицын, Ю.П. О концепции стратегии охраны здоровья /Лисицын Ю.П. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 2. – С. 7-10.
8. Пузин С.Н. Проблемы современной реабилитации инвалидов /Пузин С.Н. //Экономика здравоохранения. – 2003. – № 9. – С. 5-8.



## ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

«Aliis inserviendo consumora...»

«Света другим, стараю сам...»

В последние десятилетия в Российском государстве происходит множество реформ. Не прошли они и мимо систем здравоохранения и медицинского страхования. Стратегическая цель всех преобразований — повышение благосостояния и укрепление здоровья российского гражданина.

Одним из главных ресурсов реализации инноваций в здравоохранении выступает медицинский персонал. Безусловно, что качество медицинской помощи во многом зависит от уровня его квалификации, профессионализма, умения принимать самостоятельные решения в сложных ситуациях и нести ответственность за жизнь других людей. В то же время, исцеляя других, сами медицинские работники трудятся в условиях высокого профессионального риска.

Условия и характер труда разных категорий и профессиональных групп работников здравоохранения заслуживают пристального внимания в плане охраны их здоровья, поскольку они подвергаются воздействию различных неблагоприятных факторов производственной среды (биологические и химические вещества, ионизирующее и лазерное излучение, ультразвук, вынужденная рабочая поза, нервно-эмоциональное напряжение, чрезмерное напряжение анализаторных систем и другие) [1].

В Кемеровской области в 1103 учреждениях здравоохранения работают 41573 медицинских работников, что соответствует 1,5 % от численности населения области (на 01.01.04 г.). Обращает внимание, что в 2004 году доля врачей в возрасте до 30 лет составляет 13,6 %, от 31 до 50 лет — 53,4 %, старше 50 лет — 33 %.

Показатель обеспеченности врачами и медицинскими сестрами равен, соответственно, 43,9 и 100,8 человек на 10 тысяч населения. Укомплектованность физическими лицами по области у врачей составляет 57 % (в городах — у 56,5 %, в районах — у 63,1 %), у среднего медицинского персонала — 79,5 % (в городах — у 69,8 %, в районах — у 81,9 %). Следовательно, каждый из них выполняет нагрузку, превышающую установленные нормативы на одну должность. Соотношение врач — медицинская сестра составляет 1 : 2,3.

Квалификационную категорию имеют более половины врачей и медицинских сестер (61,5 %

и 65,5 %, соответственно). У врачей высшая категория установлена в 19,5 % случаев, первая — в 33,3 %, вторая — в 8,6 %. Для среднего медперсонала — в 31 %, 25,6 % и 9,9 % случаев, соответственно.

Ежегодно кузбасские врачи участвуют во все-российских конкурсах. Количество докторов, занявших призовые места в российском конкурсе, растет год от года, победителями 2004 года стали 6 человек, из них три первых места и три вторых.

Отношение к собственному здоровью и профилактике, установка на здоровый образ жизни являются одним из важнейших социально-психологических факторов, отражающих особенности мотивации, характерологические свойства личности [2].

Социологический опрос, проведенный среди медицинских работников Кемеровской области, показал, что здоровье, как наиболее важная жизненная ценность, занимает приоритетное место только у 31 % человек.

По литературным данным [3, 4], только менее половины медицинских работников активно заботятся о своем здоровье. Каждый третий из средних медработников и каждый четвертый из врачей считает, что ничего не может сделать для улучшения своего здоровья, хотя, по мнению большинства врачей (95 %), забота о здоровье — это личная обязанность человека. Большая часть (78,4 % врачей и 68,9 % средних медицинских работников) занимаются самолечением, либо получают медицинскую помощь у своих коллег без последующей регистрации случая заболевания в медицинской документации и, следовательно, не включаются в общую статистику. В результате, имеет место значительный недоучет хронической заболеваемости у медицинского персонала, а следовательно, отсутствие полноценной системы оздоровления.

В Кемеровской области цеховая медицинская служба для работников здравоохранения создана лишь в шести ЛПУ, в городах Кемерово (ОКБ 1, ГКБ 2), Новокузнецк (ГКБ № 1, № 29), Междуреченск (ЦГБ), и в ЦРБ Тисульского района.

За последние десять лет в России наметилась стойкая тенденция к росту профессиональной заболеваемости у медицинских работников. Среди

ведущих причин возникновения профзаболеваний у медицинского персонала — биологические агенты (до 73 % случаев), лекарственные препараты (16 %), химические вещества (11 %) [5].

В Кемеровской области также заметно возросло число профессиональных больных среди медицинских работников (1999-2001 гг. — 38 человек, 2002-2004 гг. — 54 человека). На долю здравоохранения в 2002-2004 годы приходится более 1 % всех профбольных.

За 2002-2004 годы в структуре профпатологии медицинских работников 42,3 % приходится на туберкулез органов дыхания, 18,5 % — на бронхиальную астму, около 8 % — на аллергические дерматозы, 5,6 % составляют вирусные гепатиты. Среди больных более 44 % составляют медицинские сестры, лаборанты и акушерки, 24 % — врачи различных специальностей, 18,5 % — санитарки.

Профессиональная деятельность медика предполагает эмоциональную насыщенность и большое количество факторов, вызывающих стресс, что также отражается на состоянии его здоровья. Эмоциональное соучастие, сопереживание, перенос на себя чужих, негативных состояний, интенсивная «психологическая включенность» в рабочий процесс, терпение, выдержка и высокое чувство ответственности создают условия для быстрого истощения нервной системы медиков и развитию у них, так называемого, синдрома «эмоционального или профессионального выгорания» [6, 7].

В 2004 году среди медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) г. Кемерово проведен анализ уровня конфликтности, способов разрешения конфликта в зависимости от их профессионального статуса. В профессиональной структуре наибольшую долю составили медицинские сестры (58,1 %), примерно равными были группы врачей (22,3 %) и младшего медперсонала (19,6 %).

Исследования показали, что в медицинской среде большая часть работников имеют средний уровень конфликтности (67,6 %). Высоким уровнем конфликтности обладают 15,4 % работников, низким — 17 % персонала.

Интересно, что уровень конфликтности работников ЛПУ, в котором установлены повышенные требования к профессионализму (больница категории «А», с клиническими базами для обучения, областными специализированными центрами) возрастает.

Так, в таких ЛПУ среди врачей доля высококонфликтных личностей равна 18 %, среди медицинских сестер (МС) — 17 %, среди младшего медперсонала (ММП) — 28 %. В других ЛПУ во всех профессиональных группах уровень колеблется от 4 % до 7 %.

«Профессиональное выгорание» не только ухудшает результаты работы, физическое и эмо-

циональное самочувствие человека, оно также провоцирует конфликты, как на работе, так и дома. Стиль поведения в конкретном конфликте определяется той мерой, в которой человек хочет удовлетворить собственные интересы.

Жизненные ценности медицинские работники в порядке приоритетности обозначили следующим образом: активная и деятельная жизнь (58,8 %), жизненная мудрость (37,8 %), здоровье (31 %), наличие хороших и верных друзей (19,5 %), интересная работа (19,3 %), красота природы и искусства (18,2 %), любовь (17,2 %), материальная обеспеченность (10 %). С 9 по 17 ранговые места представлены следующими категориями: счастливая семейная жизнь, хорошая обстановка в стране и в мире, познание и расширение кругозора, общественное признание, свобода и независимость, самостоятельность, равенство, удовольствия, творчество и уверенность в себе.

Стратегия поведения в конфликте позволяет для каждого человека создать свой собственный стиль его разрешения. Соотношение двух главных забот человека — достижение личных целей и сохранение хороших взаимоотношений с другими людьми — лежит в основе поведения человека в условиях конфликта.

Собственные исследования показали, что доля работников с преобладанием в их поведении стратегии ухода под панцирь («Черепашка»), т.е. уклонения и отказа, как от достижения личных целей, так и от участия во взаимоотношениях с окружающими, составляет 9,2 %. При этом, у врачей показатель больше относительно других профессиональных групп и равен 14 % (ММП — 9 % и МС — 4,5 %). Важно, что чем выше категория ЛПУ, тем меньше доля такого типа поведения среди работников, почти в 5 раз.

Силовая стратегия (принуждение), когда цели очень важны, а взаимоотношения — нет («Акула»), характерна для 11,2 % медработников. Среди них врачей — 19,5 %, МС — 5,5 %, ММП — 8,5 %. Для такого человека не важно, любят ли его, он считает, что конфликты решаются выигрышем одной из сторон и проигрышем второй. В ЛПУ категории «А» доля данного типа работников в 2,7 раза меньше, чем в остальных.

Другой тип поведения — стратегия сглаживания острых углов («Медвежонок»). Для работников важны взаимоотношения, цели — нет, поскольку они хотят, чтобы их понимали и любили, ради чего и жертвуют целями. 24,5 % медицинских работников придерживаются данного типа поведения в условиях конфликта (среди врачей — 24 %, МС — 37,5 % и ММП — 12 %). В ЛПУ категории «А» — 37 %, в остальных — 12 %.

Стратегия компромисса («Лиса») предполагает, что человек готов отказаться от некоторых целей, чтобы сохранить взаимоотношения и рас-

смачивается как наиболее оптимальная в условиях конфликта. Установлено, что удельный вес такого типа в разных профессиональных группах составляет от 14 до 20 %. В ЛПУ категории «А» — 22,3 %, в других — 11,7 %.

Человек, избравший стратегию честной конфронтации («Сова»), ценит и цели и взаимоотношения, открыто определяет позиции и ищет выхода в совместной работе по достижению целей, стремится найти решения, удовлетворяющие всех участников. Отмечено, что такого типа поведения людей больше (38,2 %), чем других. Однако врачей среди них только 28,5 %, МС — 32,5 %, и больше всего ММП — 53,5 %. При этом, в ЛПУ категории «А» во всех профессиональных группах показатель ниже, чем в других ЛПУ, в среднем, в 1,4 раза.

Обращают внимание некоторые различия в выборе значимых ценностей у врачей относительно других профессий. Например, для врачей более значимы такие ценности, как красота природы и искусства, любовь и равенство, менее значимы — интересная работа, свобода и независимость. В то же время, «материальная обеспеченность» как ценность занимает наиболее высокое четвертое ранговое место только у ММП, седьмое — у врачей и лишь одиннадцатое — у сестер.

Здоровье человека зависит от многих факторов, не последнее среди которых занимает образ жизни, стремление к созданию благоприятных условий существования. Это достойная зарплата, нормальные жилищные условия, возможность получить качественное образование, медицинскую помощь.

По данным Росстата, размер средней заработной платы работников отрасли «Здравоохранение» в 2 раза ниже средней по промышленности. Это не соответствует образовательному уровню и высокой общественной значимости деятельности медицинских работников. Низкая оплата их труда создает социальную напряженность в медицинских коллективах, отражается на состоянии здоровья, уровне конфликтности, на отношении к работе и пациентам, на качестве медицинской помощи.

Администрация Кемеровской области уделяет социальной поддержке медицинских работников большое внимание. Только за 2003-2004 годы бесплатно выделено 7 квартир, выдано 370 льготных жилищных ссуд на 10 лет под 5 % годовых, закуплено 1130 сотовых телефонов для участковых врачей, медработники участковой сети обеспечиваются проездными билетами (7,6 млн. руб.), 200 человек прошли оздоровительный курс в санатории «Белокуриха».

За 2 года средняя заработная плата в здравоохранении выросла в 1,36 раза. Она составила в 2004 году, в среднем по области, 4203 руб., в том числе у врачей — 7356 руб., среднего медперсонала — 4367 руб.

Несмотря на проводимые меры, это не снижает остроту проблемы. Повышение престижности и роли врача — задача не только медицинской общественности, но и общества в целом.

Назрела необходимость создания системы охраны и укрепления здоровья медицинских работников на основе глубокого и комплексного социально-гигиенического исследования при участии лечебно-профилактических учреждений, органов управления здравоохранением, профсоюзных и общественных организаций.

Какие бы преобразования в здравоохранении ни происходили, суть медика останется неизменной — сохранить и преумножить самое ценное, что есть у человека — его здоровье.

Ф.Ф. Эрисман писал: «Из ветвей умственного труда профессия практического врача — самая тяжелая и пагубная». Здоровье медицинских работников — это не просто часть здоровья нации, это — лицо нации. Не должен быть «сапожник без сапог».

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Измеров, Н.Ф. Труд и здоровье медиков /Измеров Н.Ф. //Профессия и здоровье: I Всерос. конгресс. — Москва, 2002.
2. Гафаров, В.В. Психология здоровья населения в России /В.В. Гафаров, В.А. Пак, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. — Новосибирск, 2002. — 360 с.
3. Вялкова, Г.М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и их потребность в оздоровительном лечении /Вялкова Г.М.: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2002. — 20 с.
4. Максимова, Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения работников здравоохранения /Т.М. Максимова //Пробл. социал. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2000. — № 3. — С. 14-19.
5. Информационное письмо о состоянии профессиональной заболеваемости у работников здравоохранения /Врач. — 2001. — № 5.
6. Кадырова, С.М. Опыт исследования и профилактики эмоционального выгорания у медицинских сестер /С.М. Кадырова, А.В. Степанов //Главная медицинская сестра. — 2004. — № 2. — С. 97-106.
7. Синдромы хронической усталости и эмоционального выгорания у медицинских сестер-организаторов и методы профилактики /Е.А. Лялюкова, Т.В. Евсеева, Е.П. Романова, В.Д. Краля //Главная медицинская сестра. — 2003. — № 8. — С. 99-104.

## ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Организация дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан — сложная задача, успех решения которой зависит от согласованных действий всех участников. Эта согласованность во многом обеспечивается наличием взаимоувязанных информационных технологий у всех участников процесса дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО).

Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр (КОМИАЦ) разработал и внедрил в Кемеровской области комплекс взаимоувязанных информационных технологий для обеспечения процесса льготного лекарственного обеспечения. Комплекс «ЛЛО-регион» включает системы информационной поддержки льготного лекарственного обеспечения в поликлиниках, аптеках и органах управления здравоохранением, как регионального, так и муниципального уровней. Комплекс обеспечивает информационный обмен с остальными участниками процесса — региональным складом (он взаимодействует с уполномоченной фармацевтической организацией), Территориальным Фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями.

Наличие такого комплекса позволяет обеспечить эффективное участие органов управления здравоохранением в процессе льготного лекарственного обеспечения, необходимое как на этапе формирования заявок на медикаменты, так и на этапе выписки льготных рецептов и отпуска медикаментов.

Необходимо отметить, что в Кемеровской области только федеральные льготники обеспечиваются медикаментами через Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования и уполномоченную фармацевтическую организацию. Что касается региональных льготников (в соответствии с Законом № 122-ФЗ) и лиц, имеющих право на льготы по Постановлению Правительства РФ № 890 от 30.07.1997 г., то они обеспечиваются медикаментами через региональный склад (при закупках из областного бюджета) или через других поставщиков (при закупках из муниципальных бюджетов). Зачастую льготники, в соответствии с Законом № 122-ФЗ, имеют право на льготы по Постановлению № 890 и претендуют на получение бесплатных медикаментов сверх федерального списка.

В связи с этим было решено формировать единую базу льготников и обеспечить единую систему учета выписки и отпуска рецептов в поликлиниках и аптеках. Тем самым, региональные и муниципальные органы управления здравоохранением имеют возможность анализировать «историю» каждого льготника и эффективно управлять процессами формирования заявок и реализации льготных медикаментов.

Не стоит забывать, что льготные категории являются частью населения, прикрепленного к каждой поликлинике, и получают медицинскую помощь наряду с остальными. Сведения о посещениях, которые предусмотрены государственной статистической отчетностью, электронные реестры об оказанных услугах в системе обязательного медицинского страхования формируются для всех прикрепленных. Из этого следует, что льготные категории населения целесообразно «погрузить» в общую базу данных прикрепленного населения и встроить дополнительные функции в систему управления поликлиникой. Именно это решение было реализовано КОМИАЦ.

Поликлиническая система «АРЕНА-SQL» была доработана для работы с льготными категориями населения. Прежде всего, был обеспечен учет льгот, как по Закону № 122-ФЗ, так и по постановлению № 890. На базе системы было создано рабочее место центра организации льготного лекарственного обеспечения. Эти центры были созданы в поликлиниках и обеспечивают ведение и обновление базы льготников, заполнение рецептурных бланков на компьютере, консультации льготников по вопросам льготного лекарственного обеспечения, формирование реестров выписанных рецептов и передачу их в страховые медицинские организации и Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования, формирование паспортов участков, отчетных и аналитических форм и др.

Дополнительная сложность реализации ДЛО заключается в том, что выписывать рецепты и формировать заявку необходимо в международных непатентованных наименованиях (МНН), а отпускаются лекарства в торговых наименованиях, именно их знают пациенты и имеют свои предпочтения. Для решения этой проблемы были предприняты следующие шаги: врач выписывает лекарственный препарат по торговому наименованию, а при печати на компьютере оно по

справочнику автоматически заменяется на МНН. Если же данный препарат в настоящее время есть в аптеке для льготного отпуска, то в рецепте формируется торговое наименование. Система позволяет работать в сетевом варианте. В области растет число поликлиник, в которых компьютеры установлены в кабинетах участковых врачей, они сами вводят информацию о посещениях, назначенных препаратах и мгновенно получают напечатанный рецептурный бланк. Безусловно, такой режим работы является оптимальным, но пока он исключение, а не правило. Компьютеризация поликлиник в минимальном варианте (компьютер в регистратуре и рабочее место центра организации льготного лекарственного обеспечения (1 компьютер на 10 тыс. населения) была проведена к началу 2005 года и потребовала больших вложений от Территориального Фонда обязательного медицинского страхования (ТФ ОМС) и Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области (ДОЗН).

Отдельная проблема — это обмен информацией между участниками процесса реализации дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Интенсивный информационный обмен предусмотрен нормативными документами, прежде всего, это отчетные документы и реестры выписанных и отпущенных препаратов. Но обмен информацией между уполномоченными поликлиниками и аптеками носит принципиально иной характер. Поликлинике необходимо ежедневно знать, какими медикаментами располагает аптека, чтобы пациент, по возможности, сразу же получил выписанный препарат.

Таким образом, необходима оперативная, надежная и дешевая связь, доступная для каждого участника, независимо от его территориального расположения. В Кемеровской области этим требованием сегодня отвечает электронная почта. При покупке компьютеров вся партия была укомплектована качественными модемами, которые могут работать даже с плохими телефонными линиями. Все уполномоченные поликлиники и аптеки были подключены к электронной почте, и техническая часть проблемы была решена. Самым сложным оказалось обучить работников работе с почтой, но и его удалось решить.

В результате, поликлиники ежедневно получают файлы с данными о наличии медикаментов в аптеке, и врачи полностью владеют информацией. Автоматизированная система позволяет врачам «видеть» медикаменты на своих компьютерах и выбирать нужный для выписки, либо, когда компьютера в кабинете нет, консультироваться в центре организации льготного лекарственного обеспечения.

Еще один информационный поток из аптеки в поликлинику — сведения об отпущенных рецептах. Это очень важная информация. Она дает

возможность врачу знать, какими именно медикаментами лечился больной, с какой задержкой их получил и получил ли вообще. Кроме того, она важна при составлении заявки.

В Кемеровской области разработан автоматизированный комплекс формирования заявок, предусматривающий согласованную работу участников процесса ДЛО. Обоснованную заявку может сформировать только участковый врач, владеющий полной информацией о прикрепленных льготниках и хорошо представляющий, с одной стороны, какие медикаменты входят в федеральный перечень для льготного отпуска, а с другой стороны — что сегодня есть в наличии в уполномоченной аптеке, обслуживающей поликлинику.

Исходная месячная заявка формируется врачами в торговых наименованиях на основе анализа состояния здоровья льготных категорий, утвержденных перечней медикаментов для каждой категории, с учетом выписанных рецептов за предыдущий период. Кроме того, врачи учитывают, какие медикаменты были реально отпущены и делают на них акцент. Помимо этого, определенный ассортимент медикаментов заказывается в торговых наименованиях без права замены — пациентам с индивидуальной непереносимостью, которым подобран конкретный препарат. Далее заявки объединяются на уровне поликлиники, и распечатываются в формате, позволяющем руководству поликлиники провести детальный анализ: по каждому заявленному МНН приводится заявка на следующий месяц, количество выписанных и количество отпущенных рецептов. Теперь руководитель имеет возможность обратить внимание врача на несоответствие выписанных и заявленных препаратов.

После корректировки заявки по результатам анализа и согласования с аптеками, она в этом же формате подается в территориальную комиссию по утверждению заявок. В Комиссию входят представители территориальных органов управления здравоохранением и представители уполномоченных аптек. Комиссия рассматривает заявку и либо утверждает, либо возвращает в поликлинику для доработки. После утверждения заявка поликлиники передается в аптеку в электронном формате.

В аптеке заявки всех уполномоченных поликлиник автоматически объединяются и корректируются аптекой с учетом остатков медикаментов на складе и темпа отпуска медикаментов, после чего заявка по электронной почте отправляется на региональный склад. Региональный склад, в свою очередь, анализирует представленные заявки, корректирует, объединяет, утверждает в региональном органе управления здравоохранением и передает в уполномоченную фармацевтическую организацию. Такая система позволяет миними-

зировать трудозатраты поликлиник и аптек и контролировать обоснованность заявки на каждом уровне принятия решений.

Теперь об аптечной системе льготного лекарственного обеспечения «АТОЛЛ». Система работает со всеми видами льгот, имеет базу данных льготников, обновляемую Пенсионным фондом через ТФ ОМС, уполномоченную фармацевтическую организацию, региональный склад, а Департаментом социальной защиты — через КОМИАЦ. Система обеспечивает постановку медикаментов на приход, в том числе через электронные накладные. Расход медикаментов учитывается по видам льгот, по источникам финансирования, по категориям населения и остальным параметрам, содержащимся в рецепте. Формируются все финансовые и статистические отчетные формы для всех уровней ответственности — федеральной, областной, муниципальной.

Все уполномоченные аптеки работают с единым справочником медикаментов, который содержит, как составную часть, федеральный перечень с подробной историей — когда медикамент был введен в перечень, изменен, удален. Такая история необходима, поскольку медикаменты по «старому перечню» отпущены и должны учитываться в выходных документах за соответствующий период. Эта же «история» позволяет выводить на экран только текущее актуальное состояние и учитывать его при формировании заявок.

Поддерживается «история» и в справочниках медицинских организаций и врачей. Это тоже жизненно необходимо — одни врачи увольняются, другие начинают работать с определенной даты. ТФ ОМС, проводя медико-экономическую экспертизу, проверяет, работал ли врач в поликлинике в период выписки рецепта.

Аналогичная ситуация с медицинскими организациями — они сливаются, преобразовываются, меняя при этом ОГРН, «история» и здесь необходима.

Понятно, что ведение всех указанных справочников, а также справочника пунктов льготного отпуска медикаментов требует работы специальной группы, которая и была создана в КОМИАЦ.

Система «АТОЛЛ» проверяет вводимую информацию и сразу сообщает об ошибках. Обеспечена работа с отсроченными рецептами — ведется и распечатывается журнал, выдаются сводные данные. На основе списка отсроченных рецептов аптека может сформировать и отправить по электронной почте на региональный склад заявку «cito». Кроме месячной заявки и заявки «cito», у аптеки есть возможность оперативной заявки в режиме удаленного доступа. В этом режиме аптека получает доступ к текущим остаткам медикаментов на региональном складе и может заказать медикаменты из имеющихся на складе с гарантией доставки в срок до недели.

В целом, комплекс по формированию заявок позволяет обеспечить качество заявок и оперативность исполнения.

Сложная проблема — это работа с неоплаченными рецептами. В соответствии с Методическими рекомендациями Федерального Фонда ОМС, проводится медико-экономическая экспертиза представленных электронных реестров, выписанных рецептов и выборочная очная медико-экономическая экспертиза. Следует отметить, что экспертиза электронных реестров проводится как ТФ ОМС, так и уполномоченной фармацевтической организацией. При этом алгоритмы проверки в разных организациях различаются и периодически усложняются.

Возникает необходимость анализировать причины отказов в оплате и, в обоснованных случаях, направлять неоплаченные рецепты в аптеки для исправления. В остальных случаях требуется принимать решения на уровне области. Например, в Кемеровской области в начале 2005 года, в условиях недостаточных федеральных поставок, было принято решение отпускать федеральным льготникам необходимые медикаменты из областного запаса, муниципальных запасов и собственных запасов аптек. При этом федеральный перечень медикаментов льготного отпуска появился в области 11 января, а до аптек дошел к концу месяца. Понятно, что ими были выписаны и отпущены медикаменты сверх перечня, оплату которых ТФ ОМС не производит, но и аптеки сделать ничего не могут. Существуют и другие причины неоплаты рецептов, требующие анализа и принятия решений на областном уровне. Поэтому ДОЗН КО было принято решение поручить КОМИАЦ принимать электронные реестры от аптек, проводить предварительную экспертизу реестров, выявлять ошибочные и направлять в аптеки для исправления, а также принимать меры по устранению причины возникновения ошибок (дополнительное обучение, усиление автоматического контроля при выписке и вводе рецептов и т.д.).

Если причины неоплаты не могут быть устранены на уровне аптек и поликлиник, то КОМИАЦ должен ставить эти вопросы перед ДОЗН. Такая работа осложняется тем, что оплата отпущенных рецептов проводится с большой задержкой (из-за длинной цепочки — КОМИАЦ — региональный склад — уполномоченная фармацевтическая организация — ТФ ОМС, включающий на трех этапах экспертизу). Тем не менее, включение КОМИАЦ в цепочку дополнительного лекарственного обеспечения позволяет повысить оперативность устранения причин неоплаты рецептов и своевременно информировать ДОЗН о ситуациях, что, в свою очередь, дает возможность руководителям принимать обоснованные управленческие решения. Так, по результатам анализа ситуаций



регулярно проводятся областные совещания с руководителями органов управления здравоохранением территорий, руководителями уполномоченных аптек и поликлиник, по электронной почте рассылаются информационные и методические материалы. Следует отметить, что реализация дополнительного льготного обеспечения в значительной степени способствовала введению в здравоохранении области обмена документами с использованием электронной почты.

Остановимся на вопросах обучения и консультирования при реализации льготного лекарственного обеспечения. Обучение работе с компьютерными системами работников аптек и поликлиник КОМИАЦ провел в виде ряда обучающих семинаров. Однако на местах требовалось постоянное системное сопровождение, обновление баз льготников, справочников, программного обеспечения, его установка на новых рабочих местах и настройка.

В соответствии с приказом ДОЗН, во всех территориях были введены должности системных программистов и приняты конкретные специалисты. КОМИАЦ провел первоначальное обучение и постоянно консультирует их по вопросам системного сопровождения. Такой подход позволяет оперативно решать возникающие проблемы. Кроме того, сотрудники КОМИАЦ консультируют работников поликлиник и аптек по вопросам работы с системами. Это — важный компонент реализации дополнительного лекарственного обеспечения в условиях постоянно изменяющихся справочников медикаментов, отчетных форм и порядка отпуска.

Перейдем к третьей составляющей комплекса «ЛЛО-регион». Это — аналитическая информационная система для органов управления здравоохранением «КОРАЛЛ». Она работает как

на областном, так и на муниципальных уровнях управления. В областную информационно-аналитическую систему еженедельно по электронной почте передаются данные из всех уполномоченных аптек, они содержат сведения о поступлении медикаментов по всем видам ответственности, по отпуску медикаментов и их остаткам. Еженедельно формируются отчетные формы в разрезе территорий и аптек по каждому виду льготы о количестве и сумме отпущенных рецептов, о суммах, на которые поступили медикаменты по каждой льготе и об остатках медикаментов — в ассортименте и суммах. Формируются отчеты об обеспечении медикаментами отдельных категорий населения. Ведется анализ средней стоимости рецепта по видам льгот, отслеживается число обратившихся льготников и анализируется среднее и максимальное число обращений за период и количество рецептов, отпущенных каждому льготнику во всех аптеках области. Имеется возможность получить сведения по льготникам, которым отпущены медикаменты, как по Закону № 122-ФЗ, так и по Постановлению № 890.

Система «КОРАЛЛ» позволяет оперативно проводить весь необходимый для управления льготного лекарственного обеспечения анализ, что дает возможность органам управления корректировать работу уполномоченных поликлиник и аптек. Аналогичная работа проводится в ряде городов области. Там система «КОРАЛЛ» позволяет контролировать медикаментозное обеспечение льготников конкретного города по всем видам льгот за счет всех источников.

В заключение следует отметить, что внедрение программного комплекса «ЛЛО-регион» способствовало успешной реализации Закона № 122-ФЗ и усилению контроля за выполнением Постановления № 890.



## ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с приказом ДОЗН № 305 от 21.04.2003 г., в Кузбассе действуют 62 межтерриториальных отделения, основной функцией которых является обеспечение оказания специализированной медицинской помощи больным, не имеющим возможность получить медицинскую помощь соответствующего уровня на территории проживания.

Уровень первичной инвалидности, смертности значительно выше в населенных пунктах численностью до 100 тысяч человек. Вместе с тем, обеспеченность врачебными кадрами значительно ниже в сельских районах и малых городах (таблица).

сложно обследовать и поставить диагноз по месту жительства и т.д.

Анализ госпитализаций в центры за 2 года показывает, что случаев необоснованной госпитализации практически нет. В то же время, опрос пациентов и объективные факторы показывают, что не во всех территориях пациенты имеют возможность своевременно получить соответствующее направление.

Например, несвоевременная госпитализация в отделение взрослой ортопедии составила 43,6 % у городского населения и 68,3 % у сельского (без учета тех, кто при наличии показаний вообще не попал в центр).

**Таблица**  
**Обеспеченность врачебными кадрами**

| Населенные пункты                  | Количество врачей<br>на 10 тыс. населения | Удельный вес<br>аттестованных врачей |
|------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| Сельские                           | 7,3-28,6                                  | 20-62,1 %                            |
| Города до 100 тыс. человек         | 16,4-34,1                                 | 29,7-69,6 %                          |
| Города от 100 до 200 тыс. человек  | 22,5-34,9                                 | 36,6-53,1 %                          |
| Крупные города от 300 тыс. человек | 36,0-47,0                                 | 50,5-56 %                            |

Кроме того, организация высокотехнологичных специализированных видов медицинской помощи требует большого количества сопутствующих мероприятий, таких как адекватное лекарственное обеспечение, обеспечение инфекционной безопасности, наличие эффективной системы контроля качества и т.д.

На базе МЛПУ Городская клиническая больница № 1 функционируют 14 межтерриториальных отделений и один областной центр. Анализ работы этих центров за 2 года подтверждает эффективность выбранной организационной схемы. Вместе с тем, опыт показывает, что спектр показаний для пребывания в центрах значительно шире, чем «3-4 группа курации».

Специализированную помощь в таких отделениях получают пациенты, на территории проживания которых вообще не оказывается данный вид медицинской помощи, нет специалистов необходимой квалификации или нет необходимого инструментария; больные, у которых имеется высокий риск хирургического вмешательства за счет сопутствующих заболеваний; пациенты, которых

Административные препятствия при направлении пациентов в центры приводят в последующем к осложнениям в течении болезни, затягиванию сроков выздоровления, длительной нетрудоспособности с возможной последующей инвалидизацией пациента.

Страховые компании сегодня проводят работу по экспертизе обоснованности госпитализации. Но необходима совместная работа экспертов страховых компаний и специалистов межтерриториальных отделений по территориям, направленная на анализ своевременности и доступности направлений по медицинским показаниям в межтерриториальные центры, а также на анализ последствий и дополнительных финансовых затрат, вызванных несвоевременностью соответствующих направлений.

Также необходимо уточнить показания для направления пациентов для каждого центра.

Кроме того, следует усилить координацию и преемственность между центрами и лечебными учреждениями, осуществляющими направление пациентов в межтерриториальные отделения.

## ПРОБЛЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ В МУНИЦИПАЛЬНОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА»

Система обязательного медицинского страхования была введена в России более 10 лет назад. Безусловно, заслугой введения системы ОМС является то, что в условиях социального расслоения общества и резкого снижения бюджетного финансирования здравоохранения, развития теневого рынка медицинских услуг сохранилась доступность бесплатной медицинской помощи населению на приемлемом уровне.

Введение ОМС позволило сформировать стабильный источник финансирования лечебных учреждений, начался переход от простого содержания медицинских учреждений к оплате их деятельности в зависимости от объема и качества работы, снизить напряженность с оплатой труда медицинских работников и, в конечном итоге, сохранить здравоохранение как отрасль.

Изменились подходы к финансированию медицинских учреждений путем возмещения расходов за реально оказанную медицинскую услугу, введена система тарифов, основанных на медико-экономических стандартах.

Но, к сожалению, все годы система ОМС, за очень редкими исключениями, работает с хроническим дефицитом средств. При формировании муниципального задания планируются только так называемые «защищенные» статьи расходов: заработная плата, начисления на заработную плату, медикаменты, питание, мягкий инвентарь.

К тому же, при формировании муниципальных заданий на сегодняшний день используются методы, приводящие к возникновению серьезных искажений (несоответствие между объемными и финансовыми показателями) и во многом противоречащие основополагающим принципам обязательного медицинского страхования.

Действующая технология формирования муниципального задания в части ОМС, реализованная через планирование «сверху» (т.е. от потребности населения территории в целом в койках конкретного профиля — к последующему распределению их по ЛПУ):

- в полной мере отвечает целям территориальных органов здравоохранения, направленным на максимально возможное сохранение коечного фонда и штатных должностей;

- не отражает истинной востребованности коечного фонда каждого конкретного лечебного учреждения;

- приводит к дисбалансу объемных и финансовых показателей и отвлечению существенной части средств на койки, работающие не с полной нагрузкой;

- провоцирует пассивное отношение к совершенствованию лечебного процесса со стороны медицинского персонала, отсутствие необходимости внедрения новых медицинских технологий;

- не учитывает реальных потребностей ЛПУ в оборудовании, ремонте и т.п.

При этом структура медицинских учреждений и основные направления их деятельности ориентируются не на уровень и структуру заболеваемости населения, а на поиск путей получения наибольшего финансирования.

Отдельно следует отметить, что метод оплаты по глобальному бюджету, в свое время позволивший обеспечить предсказуемость затрат в системе ОМС, в настоящее время играет скорее отрицательную роль:

- усредняя стоимость пролеченного вне зависимости от степени тяжести его состояния, провоцирует желание лечебных учреждений заниматься более легкими случаями заболеваний, чем госпитализировать пациентов в тяжелых, запущенных состояниях;

- ставит доход лечебных учреждений в прямую зависимость от субъективного мнения специалистов Управления здравоохранения, распределяющих объемы муниципального задания между ЛПУ.

Усредненная стоимость пролеченного больного существенно сказывается на работе нашей больницы, т.к. основной контингент обслуживаемого нами населения — граждане преклонного возраста. Около 55000 человек прикрепленного населения — незащищенные слои: неработающие пенсионеры, студенты, учащиеся техникумов и профессиональных училищ; 75 % пролеченных в стационаре — пенсионеры и инвалиды, имеющие зачастую тяжелые и хронические заболевания, нередко в запущенном состоянии и, как правило, не одно. Тарифами же предусмотрено лечение только основного заболевания. Увеличение тарифов с



учетом оплаты лечения и сопутствующих заболеваний позволило бы уменьшить процент повторной госпитализации в стационар больницы.

Финансирование, выделяемое по муниципальному заданию, недостаточно, если не сказать, мизерно. Большое количество людей остается без так необходимой им специализированной помощи. Некоторая часть населения, в силу разных причин, не имеет возможности госпитализироваться в стационары больниц, желая, тем не менее, пройти курс обследования и лечения в дневных стационарах поликлиник или на дому.

Приобретение более современного необходимого для этих целей оборудования (переносные рентгеновские аппараты, электрокардиографы, экспресс-диагностические клинические лаборатории) позволило бы расширить номенклатуру оказываемых услуг и дало возможность большему количеству пациентов получить медицинскую помощь по стационаро-замещающим технологиям.

Жесткие рамки формирования и исполнения муниципального задания лечебно-профилактического учреждения, устаревшая единая тарифная

сетка оплаты труда медицинских работников вяжет по рукам и ногам свободу действий и инициативу главных врачей. При таком положении вещей у руководителя лечебного учреждения отсутствуют истинные побуждающие моменты к экономии и перераспределению средств, экономические рычаги управления выдаются за желаемое.

Предлагаю разрешить руководителям ЛПУ, при отсутствии кредиторской задолженности по защищенным статьям ОМС и наличии финансовых средств, заработанных медицинским учреждением, самостоятельно решать вопрос по приобретению необходимого оборудования, электронно-вычислительной техники, по оплате повышения квалификации медицинского персонала, по направлению средств на капитальный и текущий ремонты, так как средств, выделяемых бюджетом на эти статьи расходов, катастрофически не хватает.

Поэтому сегодня для коренного изменения ситуации в системе здравоохранения требуется решительность и осторожность, мудрость и ответственность.



## ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

**В**нутрибольничные гнойно-септические инфекции сопровождают, как минимум, каждого десятого оперированного пациента и являются существенным бременем для здравоохранения [1, 2, 3]. Основными причинами роста послеоперационных гнойных инфекций являются возрастание степени агрессии и инвазии лечебно-диагностического процесса, недостаточная антиинфекционная защита применяемых медицинских технологий, селекция полирезистентных форм микроорганизмов — потенциальных возбудителей внутрибольничных гнойно-септических инфекций.

Понимание масштабов этой проблемы важно как для хирургов, так и для администрации больниц, фондов медицинского страхования и других специалистов, занимающихся организацией систем профилактики внутрибольничных инфекций. Следует признать, что экономические аспекты этой проблемы в России изучены недостаточно [1, 4]. Более того, сообщаемые затраты на лечение в разных исследованиях отличаются вследствие неоднородности изучаемых групп пациентов, различий в локализации инфекций и методик их оценки [4, 5, 6, 7].

Экономическая оценка этого явления достаточно сложна. Она предусматривает анализ затрат, связанных с увеличением продолжительности пребывания пациента в стационаре; возрастанием численности процедур, необходимых на лечение больного с внутрибольничной гнойно-септической инфекцией, в том числе оперативных вмешательств; увеличением числа применяемых лекарственных препаратов и лабораторных исследований, необходимых подобным пациентам; расходами на обеспечение профилактических и противоэпидемических мер, таких как дезинфекция, изоляция пациента и т.д.

Эти инфекции подчас на длительное время блокируют отдельные палаты, а в некоторых случаях и отделение, значительно увеличивают время, необходимое персоналу для ухода за пациентом.

По данным наших исследований, пациенты с внутрибольничными инфекциями находятся в больнице в 2,5 раза дольше, чем аналогичные пациенты без признаков инфекции. В среднем, на 10 дней задерживается их выписка из стационара.

Риск летального исхода у этих пациентов в 7 раз выше по сравнению с больными, подобны-

ми по возрасту, полу, основной и сопутствующей патологии и тяжести.

Несмотря на то, что стоимость лечения варьирует в разных лечебных учреждениях и существенно отличается в многолетней динамике, в среднем, она в 3 раза выше, чем у неинфицированных пациентов. Цена вопроса возрастает на три порядка, когда в стационаре возникает вспышка внутрибольничной инфекции.

Внутрибольничные инфекции, помимо этого, могут приводить к увеличению времени ожидания пациента до госпитализации. Несомненно, они существенно снижают качество жизни пациента и вызывают развитие стрессорных реакций.

Кроме того, эти инфекции приводят к потере репутации лечебного учреждения, что трудно может быть переведено в финансовое выражение. Подобная многоаспектность проблемы, актуальность ее для лечебных учреждений любого типа и уровня требует разработки и внедрения стандартных, унифицированных программ антиинфекционной защиты медицинских технологий и общих мер профилактики. Стоимость инвестиций в программы инфекционного контроля несопоставимо ниже затрат на ликвидацию эпидемических ситуаций.

Приоритетными в управлении ситуацией по внутрибольничным инфекциям, по нашему мнению, являются:

- организация и обеспечение информационных потоков;
- внедрение современных информационных технологий системы сбора, учета, хранения и передачи информации, ориентированных как на сплошной учет случаев внутрибольничных инфекций, так и на проведение выборочной углубленной эпидемиологической оценки отдельных ее форм;
- эпидемиологический анализ заболеваемости;
- эпидемиологическая оценка и управление инфекционным риском медицинских технологий;
- организация системы мер, направленных на снижение агрессии лечебно-диагностического процесса;
- обеспечение высокого уровня антиинфекционной защиты медицинских технологий;
- мониторинг основных возбудителей внутрибольничных инфекций и их резистентности;
- рациональная стратегия и тактика применения антимикробных средств;



- внедрение принципа «индивидуальной изоляции» в медицинских технологиях, имеющих высокий инфекционный риск;
- разработка и внедрение стандартов выполнения лечебно-диагностических манипуляций;
- экономический анализ и оптимизация финансовых затрат на обеспечение инфекционной безопасности;
- разработка и внедрение долгосрочных программ профилактики внутрибольничных инфекций.

Реализация этих направлений позволяет эффективно контролировать эпидемическую ситуацию в хирургических стационарах, значительно снизить заболеваемость и экономические потери от внутрибольничных инфекций.

Отдельного обсуждения требует антиинфекционная защита медицинских технологий, основные принципы которой должны включаться в программы профилактики внутрибольничных инфекций в лечебных учреждениях. Такими принципами являются:

- достижение стандарта качества стерилизации материалов и инструментов, обеспечивающего возможность появления не более одного нестерильного изделия на миллион простерилизованных;
- замена изделий многоразового использования одноразовыми;
- защита от реинфицирования стерильных материалов;
- разработка и внедрение технологических стандартов и протоколов выполнения медицинских процедур, включающих детальное описание мер антиинфекционной защиты;
- сокращение числа потенциальных источников контаминации материалов, растворов, инструментов за счет ликвидации промежуточных пунктов обработки материалов;
- обеспечение принципа дублирования барьеров защиты от потенциальных источников контаминации;

- разделение «чистых» и инфицированных потоков на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Нарушение этого принципа может приводить как к цепной, так и к веерной передаче возбудителей от одного пациента к другим. Кроме того, смешение этих потоков служит пусковым фактором в формировании госпитальных штаммов;

- внедрение современных технологий обработки рук медицинского персонала;
- систематическое обучение персонала технологиям профилактики внутрибольничного инфицирования.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Семина, Н.А. Заболеваемость внутрибольничными инфекциями в РФ /Семина Н.А., Прямухина Н.К., Жилина Н.Я. //Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунол. – 1995. – № 2. – С. 30-34.
2. Struelens, M.J. Hospital Infection Control /Struelens M.J. //In: Armstrong D., Cohtn J. et al. Infectious Diseases. – Philadelphia, Pa: Mosby. – 1999. – N 3. – P. 10-12.
3. Wenzel, R. A Guide to infection Control in the Hospital. An official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2nd Edition /R. Wenzel, J.-P. Butzler, B.C. Decker Inc Hamilton. – London, 2002.
4. Яфаев, Р.Х. Эпидемиология внутрибольничной инфекции /Яфаев Р.Х., Зуева Л.П. – Л., 1989. – 168 с.
5. A comparison of community – acquired lung infection and nosocomial infection – review of autopsy cases in Hiyasama town /H. Miyazaki, N. Nagata, N. Shigematsu et al. //Nippon – Kyobi – Shikkai – Zasshi. – 1992. – Nov, 30 (11). – P. 1911-1916.
6. Guideline for Prevention of Surgical site Infection, 1999 / Mangram A.J., Horan T.C., Person M.L. et al. //Infect. Control. Hosp. Epidemiol. – 1999. – Vol. 20, N 4. – P. 250-264.
7. Relacion de la infeccion nosocomial con la mortalidad hospitalaria. Estudio multicentrico /G. Rodriguez-Rumayor, P.C. Fernandez, G.A. Delgado et al. //Med. Clin. (Barc). – 1993. – Jan 9, 100(1). – P. 9-13.



## ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                                                                                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАВЛЕНИЯ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004 ГОДУ.....                                                                                                                                                                    | 4   |
| Хайновская И.Я.<br>ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2004 ГОД<br>И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В 2005 ГОДУ.....                                                                                                          | 6   |
| Ходакова Н.И., Климкина В.В.<br>ОПЫТ РАБОТЫ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ<br>ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ПОСТУПЛЕНИЙ СРЕДСТВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.....                                                                              | 31  |
| Ходакова Н.И., Пехота Т.А., Ястребова Н.В.<br>РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ С ИНТЕГРИРОВАННОЙ БАЗОЙ ДАННЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ<br>В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ФОНДЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                          | 33  |
| Хайновская И.Я., Друшляк И.А.<br>РОЛЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В РЕАЛИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО<br>ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                                                | 38  |
| Хайновская И.Я., Иванов И.Г.<br>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.<br>ИНФОРМАЦИОННЫЕ РЕСУРСЫ.....                                                                                                     | 42  |
| Друшляк И.А., Хакимова О.Г.<br>О НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ И ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ<br>ОБЩЕОБЛАСТНОЙ БАЗЫ СЛУЧАЕВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br>НАСЕЛЕНИЮ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                      | 48  |
| Хайновская И.Я., Ходакова Н.И., Друшляк И.А.<br>АВТОМАТИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ФОРМИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ –<br>ПУТЬ К ОПТИМИЗАЦИИ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br>И ЭФФЕКТИВНОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕСУРСОВ.....                          | 51  |
| Хайновская И.Я., Ходакова Н.И., Друшляк И.А.<br>МОНИТОРИНГ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br>КАК ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ТЕРРИТОРИЙ.....                                                                   | 55  |
| Друшляк И.А., Хакимова О.Г., Садовская Е.Н.<br>О РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВНЕДРЕНИЮ ЭЛЕКТРОННЫХ<br>МЕТОДОВ СВЕРКИ ИНФОРМАЦИИ О ФАКТЕ СТРАХОВАНИЯ ПРИ ОБРАЩЕНИИ ПАЦИЕНТОВ<br>ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ..... | 58  |
| Хайновская И.Я., Друшляк И.А., Кашина Г.В.<br>ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО<br>МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2004 Г.....                                                                   | 63  |
| Друшляк И.А., Чистюхина И.А., Ефременко Ж.В.<br>РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ<br>И ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ,<br>ЗАКУПЛЕННЫЕ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТА И ОМС.....                     | 67  |
| Ситников А.А., Садовская Е.Н.<br>ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ<br>ПО ИНФОРМАТИЗАЦИИ.....                                                                                                                | 68  |
| ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ                                                                                                                                                                            | 107 |



|                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Кирикова Л.Т., Шейкина Л.Г.<br>ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.....                                                                                                                                                              | 71  |
| Шейкина Л.Г., Пустовит Л.М.<br>ВНЕВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ<br>СМО ОБК «КУЗБАСС».....                                                                                                                     | 73  |
| Траутер А.И.<br>ГАРАНТИИ, БЛАГОПОЛУЧИЕ, КОМПЕТЕНТНОСТЬ.....                                                                                                                                                                                 | 76  |
| Синяков О.Г.<br>СТРАХОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «БК СИБПРОМ» И ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ<br>ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ.....                                                                                                                              | 84  |
| Каменецкая Л.З.<br>СТРАХОВАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «ЖСО-МЕДИЦИНА».....                                                                                                                                                                                | 87  |
| Мигаль О.В.<br>СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ “ОБЛКЕМЕРОВОУГОЛЬ».....                                                                                                                                                                       | 89  |
| Царик Г.Н., Богомолова Н.Д.<br>МЕХАНИЗМ ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ<br>И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ.....                                                                                    | 91  |
| Артамонова Г.В., Перепелица Д.И.<br>ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК ФАКТОР КАЧЕСТВА<br>МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....                                                                                                                     | 95  |
| Исакова Л.Е.<br>ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО<br>ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ.....                                                                                                                 | 98  |
| Данцигер Д.Г., Харитонова Л.П.<br>ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....                                                                                                                                                    | 102 |
| Лукашевич Г.Г., Журавченков Р.В.<br>ПРОБЛЕМЫ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ<br>В МУНИЦИПАЛЬНОМ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ<br>«ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2 СВЯТОГО ВЕЛИКОМУЧЕНИКА<br>ГЕОРГИЯ ПОБЕДОНОСЦА»..... | 103 |
| Рычагов И.П., Брусина Е.Б.<br>ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ<br>ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....                                                                                                                                  | 105 |

