КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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
E-mail: m-i-d@mail.ru
www.medpressa.kuzdrav.ru

Шеф-редактор:
А.А. Коваленко

Научный редактор:
Н.С. Черных

Макетирование:
А.А. Черных
И.А. Коваленко

Директор:
С.Г. Петров

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

Отпечатано:
ООО «АНТОМ», 650004,
г. Кемерово, ул. Сибирская, 35

Тираж: 500 экз.

Розничная цена договорная

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Агаджанян В.В., Барбараш Л.С., Ивойлов В.М., Колбаско А.В., Разумов А.С. - ответственный секретарь, Подолужный В.И. - зам. главного редактора, Чурляев Ю.А., Шипачев К.В.

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), Громов К.Г. (Кемерово), Гукина Л.В. (Кемерово), Ефремов А.В. (Новосибирск), Захаренков В.В. (Новокузнецк), Золоев Г.К. (Новокузнецк), Копылова И.Ф. (Кемерово), Криковцов А.С. (Кемерово), Новиков А.И. (Омск), Новицкий В.В. (Томск), Самсонов А.П. (Кемерово), Селедцов А.М. (Кемерово), Сытин Л.В. (Новокузнецк), Тё Е.А. (Кемерово), Устьянцева И.М. (Ленинск-Кузнецкий), Царик Г.Н. (Кемерово), Чеченин Г.И. (Новокузнецк), Шмидт И.Р. (Новокузнецк), Шраер Т.И. (Кемерово).

Обязательные экземпляры журнала находятся
в Российской Книжной Палате, в Федеральных библиотеках России
и в Централизованной Библиотечной Системе Кузбасса

Материалы журнала включены в Реферативный Журнал
и Базы данных ВИНИТИ РАН

Спецвыпуск № 6 – 2008

ISSN: 1819-0901
Medicina v Kuzbasse
Med. Kuzbasse

Медицина в Кузбассе: Спецвыпуск № 6-2008: ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ. Материалы, посвященные 15-летию деятельности системы ОМС. – Кемерово: ИД «Медицина и Просвещение», 2008. – 116 с.

Спецвыпуск содержит материалы, посвященные 15-летию деятельности системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

Редакционная коллегия выпуска:

Пачгин И.В.
Друшляк И.А.
Матвеева Н.А.
Мамонова С.В.

© НП Издательский Дом «Медицина и Просвещение», 2008 г.
Воспроизведение полностью или частями на русском и других языках разрешается по согласованию с редакцией.

Одним из экономических механизмов, играющих ключевую роль в реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь, является система обязательного медицинского страхования.

В этом году Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области отмечает свой 15-летний юбилей.

За эти годы сделано немало! Можно без преувеличения сказать, что в сложный период переходной экономики система обязательного медицинского страхование позволила выстоять здравоохранению – отрасли, без которой невозможны жизнь и развитие общества.

В настоящее время Территориальным фондом создана эффективная структура управления системой ОМС Кемеровской области, включающая в себя 9 филиалов, которые работают с 7 страховыми медицинскими организациями и 138 лечебно-профилактическими учреждениями области.

Фонд является не только организацией, призванной осуществлять финансирование здравоохранения региона, но и проводником государственной политики в деле охраны здоровья населения.

Уже третий год специалисты фонда работают по важнейшим направлениям национального проекта «Здоровье» – осуществление дополнительных выплат работникам первичного звена, проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, детей-сирот. Самое непосредственное участие фонд принимал и в реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

И сегодня, когда в кузбасском здравоохранении предпринимаются серьезные шаги для того, чтобы медицинская помощь, причем, высококвалифицированная, была на деле доступна каждому нашему жителю, специалисты Территориального фонда, совместно с Департаментом охраны здоровья населения, активно работают в этом направлении. Это и введение в лечебно-профилактических учреждениях отраслевой системы оплаты труда медиков, направленной на конечный результат, и создание межтерриториальных медицинских объединений, которые позволят рационально использовать ресурсы здравоохранения и дадут людям одинаковые возможности в получении качественной медицинской услуги.

Конечно, сегодня нельзя не отметить дружный, сплоченный коллектив фонда, который отличает ответственный и высокопрофессиональный подход к своему делу. Многие специалисты трудятся в фонде 10 и более лет. Большой практический опыт, накопленный коллективом за годы работы, активность и творческая инициатива в решении многих вопросов, позволяют находить новые, наиболее приемлемые пути решения различных проблем.

Отмечая сегодняшний юбилей, хочется пожелать дальнейшего развития партнерских отношений с участниками регионального здравоохранения, результатом которых должно стать улучшение качества медицинского обслуживания, а значит и улучшение здоровья жителей Кузбасса!

С уважением,
Заместитель губернатора
Кемеровской области

К.В. Шипачев

Уважаемые коллеги!

От всей души поздравляю вас с 15-летием вашей организации!

Самые теплые слова благодарности сегодня звучат в ваш адрес.

15 лет, по сути, это возраст всей страховой медицины в современной России. И все эти годы Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования оставался ведущим на этом непростом, трудном поприще медицинского страхования. Вы росли, крепли, набирали опыт вместе со всей системой обязательного медицинского страхования России.

В свое время на Территориальный Фонд ОМС возлагалась огромная ответственность: через обязательное медицинское страхование обеспечить население Кузбасса гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи. Медицинское страхование – особая сфера деятельности, где каждый участник несет не только страховую, но и социальную ответственность. Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования выстоял и укрепил свои позиции.

Вклад страховой медицины в развитие Кемеровской области за это время значителен. Организация, созданная 15 лет назад администрацией области, и сегодня сохраняет свою направленность на помощь социально незащищенному населению. И, конечно, вся ваша деятельность проходит в тесном контакте и взаимодействии с кузбасским здравоохранением. Мы вместе выполняем одну задачу, служим одной цели – сохранению здоровья кузбассовцев.

Сегодня Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования – крупная организация Кемеровской области, с сетью филиалов, адреса которых хорошо известны жителям всей области. Вы занимаетесь нужным для людей делом. Современное здравоохранение ориентировано на то, чтобы качественные медицинские услуги были доступны всему населению, вне зависимости от уровня доходов. И решение этой задачи невозможно без самого серьезного участия страховой медицины.

Именно благодаря грамотно организованной деятельности, Фонду удалось стать большой, финансово стабильной, эффективно действующей организацией. Работу Фонда отличает новаторство, искреннее стремление к стабильности и процветанию здравоохранения Кемеровской области.

Сегодня уже трудно представить успешную работу кузбасского здравоохранения без участников системы ОМС – Фонда и страховых медицинских организаций – надежных партнеров, проводников федеральных и региональных программ, направленных на улучшение качества и доступности оказания медицинской помощи населению области.

Следуя своему предназначению, вы будете делать все возможное для того, чтобы медицинское страхование оставалось адресным и эффективным.

Желаю вам здоровья, радости, счастья, плодотворной работы, успехов и достижений на благо здоровья населения Кузбасса.

С наилучшими пожеланиями

Начальник департамента
охраны здоровья населения
Кемеровской области А. Самсонов

ПАЧГИН И.В.

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007 ГОД И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В 2008 ГОДУ

ВВЕДЕНИЕ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее ТФ ОМС, Фонд) является государственным финансово-кредитным учреждением, созданным в соответствии с Законом Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования.

Реализация государственной политики в 2007 году обеспечивалась путем выполнения требований законодательства Российской Федерации и Кемеровской области.

В 2007 году приоритетными задачами в деятельности ТФ ОМС являлись:

- работа с плательщиками страховых взносов;
- аккумулирование финансовых средств на обязательное медицинское страхование граждан;
- финансирование территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области;
- контроль за целевым и рациональным использованием средств, направляемых на обязательное медицинское страхование;
- совершенствование организации системы ОМС;
- защита прав застрахованных;
- реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами;
- реализация приоритетного национального проекта «Здоровье».

СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области по состоянию на 01.01.2008 осуществляли свою деятельность Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области, 7 страховых медицинских организаций (по состоянию на 01.01.2007 – аналогичный показатель), 136 самостоятельных амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских учреждений (по состоянию на 01.01.2007 – 137 медицинских учреждений).

В структуре Фонда 9 филиалов, организованных по зональному принципу. Функция Кемеровского филиала возложена на исполнительную дирекцию Фонда.

Взаимодействие между участниками системы ОМС осуществлялось на основании договоров.

В соответствии с Законом Кемеровской области от 04.12.2006 № 150 «Об областном бюджете на 2007 год» страхователем неработающего населения Кемеровской области по обязательному медицинскому страхованию являлся Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

Количество состоящих на учете в ТФ ОМС плательщиков, за исключением ликвидированных, по состоянию на 01.01.2008 по базе данных «Регистр страховых сборов» составляет 102234 (предприятия, организации и индивидуальные предприниматели).

Структура страхователей, состоящих на учете в ТФ ОМС, приведена на диаграмме 1.

Численность застрахованных жителей Кемеровской области по состоянию на 01.01.2008 года составила 2558747 человек, охват страхованием, с учетом численности не подлежащих обязательному медицинскому страхованию граждан (52000 чел.) и кузбассовцев, застрахованных СМО других регионов Российской Федерации (16900 чел.), составляет 93 % от статистической численности населения (по данным территориального органа государственной статистики на 01.01.2007 – 2826300 человек).

Численность городского населения составила 2178559 человек или 85 % от числа всех застрахованных, сельского населения – 380188 человек или 15 %.

Из общего числа застрахованных численность работающего населения составила 41 %, неработающего – 59 %.

Состав неработающего населения – 35 % дети до 18 лет, 38 % пенсионеры, 27 % другие категории.

Мужчины составляют 44 % застрахованного населения Кемеровской области, женщины – 56 %.

Распределение страхового поля на 31.12.2007 года представлено на диаграмме 2.

Все СМО имеют государственную лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования на территории Кемеровской области и уставной капитал, размер которого соответствует требованиям п. 3 ст. 25 Закона РФ «Об организации страхового дела в РФ».

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ СИСТЕМЫ ОМС

В целях выполнения основных задач, возложенных на Территориальный фонд ОМС, нормативно-правовая работа проводилась по двум основным направлениям – разработка нормативных правовых актов по ОМС на уровне Кемеровской области и разработка документов, тарифов и нор-

Диаграмма 1
Структура страхователей, состоящих на учете в ТФ ОМС

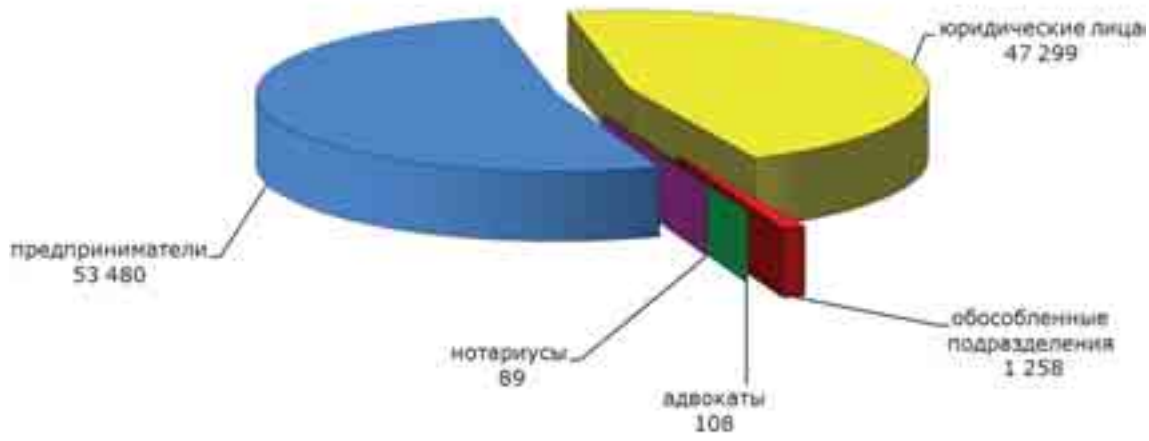
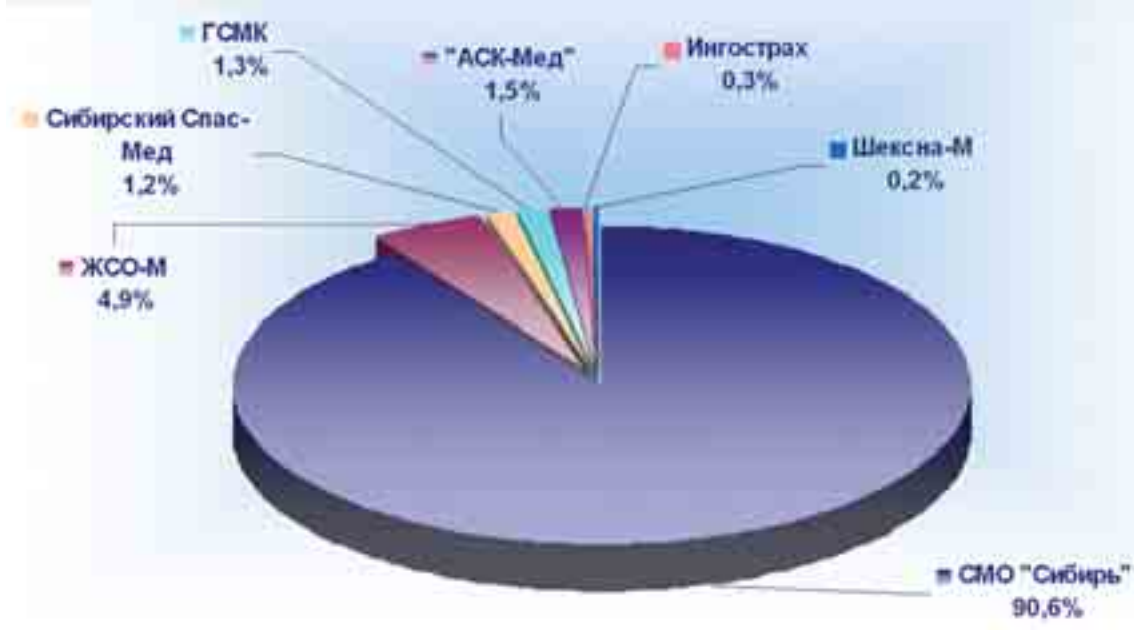


Диаграмма 2
Распределение страхового поля между СМО на 31.12.2007 года



мативов Областной согласительной комиссией системы ОМС, в состав которой входят представители ДОЗН, ТФ ОМС, КАССО, ассоциации врачей, профсоюза работников здравоохранения.

На уровне Кемеровской области были разработаны и утверждены следующие документы:

- Закон Кемеровской области от 29.12.2006 № 190-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год» (в ред. Закона Кемеровской области от 27.12.2007 № 168-ОЗ);
- Закон Кемеровской области от 29.12.2006 № 191-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2007 год» (в ред. Закона Кемеровской области от 27.12.2007 № 8205-ОЗ);
- Закон Кемеровской области от 13.06.2007 № 76-ОЗ «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязатель-

ного медицинского страхования за 2006 год»;
- Распоряжение Администрации Кемеровской области от 25.06.2007 № 712-р «О внесении изменений в распоряжение Администрации Кемеровской области от 30.12.2004 № 1834-р «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования населения Кемеровской области»;
- Закон Кемеровской области от 10.12.2007 № 155-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов»;
- Закон Кемеровской области от 27.12.2007 № 193-ОЗ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2008 год».

Областной согласительной комиссией системы ОМС были разработаны и утверждены следующие документы:
- Тарифное соглашение в системе ОМС Кемеровской области на 2008 год;
- Положение об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области;
- Положение о порядке предоставления медицинских технологий, оплачиваемых по индивидуальным тарифам в системе ОМС Кемеровской области;
- Финансовые нормативы и тарифы на оплату медицинской помощи на 2008 год для медицинских учреждений, работающих в системе ОМС;
- Нормативные показатели работы койки и средние длительности лечения к расчету муниципального задания на 2008 год;
- Межтерриториальные тарифы на 2008 год;
- Тарифы для межобластных, областных и приравненных к ним центров и межтерриториальных специализированных отделений;
- Тарифы на услуги центра амбулаторной хирургии;
- Тарифы на поликлинические посещения к врачам-специалистам в системе ОМС на 2008 год;
- Тарифы на услуги приемного отделения на 2008 год и др.

Были внесены дополнения и изменения в действующие положения, принят ряд решений по организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области, рассмотрены все обращения, поступившие в течение года в адрес Областной согласительной комиссии.

Все принятые документы способствуют упорядочению деятельности системы обязательного медицинского страхования Кемеровской области.

РАБОТА С ПЛАТЕЛЬЩИКАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОМС

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

Отлажено и осуществляется взаимодействие с Управлением Федеральной налоговой службы по Кемеровской области и налоговыми инспекциями на территориях. Ежеквартально, в соответствии с действующим соглашением об информационном взаимодействии, территориальные налоговые инспекции предоставляют в Фонд сведения о предприятиях, имеющих задолженность свыше 30 тыс. руб. по уплате единого социального налога в части страховых взносов на ОМС. Полученные списки должников анализируются, по ним готовится сводная информация по области для использования в работе. Всего за 2007 год была обработана, проанализирована и обобщена информация по 2334 предприятиям.

Ежемесячно в электронном виде в Фонд поступает информация по данным Федеральной налоговой службы России о задолженности налогоплательщиков в бюджеты Территориального и Федерального фондов ОМС. Информация позволяет отследить реально сложившуюся ситуацию с задолженностью по единому социальному налогу организаций и иных хозяйствующих субъектов области, поскольку включает в себя данные из отчетов налогоплательщиков (налоговых деклараций), представляемых в налоговые органы.

Сведения о задолженности налогоплательщиков в Территориальный фонд ОМС Кемеровской области по состоянию на 01.01.2008 приведены в таблице 1.

Таблица 1
Задолженность налогоплательщиков в ТФ ОМС Кемеровской области (по состоянию на 01.01.2008)

	млн. руб.	%
Задолженность всего, в том числе:	252	100
- задолженность, приостановленная к взысканию (процедура банкротства, арест имущества)	172	68
- недоимка (текущие платежи)	74	30
- суммы в реструктуризации	6	2

Наибольшая задолженность предприятий в Территориальный фонд ОМС по территориям приведена в таблице 2.

Ежеквартально специалистами Территориального фонда ОМС проводились сверки с предприятиями-должниками по суммам задолженности в ТФ ОМС и оформлялись справки по итогам отчетного периода за подписью плательщика. За

Таблица 2
Задолженность предприятий в ТФ ОМС по территориям

Территория	Всего задолженность, млн. руб.	В том числе			% к общей сумме задолженности по области
		Недоимка	В реструктуризации	Приостановлено к взысканию	
г. Белово	28,3	4,2	0	24,1	11
г. Кемерово	41,6	22,2	0,03	19,3	17
г. Киселевск	13,3	0,6	0	12,7	5
г. Л-Кузнецкий	23,8	0,1	0,6	23,1	9
г. Прокопьевск	63,2	34,7	0,1	28,4	25

2007 год было оформлено 740 справок о задолженности. Регулярно направлялись письма в адрес руководителей предприятий-должников о погашении задолженности. В 2007 г. были направлены письма в адрес 127 предприятий, из них погасили задолженность 32 предприятия. Задолженность предприятий, в адрес которых были направлены письма, составила 27,9 млн. руб., из нее погашено 6 млн.руб.

В рамках нормативных документов по реструктуризации задолженности осуществлялась работа по учету и согласованию поступающих из налоговых инспекций решений о реструктуризации задолженности и списании пени налогоплательщикам. В 2007 году предприятиями, участвующими в реструктуризации, было погашено задолженности в сумме 0,3 млн. руб., сумма списанной пени составила 177,1 млн. руб.

Сформирован и поддерживается в актуальном состоянии реестр плательщиков, участвующих в реструктуризации задолженности, в т.ч. реестр сельскохозяйственных товаропроизводителей, ситуация по которым рассматривается на заседаниях межведомственной комиссии по финансовому оздоровлению сельхозтоваропроизводителей при администрации области.

Регулярно отслеживается и используется необходимая в работе информация, размещенная на официальном сайте УФНС России по Кемеровской области.

При администрации Кемеровской области работает комиссия по мобилизации поступлений в доходную часть областного бюджета и внебюджетных фондов. В рамках этой работы осуществлялись:

- подготовка сведений о задолженности предприятий, включенных в повестку заседаний;
- учет Протоколов по итогам заседаний комиссии и контроль выполнения предприятиями решений комиссии по погашению задолженности на ОМС;
- внесение предложений по перечню предприятий для включения в повестку заседания;
- взаимодействие с отделом доходов ГФУ Кемеровской области по согласованию всех вопросов, касающихся работы данной комиссии.

По итогам 2007 года были подготовлены сведения по 65 предприятиям, включенным в повестки заседаний. Рассмотрено на комиссии 38 предприятий, ряд предприятий погасили задолженность на стадии подготовки заседаний комиссии. Всего предприятиями, рассмотренными на комиссии в 2007 году, было погашено в Территориальный фонд ОМС 933 тыс. руб. В рамках подготовки сведений о задолженности и отслеживания платежей, специалисты Фонда проводили разъяснительную работу с предприятиями по вопросам погашения задолженности и своевременной уплаты текущих платежей.

Осуществлялся постоянный мониторинг поступивших текущих платежей от крупнейших предприятий и угольных компаний области, готовилась оперативная информация о задолженности и состоянии расчетов с ТФ ОМС. Осуществлялось взаимодействие с отраслевыми департаментами администрации области по сверке и уточнению данных о перечне предприятий, входящих в состав компаний, руководителях и адресах, их собственниках, а также по вопросам погашения задолженности. Крупными налогоплательщиками области за 2007 год было перечислено 495 млн. руб., что составило 22 % от общей суммы поступившего в ТФ ОМС единого социального налога.

Территориальным фондом проводится постоянная работа с Главами муниципальных образований по вопросу погашения задолженности прошлых периодов по страховым взносам на ОМС неработающего населения в соответствии с решениями Арбитражных судов. Задолженность администраций муниципальных образований по платежам на ОМС неработающего населения по состоянию на 01.01.2007 (образовалась за период 1993-2004 гг.) составляла 4829,6 млн. руб., в т.ч. недоимка – 2794,6 млн. руб., пеня – 2035 млн. руб.

Ежемесячно осуществлялся учет и мониторинг исполнения администрациями территорий соглашений о рассрочке погашения задолженности, взысканной в судебном порядке.

В 2007 году проводилась совместная работа администрации Кемеровской области и ТФ ОМС по оказанию финансовой помощи муниципальным образованиям за счет средств областного бюдже-

та на погашение задолженности на ОМС неработающего населения. В результате, администрации городов и районов в 2007 г. перечисляли платежи не только по плану текущего года, но и погашали задолженность, не уплаченную по графикам рассрочки в 2003-2006 гг. За 12 месяцев 2007 г. было перечислено 135,1 млн. руб., а в 2006 г. – 25,7 млн. руб. В 2007 году в ТФ ОМС поступали платежи в счет погашения задолженности от администраций всех 33-х муниципальных образований, в то время как в 2006 г. 14 администраций не платили вообще.

В 2007 году выполнили план в полном объеме в соответствии с графиками рассрочки 18 администраций и погасили задолженность по графикам за 2003-2006 гг. 10 администраций (табл. 3).

С целью уменьшения сложившейся задолженности, в 2007 году Территориальным фондом ОМС была проведена работа по предъявлению в Арбитражный суд исковых заявлений по взысканию с администраций 33-х территорий задолженности за 2001-2003 гг. и за 2004 г. в размере 3,5 млрд. рублей.

В результате всех предпринятых мер, за 2007 год задолженность администраций муниципальных образований перед ТФ ОМС сократилась на 3,6 млрд. руб. и на 01.01.2008 составила 1,2 млрд. руб. (вся сумма находится в рассрочке).

Таблица 3

Выполнение плана и погашение задолженности территориальными администрациями в 2007 г. (тыс. руб.)

№ п/п	Наименование территории	Задолженность за 2003-2006 гг.			2007 год		
		план	факт	% уплаты	план	факт	% уплаты
1	г. А-Судженск	1135,5	1135,5	100	1900	264,5	14
2	г. Белово	0			6500	3925 (кроме того, 1625,1 т.р. в 2004-2006 гг.)	85
3	г. Березовский	5342	2800	52	2038,2	0	0
4	г. Калтан	3440	943	27	1 620	200	12
5	г. Кемерово	0			15340,5	14622,4 (кроме того, 718 т.р. в 2006 гг.)	100
6	г. Киселевск	6040	3170	52	3170	0	0
7	г. Л-Кузнецкий	1450	1430	99	2700	1270	47
8	г. Междуреченск	0			3000	3000	100
9	г. Мыски	0			1000	1000	100
10	г. Новокузнецк	15000	15000	100	15000	15000	100
11	г. Осинники	6465	6465	100	3090,5	3090,5	100
12	г. Полысаево	597	597	100	1100,4	1100,4	100
13	г. Прокопьевск	0			500	1068,7	214
14	г. Тайга	0			1500	1500	100
15	г. Юрга	859,8	860	100	1200	1199,8	100
16	р. Беловский	0			2519	2519	100
17	р. Гурьевский	0			2766	2766	100
18	р. Ижморский	0			50	45	100
19	р. Кемеровский	0			1000	1000	100
20	р. Крапивинский	7510,2	4377	58	1927,6	504,2	26
21	р. Л-Кузнецкий	2050	900	44	2700	100	4
22	р. Мариинский	8407	5007,2	60	6373,4	250	4
23	р. Новокузнецкий	1006	1006	100	4023,7	4023,7	100
24	р. Прокопьевский	2000	2000	100	2850	2850	100
25	р. Промышлен.	32044	12800	40	8010,2	80	1
26	р. Таштагольский	17337,7	6200	36	4729,4	600	13
27	р. Тисульский	1300	1300	100	1000	0	0
28	р. Топкинский	0			3000	3200	106
29	р. Тяжинский	0			1872	120	6
30	р. Чебулинский	0			300	300	100
31	р. Юргинский	0			100	200	200
32	р. Яйский	9158,5	1464	16	2364,6	0	0
33	р. Яшкинский	503,9	503,9	100	3150,2	1315	42
	Итого:	**121646,6**	**67958,6**	**56**	**108395,7**	**67114,2**	**62**

ИСПОЛНЕНИЕ БЮДЖЕТА ТФ ОМС

Бюджет ТФ ОМС на 2007 год утвержден Законом Кемеровской области от 29.12.2006 № 190-ОЗ с изменениями от 27.06.2006 № 80-ОЗ и от 27.12.2006 № 168-ОЗ. Бюджет на 2007 год сбалансирован по доходам и расходам.

Внесение изменений в бюджет Фонда на 2007 год обусловлено необходимостью уточнения сумм налоговых платежей, взносов на ОМС неработающего населения и недоимки по этим взносам, субвенций и субсидий ФФ ОМС, уточнения суммы остатка средств на начало года, изменения показателей расходной части бюджета, приведения кодов бюджетной классификации отдельных статей доходов и расходов в соответствие с приказами Минфина, вступившими в действие после утверждения первоначального варианта бюджета.

Основные плановые показатели бюджета Фонда на 2007 год:

Таблица 4
Доходы Фонда в 2007 году (млн. руб.)

	План	Факт	Отклонение	%
ДОХОДНАЯ ЧАСТЬ БЮДЖЕТА ВСЕГО	**7992,7**	**7874,6**	**–118,1**	**99**
I. Доходы	***5178,4***	***5083,5***	***–94,9***	***98***
1. Налоги и взносы на социальные нужды	4990,8	4900,5	-90,3	98
- единый социальный налог	2280,0	2328,8	48,8	102
- страховые взносы на ОМС неработающего населения	2366,6	2366,6	-	100
- недоимка и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения	344,2	205,1	-139,1	60
2. Налоги на совокупный доход	113,8	111,2	-2 ,6	98
- единый налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	37,6	36,9	-0,7	98
- единый налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	14,5	14,6	0,1	101
- единый минимальный налог	14,1	12,7	-1,4	90
- единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	47,0	46,4	-0,6	99
- единый сельскохозяйственный налог	0,6	0,6	-	98
3. Задолженность по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	18,0	16,9	-1,1	94
4. Доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства (восстановление нецелевого использования средств)	25,0	23,0	-2,0	92
5. Доходы от продажи материальных и нематериальных активов (доходы от реализации имущества)	0,5	0,4	- 0,1	100
6. Штрафы, санкции, возмещение ущерба (денежные взыскания в возмещение ущерба имуществу)	0,3	0,3	-	101
7. Прочие неналоговые доходы	30,0	31,2	1,2	104
- возврат средств за лечение инообластных больных	30,0	23,0	-7,0	77
- прочие неналоговые доходы (возврат средств от СМО за лечение за пределами территории, ОСАГО)		8,2	8,2	
II. Безвозмездные поступления	***2814,3***	***2791,1***	***–23,2***	***99***
1. Субсидии ТФ ОМС на выполнение ТП ОМС	572,3	572,3	-	100
2. Субсидии на ОМС неработающего населения (детей)	75,7	75 ,7	-	100
3. Средства на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами	1324,0	1346,0	22,0	102
4. Субсидии на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	81,2	81,2	-	100
5. Субвенции на финансовое обеспечение выплат медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь	397,1	348,4	-48,7	88
6. Субвенции на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	9,3	9,3	-	100
7. Субвенции ФФ ОМС (на ДЛО и ТП ОМС)	290,5	290,5	-	100
8. Средства на оплату медицинской помощи незастрахованным гражданам по договору с ДОЗН	64,2	67,7	3,5	106

Таблица 5
Доходная часть бюджета Фонда (млн. руб.)

	План	Факт	Исполнение (%)
ДОХОДНАЯ ЧАСТЬ БЮДЖЕТА, в том числе:	**7992,7**	**7874,6**	**99**
1. Доходы по ОМС	6010,1	5918,7	99
2. Национальный проект "Здоровье"	1982,6	1955,9	99
- средства на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами	1324,0	1346,0	102
- субсидии на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	81,2	81,2	100
- субвенции на финансовое обеспечение выплат медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь	397,1	348,4	88
- субвенции на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	9,3	9,3	100
- субвенции ФФ ОМС на ДЛО	171,0	171,0	100

- доходная часть – 7992,7 млн. руб., из них доходы – 5178,4 млн. руб., безвозмездные поступления (дотации и субсидии) – 2814,3 млн. руб.;
- расходная часть – 8062,3 млн. руб.

Исполнение основных показателей бюджета Фонда за 2007 год:

- доходная часть – 7874,6 млн. руб. или 99 % к утвержденному бюджету, из них доходы 5083,5 млн. руб. или 98 % к утвержденному бюджету, безвозмездные поступления (дотации и субсидии) – 2791,1 млн. руб. или 99 % к утвержденному бюджету;
- расходная часть – 7854,5 млн. руб. или 97 % к утвержденному бюджету.

Доходная часть бюджета состоит из двух основных частей: доходов и безвозмездных поступлений.

Доходы – налоги и взносы на социальные нужды, основную долю которых составляют единый социальный налог и страховые взносы на ОМС неработающего населения, а также налоги на совокупный доход, задолженность по отмененным налогам, прочие неналоговые доходы (возврат средств за лечение инообластных больных, возврат средств от СМО за лечение за пределами территории). В доходной части бюджета доля доходов составила 65 %.

Безвозмездные поступления – субсидии и субвенции, перечисляемые Фонду на выполнение территориальной программы ОМС, на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей), на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами, на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на финансовое обеспечение выплат медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. В доходной части бюджета доля безвозмездных поступлений составила 35 %.

Доходы Фонда в 2007 году приведены в таблице 4.

Причиной невыполнения плановых показателей по доходам Фонда явилось неполное перечисление недоимки и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения на сумму 139,1 млн. рублей.

Поступления в расчете на одного застрахованного по ОМС в динамике за 2000-2007 гг. представлены в таблице 6.

Расходы Фонда в 2007 году приведены в таблице 7. Основная часть средств (98,5 %) была направлена на финансирование здравоохранения.

На финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования направлено 5840,2 млн. рублей или 2282,4 руб. в расчете на одного застрахованного. Это на 18,9 % больше объема средств, направленных в 2006 году. Увеличение финансирования территориальной программы ОМС, по сравнению с 2006 годом, сложи-

Таблица 6
Поступления в расчете на одного застрахованного по ОМС в динамике за 2000–2007 гг. (руб. в мес.)

Период	Поступления на одного застрахованного	Поступления на одного работающего	Взносы на одного неработающего
2000 год	41,1	77,1	17,0
2001 год	47,3	93,6	16,9
2002 год	76,0	128,4	40,4
2003 год	89,8	147,6	48,0
2004 год	123,2	193,9	70,7
2005 год	141,4	156,5*	94,3
2006 год	155,8	169,9*	106,9
2007 год	192,8	194,8	142,1

Примечание: * Сокращение поступлений на 1 работающего в 2005-2006 гг. связано с уменьшением доли средств ЕСН, зачисляемой на счета ТФ ОМС (с 3,4 % до 2 %).

Диаграмма 3
Структура доходной части бюджета ТФ ОМС за 2007 год

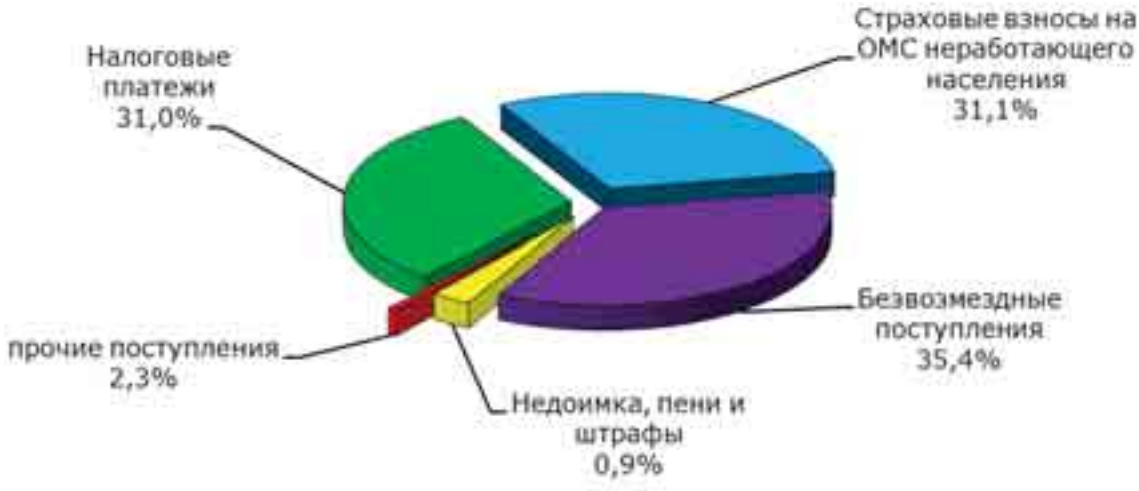


Таблица 7
Расходы Фонда в 2007 году (млн. руб.)

	План	Факт	Отклонение	%
РАСХОДНАЯ ЧАСТЬ БЮДЖЕТА, всего	**8062,3**	**7854,5**	**–207,7**	**97**
I. Здравоохранение	***7944,2***	***7740,4***	***–203,9***	***97***
1. Расходы на финансирование Территориальной программы ОМС	5893,0	5726,3	-166,7	97
- на выполнение Территориальной программы ОМС	5173,0	5040,6	-132,4	97
- обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей)	75,7	75,7	-	100
- на формирование нормированного страхового запаса	455,8	444,0	-11,8	97
- на ведение дела СМО	188,5	166,0	-22,5	88
2. Реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами	1495,0	1517,0	22,0	101
3. Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	81,5	78,4	-3,1	96
4. Субвенции на финансовое обеспечение государственного задания в соответствии с программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на оказание учреждениями здравоохранения муниципальных образований	401,2	347,6	-53,6	87
5. Проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	9,3	4,5	-4,8	49
6. Расходы на финансирование медицинской помощи незастрахованным гражданам по договору с ДОЗН	64,2	66,4	2,2	103
II. Проведение семинаров, совещаний и конференций для специалистов системы ОМС	***0,5***	***0,5***	***–***	***96***
III. Выполнение управленческих функций Территориальным Фондом	***117,6***	***113,8***	***–3,8***	***97***

лось благодаря увеличению поступлений единого социального налога, страховых взносов на ОМС неработающего населения и поступлениям субсидий, субвенций и дотаций из Федерального фонда ОМС.

Субвенции Федерального Фонда ОМС увеличились с 70 млн. рублей в 2006 году до 120 млн. рублей в 2007 году.

Расходование средств Фондом производилось в двух направлениях – на финансирование сис-

Таблица 8
Направления расходования средств Фондом (млн. руб.)

	План	Факт	Исполнение (%)
РАСХОДНАЯ ЧАСТЬ БЮДЖЕТА, в том числе:	**8062,3**	**7854,5**	**97**
Расходы по ОМС	6075,3	5907,0	97
Национальный проект "Здоровье"	1987,0	1947,5	98
- средства на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами	1495,0	1517,0	101
- субсидии на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	81,5	78,4	96
- субвенции на финансовое обеспечение выплат медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь	401,2	347,6	87
- субвенции на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	9,3	4,5	49

темы ОМС и на финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье» (табл. 8).

Невысокий уровень исполнения показателя «Субвенции на финансовое обеспечение выплат медицинским работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь» обусловлен тем, что данные средства были запланированы с учетом выплат, производимых с учетом среднего заработка (отпускные и т.п.). Перечисление средств на эти выплаты произведено в текущем году.

Недовыполнение показателя «Субвенции на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» обусловлено тем, что средства, полученные ТФ ОМС в конце декабря 2007 года, были направлены по назначению в ЛПУ в январе 2008 года.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Доходы и расходы страховых медицинских организаций в 2007 году представлены в таблице 9.

Таблица 9
Доходы и расходы страховых медицинских организаций в 2007 г. (млн. руб.)

Показатель	Сумма	Структура (%)
Остаток на начало	**47,4**	
Поступления, всего	***5714,0***	***100***
- из Территориального фонда ОМС	5691,6	99,6
- другие источники	22,4	0,4
Израсходовано, всего	***5693,0***	***100***
- на оплату медицинских услуг	5435,3	95,5
- на финансирование предупредительных мероприятий	91,7	1,6
- на ведение дела СМО	166,0	2,9
Остаток на конец периода	**68,4**	

Доходы страховых медицинских организаций в 2007 году составили 5714,0 млн. руб., что на 18,5 % больше, чем в предыдущем 2006 году. Основным источником поступлений являются средства, перечисляемые Фондом по подушевому нормативу финансирования – они составили 99,6 % от общей суммы доходов. Незначительная часть средств (0,4 %) поступила из других источников, основные из которых – сумма удержанных средств по результатам экспертной оценки качества оказания медицинской помощи.

95,5 % поступивших средств было перечислено в медицинские учреждения на оплату медицинских услуг.

Расходы на ведение дела страховых медицинских организаций составили 2,9 %, что не превышает норматив, рекомендованный и установленный Правлением фонда и ФФ ОМС.

Кроме указанных расходов, производилась оплата предупредительных мероприятий – 1,6 % от общей суммы расходов.

Также как и в 2006 году, часть средств резерва финансирования предупредительных мероприятий в 2007 году направлялась на финансирование социально значимых направлений здравоохранения по программам, утвержденным Правлением Фонда. Программы были утверждены по следующим направлениям:

- «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения социально-значимых заболеваний и категорий населения» – запланировано 21,8 млн. руб., исполнение 97 %.

В рамках данной программы предусмотрено дополнительное финансирование следующих направлений: приобретение эндопротезов, приобретение электрокардиостимуляторов, дополнительное лекарственное обеспечение токсикологических центров, дополнительное лекарственное обеспечение лечения хронических гепатитов «В» и «С» у медицинских работников. В 2007 году в программу включены направления: реализация концепции ме-

дицинской профилактики заболеваний в Кемеровской области, поддержка процедуры сертификации лечебно-профилактических учреждений и дополнительное финансирование профилактики вирусного гепатита «А».

Направление не в полном объеме профинансировано ОАО СМО «Сибирь» (в связи с поздними сроками предоставления документов медицинскими учреждениями) и ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед». Во второй декаде февраля 2008 года финансирование данного направления завершено в объеме 99,2 %. Недовыполнение произошло за счет программы «Поддержка сертификации медицинских учреждений», т.к. заявок от медицинских учреждений было подано меньше, чем запланировано.

- «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения граждан старшего поколения, ветеранов войн и тружеников тыла» – запланировано 4,8 млн. руб., исполнение 100 %.

В рамках указанной программы предусмотрено дополнительное лекарственное обеспечение стационарного лечения граждан старшего поколения, ветеранов войн и тружеников тыла в Областном клиническом госпитале ветеранов войн г. Кемерово и его филиалах, а также дополнительное лекарственное обеспечение в дневных стационарах АПУ лиц старшего поколения.

- «Охрана материнства и детства» – запланировано 13,4 млн. руб., исполнение 100 %.

В программу включено приобретение куросурфа и пентаглобина новорожденным детям для перинатальных центров г. Кемерово и г. Новокузнецка, дополнительное лекарственное обеспечение детей с онкогематологической патологией, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий детям из многодетных и неполных нуждающихся семей, профилактика заболеваний, связанных с дефицитом йода в период грудного вскармливания, дополнительное лекарственное обеспечение стоматологической помощи детям из многодетных и неполных семей сельских районов.

РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

Для осуществления прав жителей Кемеровской области на получение бесплатной медицинской помощи, в соответствии с основами законодательства об охране здоровья граждан Российской Федерации, ежегодно разрабатывается Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области (далее – ТПГГ). Ее составной частью является Территориальная программа ОМС (далее – ТП ОМС).

Территориальная программа государственных гарантий на 2007 год была утверждена Законом Кемеровской области от 29.12.2006 № 191-ОЗ с изменениями от 27.06.2007 № 81-ОЗ. Стоимость Территориальной программы ОМС составила 6,0 млрд. руб. с дефицитом 1,2 млрд. руб. (или 16,5 %) к расчетной стоимости (7,2 млрд. руб.).

На конец 2007 года в реализации ТП ОМС участвовали 136 медицинских учреждений, имеющих статус юридического лица, из них:

- 116 муниципальных учреждений, в том числе 17 районных больниц;
- 12 ведомственных учреждений;
- 3 учреждения областного подчинения;
- 2 учреждения федерального подчинения в г. Кемерово: ГУ Научно-производственная проблемная лаборатория реконструктивной хирургии сердца и сосудов с клиникой СО РАМН и ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»;
- 3 частных медицинских учреждения: ООО «О(г)ВП» г. Юрга, ООО «Медэк» г. Кемерово и ООО «Губернский центр охраны здоровья металлургов» р-н Гурьевский.

Состав медицинских учреждений системы ОМС:

- 92 больничных учреждений;
- 18 амбулаторно-поликлинических учреждений;
- 26 стоматологических поликлиник.

Оказание стационаро-замещающей помощи в области обеспечивают:

- 16 дневных стационаров при стационарах;
- 109 дневных стационаров при поликлиниках;
- 69 стационаров на дому;
- 10 центров амбулаторной хирургии.

В 2007 году перестали работать в системе ОМС:

- ООО «Элигомед и К»;
- МУЗ «ГСП № 19» г. Кемерово (в связи с закрытием);
- ГЛПП Кемеровской области «Автомобилист» (вошло в состав МУЗ «ГП № 20» г. Кемерово);
- МУЗ «ЦГБ г. Юрги».

Вошли в систему ОМС:

- ООО «Губернский центр охраны здоровья металлургов» в Гурьевском районе;
- МУЗ «ГБ № 1 г. Юрги» и МУЗ «ГБ № 2 г. Юрги» – выделились из МУЗ «ЦГБ г. Юрги» в самостоятельные юридические лица.

На конец 2007 года все медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, имели лицензии.

Нормативы объемов оказания медицинской помощи и фактические показатели 2007 года представлены в таблице 10.

Ежегодно в целях реализации ТП ОМС всеми территориями Кемеровской области разрабатываются муниципальные задания на предоставление медицинских услуг в медицинских учреждениях.

Таблица 10

Нормативы объемов оказания медицинской помощи и фактические показатели 2007 года

	Федеральный норматив	Норматив в ТП ОМС	Факт	Выполнение ТП ОМС (%)
Стационарная помощь (койко/дней на 1000 жителей)	2001	1930	1952,3	102
Амбулаторно-поликлиническая помощь (посещений на 1000 жителей)	8456	8456	8425	100
Дневные стационары (пациенто-дней на 1000 жителей)	467	581	603	104

Ежеквартально Территориальным фондом ОМС проводится мониторинг выполнения объемов стационарной, амбулаторно-поликлинической и стационаро-замещающей помощи.

Сравнительный анализ деятельности медицинских учреждений Кемеровской области по основным объемным показателям представлен в таблице 11.

В сравнении с 2006 годом, в 2007 году количество койко-дней в круглосуточных стационарах остается на прежнем уровне, при этом количество пролеченных больных увеличилось на 8431 чел. (2 %). Положительным моментом в оказании стационарной медицинской помощи является снижение средней длительности лечения на 2 %, увеличение оборота койки с 30,7 до 31,2.

Наметилась тенденция к увеличению числа амбулаторно-поликлинических посещений на 1 жителя, с 8,35 до 8,42.

В 2007 году, в сравнении с 2006 годом, на 3 % увеличилась работа койки дневного стационара, при этом койка дневного стационара при поликлинике работала практически в две смены, при стационаре – лишь в одну смену. Увеличился и показатель пациенто-дней на 1 жителя, с 0,58 до 0,60, прирост к факту 2006 года составил 3 %. Дальнейшее развитие дневных стационаров должно быть напрямую связано с оптимизацией оказания стационарной помощи, увеличением оборота койки дневного стационара. Территории г. Анжеро-Судженск, г. Березовский, г. Прокопьевск уже начали эту работу.

Объемы стационарной медицинской помощи для жителей учитывают медицинскую помощь, оказанную жителям, как на своей территории, так и за пределами территории проживания. Фактический показатель койко-дней на 1000 жителей превышает плановый на 2 % (табл. 12). Превышение объемов по стационарной помощи в сравнении с ТП ОМС отмечается на 16 территориях, и на большинстве этих территорий выявлен низкий показатель потребления амбулаторно-поликлинической помощи.

По итогам 2007 года уровень госпитализации остается высоким на территориях, где слабо развиты стационаро-замещающие технологии: г. Белово, п.г.т. Красный брод, г. Ленинск-Кузнецкий, г. Осинники, г. Полысаево, г. Тайга, г. Юрга, р. Кемеровский, р. Новокузнецкий, р. Прокопьевский, р. Таштагольский, р. Тяжинский, р. Юргинский, р. Яйский.

По Кемеровской области выполнение муниципального задания по амбулаторно-поликлиничес-

Таблица 11

Сравнительный анализ деятельности медицинских учреждений Кемеровской области по основным объемным показателям

Показатели		2006 год	2007 год
Круглосуточный стационар			
Среднегодовые койки		16528	16511
Пролечено больных	*план*	480135	481810
	факт	506728	515159
%		**106**	**107**
Койко-дни	*план*	5397451	5393818
	факт	5474684	5483784
%		**101**	**102**
Работа койки		333	332
Средняя длительность лечения	*план*	11,2	11,2
	факт	10,8	10,6
%		**96**	**95**
Оборот койки		30,7	31,2
Койко-дней на 1 жителя		1,94	1,95
Амбулаторно-поликлиническая помощь			
Посещения	*план*	23550217	23352594
	факт	23364004	23433510
%		**99**	**100**
Число посещений на 1 жителя		8,35	8,42
Дневные стационары			
Койки ДС		2622	2606
Пролечено больных	*план*	182604	166200
	факт	182873	175667
%		**100**	**106**
Пациенто-дней	*план*	1627510	1615059
	факт	1633460	1681551
%		**100**	**104**
Работа койки		544	563
Среднее пребывание		9	10
Пациенто-дней на 1 жителя		0,58	0,60

Таблица 12
Исполнение муниципального задания по стационарной помощи

Территории	Койко-дней на 1000 жителей			Уровень госпитализации на 1000 жителей		
	МЗ	Факт	% откл.	МЗ	Факт	% откл.
А-Судженск	1710,8	1745,7	2	151,0	165,9	10
Белово	2054,3	2074,2	1	181,8	211,5	16
Березовский	1748,7	1568,1	-10	173,4	152,1	-12
Калтан	1868,4	2151,1	15	170,3	201,7	18
Кемерово	1791,8	1806,9	1	155,1	158,5	2
Киселевск	1863,7	1852,4	-1	170,6	183,9	8
Красный брод	1932,0	1883,4	-3	177,5	188,7	6
Л-Кузнецкий	1945,1	1934,8	- 1	187,1	200,2	7
Междуреченск	1819,6	1880,8	2	187,4	186,8	0
Мыски	2157,8	2086,9	-3	189,2	190,3	1
Новокузнецк	2120,0	2191,6	3	178,2	191,8	8
Осинники	2092,3	2088,9	0	181,1	197,3	9
Полысаево	1845,1	1957,2	6	164,0	197,7	21
Прокопьевск	1885,4	1918,2	2	165,8	193,0	16
Тайга	1847,4	1988,0	8	156,9	176,6	13
Юрга	1607,2	1696,8	6	157,3	179,0	14
р. Беловский	1520,2	1702,2	12	136,4	170,1	25
р. Гурьевский	1521,1	1569,2	3	146,8	162,9	11
р. Ижморский	2295,0	2003,1	-13	202,4	178,1	-12
р. Кемеровский	1951,8	2138,3	10	173,7	194,9	12
р. Крапивинский	1754,9	1825,7	4	160,0	174,6	9
р. Л-Кузнецкий	1670,3	1846,9	11	155,2	195,4	26
р. Мариинский	1728,4	1738,8	1	171,6	170,8	0
р. Новокузнецкий	2114,0	2253,8	7	176,7	210,6	19
р. Прокопьевский	1783,2	1735,4	-3	161,5	173,6	7
р. Промышлен-й	1983,8	2104,1	6	181,2	187,0	3
р. Таштагольский	2197,5	2369,8	8	191,2	211,6	11
р. Тисульский	2030,0	1996,0	-2	191,3	189,3	-1
р. Топкинский	1820,0	1676,5	-8	159,5	159,2	0
р. Тяжинский	2199,5	2364,2	7	195,2	205,8	5
р. Чебулинский	2006,8	2064,0	3	187,3	198,2	6
р. Юргинский	1909,5	1821,9	-5	179,5	183,2	2
р. Яйский	1980,0	1811,8	-8	180,8	188,3	4
р. Яшкинский	1666,5	1739,9	4	156,9	179,3	14
ИТОГО	**1914,2**	**1952,3**	**2**	**170,3**	**183,2**	**8**

кой помощи составило 100 %, при этом по ряду территорий (р. Беловский, р. Мариинский, р. Промышленновский, р. Топкинский, р. Юргинский, р. Яйский) выполнение плана по посещениям составило менее 95 % (табл. 13). Практически все территории (за исключением р. Беловского, р. Юргинского, р. Яйского и р. Яшкинского) выполнили муниципальное задание по дневным стационарам.

Одной из приоритетных задач в развитии здравоохранения Кемеровской области является смещение акцентов с дорогостоящей и ресурсоемкой стационарной помощи на экономически более выгодную и доступную амбулаторно-поликлиническую помощь.

В таблице 14 приведена информация о запланированной и фактически сложившейся в 2007 году структуре затрат на медицинскую помощь.

Муниципальные задания территорий утверждены с изменением структуры видов помощи, утвержденной ТП ОМС. Структура кассовых расходов приближена к утвержденной муниципальными заданиями, с перераспределением 1 % между стационарной помощью и стационаро-замещающими технологиями.

Таблица 13
Исполнение муниципального задания по амбулаторно-поликлинической помощи и стационарозамещающим технологиям

Территории	Посещения			Дневные стационары (дни лечения)		
	МЗ	факт	%	МЗ	факт	%
А-Судженск	827295	871498	105	55580	56897	102
Белово	1274502	1281134	101	49924	54113	108
Березовский	365115	378340	104	32923	32628	99
Калтан	208479	205817	99	15992	15996	100
Кемерово	5035740	5054127	100	343170	367047	107
Киселевск	960169	938125	98	57520	62607	109
Красный брод	112144	108081	96	2414	2994	124
Л-Кузнецкий	835121	804934	96	49770	51281	103
Междуреченск	1031288	1037082	101	71892	72961	101
Мыски	410904	405969	99	30788	30526	99
Новокузнецк	4938735	4985617	101	379743	395965	104
Осинники	609084	615458	101	26855	26136	97
Полысаево	221287	211682	96	14848	15958	107
Прокопьевск	2001089	2050825	102	127078	132044	104
Тайга	172361	177326	103	8603	8398	98
Юрга	563535	542782	96	23347	26135	112
р. Беловский	154240	140435	91	18960	16747	88
р. Гурьевский	371003	389254	105	29799	30922	104
р. Ижморский	84000	84430	101	6413	6185	96
р. Кемеровский	130985	131277	100	5920	7427	125
р. Крапивинский	130909	139820	107	14125	15894	113
р. Л-Кузнецкий	94638	95246	101	18410	20315	110
р. Мариинский	413500	387287	94	40119	39630	99
р. Новокузнецкий	139470	149297	107	15200	15012	99
р. Прокопьевский	153400	166386	108	8336	8615	103
р. Промышлен-й	326430	305420	94	30860	30900	100
р. Таштагольский	465707	485616	104	27464	27917	102
р. Тисульский	194549	201478	104	18249	19209	105
р. Топкинский	347217	320239	92	30385	33045	109
р. Тяжинский	209541	235751	113	13890	13742	99
р. Чебулинский	100593	104966	104	10948	10948	100
р. Юргинский	157766	137015	87	5750	5304	92
р. Яйский	132090	113479	86	8320	7076	85
р. Яшкинский	179708	177317	99	19645	17403	89
ИТОГО	**23352594**	**23433510**	**100**	**1613239**	**1677977**	**104**

Таблица 14
Структура затрат на медицинскую помощь в 2007 году (в %)

Виды помощи	Норматив по ТП ОМС	Структура по МЗ	Структура кассовых расходов
Всего на оказание медицинской помощи, в том числе:	100	100	100
- на амбулаторно-поликлиническую помощь	39	36	36
- на стационарную помощь	57	60	61
- на стационарозамещающие технологии	4	4	3

Исполнение доходной части муниципальных заданий территорий составило 105 % (табл. 15).

Доля фонда оплаты труда медицинских работников в общих расходах на здравоохранение, зап-

Таблица 15

Исполнение доходной части муниципальных заданий территорий

Наименование территории	Утверждено в доходной части МЗ	Перечислено СМО по подушевому нормативу	% исполнения	Кассовые расходы ЛПУ на ФОТ	Доля ФОТ в финансировании (%)
исполнение ниже 100%					
г. Междуреченск	226392	208851	92	154762	81
р. Крапивинский	37607	36052	96	27059	84
р. Топкинский	73009	70425	96	47322	82
р. Ленинск-Кузнецкий	29264	28434	97	18443	84
р. Яйский	35668	35024	98	27638	92
р. Ижморский	28089	27934	99	21243	88
р. Кемеровский	50502	49900	99	29428	77
исполнение на уровне 100%					
г. Анжеро-Судженск	175172	174526	100	146513	87
г. Березовский	96362	95919	100	77177	89
п.г.т. Красный брод	20092	20173	100	15802	90
р. Гурьевский	69570	69540	100	48140	82
исполнение выше 100%					
р. Мариинский	86131	86808	101	65667	84
г. Ленинск-Кузнецкий	225064	230254	102	179347	75
г. Новокузнецк	1261621	1286878	102	1034747	74
р. Новокузнецкий	64144	65440	102	30177	75
р. Яшкинский	50657	51530	102	38064	82
г. Мыски	84223	87463	104	65468	75
г. Полысаево	47618	49722	104	45737	84
р. Чебулинский	27913	28948	104	20400	85
г. Киселевск	193410	205630	106	159046	91
г. Белово	258403	275343	107	229592	83
г. Кемерово	1266329	1350756	107	1068752	78
г. Юрга	131213	139935	107	97638	86
р. Промышленновский	68636	73484	107	56124	90
р. Таштагольский	82064	87951	107	61331	85
р. Тисульский	47600	50916	107	37416	77
р. Тяжинский	49809	55698	112	43231	90
г. Тайга	41704	47758	115	35188	86
р. Прокопьевский	32390	37347	115	23772	86
г. Осинники	104784	128740	123	106888	93
г. Прокопьевск	339771	416645	123	341054	92
р. Беловский	34377	42413	123	26843	76
р. Юргинский	29531	37585	127	35356	77
г. Калтан	28901	37561	130	21302	84
Всего	**5398020**	**5691582**	**105**	**4436668**	**81**

ланированная муниципальными заданиями, составляла 83 %. Доля ФОТ в кассовых расходах по данным формы № 14-ф «Сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинскими учреждениями» составила в среднем по области 81 %. В целом по области отмечена экономия средств ОМС по расходам на оплату труда 108,3 млн. руб. (или 2 % от плана на 2007 год).

Территориальная программа ОМС определяет виды расходов медицинских учреждений, финансируемые за счет средств ОМС. В 2007 году финансировались следующие статьи расходов:

- оплата труда;
- начисления на фонд оплаты труда;
- медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы;

- мягкий инвентарь и обмундирование;
- продукты питания.

Другие статьи расходов медицинских учреждений при оказании медицинской помощи в объеме ТП ОМС финансировались из бюджета.

Планируемая в территориальной программе ОМС структура тарифа представлена в таблице 16.

Таблица 16
Планируемая в территориальной программе ОМС структура тарифа (в %)

Статьи затрат	2003	2004	2005	2006	2007
Оплата труда	50	54	61	62	66
Начисления на оплату труда	17	19	16	16	17
Приобретение медикаментов и перевязочных средств	26	22	19	18	13,5
Приобретение продуктов питания	6	4	3	3	3
Приобретение мягкого инвентаря и обмундирования	1	1	1	1	0,5

Из года в год растет доля фонда оплаты труда медицинских работников и уменьшается доля расходов на приобретение медикаментов и перевязочных средств в общих расходах на медицинскую помощь. Темп роста заработной платы значительно опережает темп роста стоимости ТП ОМС.

Информация о структуре тарифа, утвержденной в Территориальной программе ОМС на 2007 год, запланированной в муниципальном задании и фактически сложившейся в медицинских учреждениях Кемеровской области по итогам 2007 года, приведена в таблице 17.

Анализ структуры кассовых расходов показал, что перераспределение средств между статьями произошло за счет уменьшения расходов на питание и мягкий инвентарь. Кроме того, медицинскими учреждениями были привлечены средства ОМС для оплаты прочих статей – 0,9 %. В расходах по прочим статьям отражены расходы медицинских учреждений, произведенные за счет средств РФПМ, а также нерациональное использование средств ОМС, подлежащее восстановлению.

Информационной основой, помогающей проводить рациональное планирование объемов медицинской помощи, оценивать деятельность медицинских учреждений, осуществлять непрерывный мониторинг исполнения плановых показателей и выполнять различного рода аналитические исследования информации об объемах и оплате медицинской помощи, является общеобластная база данных случаев оказания медицинской помощи застрахованному по ОМС населению, формирующаяся с 2002 года (далее – База пролеченных).

Тесное взаимодействие между участниками процесса формирования Базы пролеченных (МУ, СМО, ТФОМС), полностью автоматизированные прием и передача информации, возможности технической проверки и осуществления контроля соответствия реестров позволяют поддерживать данный информационный ресурс в актуальном состоянии.

На сегодняшний день есть возможность осуществлять различные выборки по группам поиска с использованием персонифицированных сведений о пациенте (Ф.И.О., дата рождения и др.), страховой информации (№ полиса, № договора), медико-статистических данных (ЛПУ прикрепления, исход лечения и др.), медицинской информации (код МКБ-10, АМТ и т.д.). Таким образом, предусмотрена возможность проследить «маршрут» конкретного пациента, получать информацию о расходах на оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным гражданам по конкретным договорам ОМС.

В соответствии с поручением Губернатора Кемеровской области А.Г. Тулеева, во втором полугодии 2007 года в области реализовывалось направление деятельности по повышению доступности и качества медицинской помощи. Работа велась по нескольким направлениям. Одно из них – выделение дополнительных целевых средств на приобретение медикаментов при стационарном и амбулаторно-поликлиническом лечении.

Доходная часть бюджета ТФ ОМС была увеличена на 200 млн. руб., в том числе 40 млн.

Таблица 17
Структура тарифа по итогам 2007 года (в %)

Направление расходов	По финансовым нормативам	Запланировано в МЗ	Кассовые расходы (форма №14-ф)
Всего	**100**	**100**	**100**
Оплата труда	63,5	66	65,7
Начисления на оплату труда	16,5	17	16,7
Приобретение медикаментов и перевязочных средств	17,4	13,5	13,5
Приобретение продуктов питания	2,3	3	2,8
Приобретение мягкого инвентаря и обмундирования	0,3	0,5	0,4
Прочие расходы			0,9

руб. – взносы на ОМС неработающего населения за 2007 год, и 160 млн. руб. – недоимка муниципальных образований по состоянию на 01.01.07 г.

Дополнительные средства в сумме 200 млн. руб. были распределены в равных долях:

- в амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения) в виде доплаты на медикаменты и расходные материалы при проведении параклинических исследований;
- в стационары в виде доплаты на медикаменты и расходные материалы для социально-незащищенных слоев населения.

Для каждой территории был определен лимит средств, исходя из объемов помощи (койко-дни стационара для социально незащищенных слоев населения, количество параклинических исследований в расчете на жителей территории) и дополнительных тарифов на медикаментозное обеспечение.

Сумма по принятым к оплате счетам медицинских учреждений составила 174 млн. руб. (87 % от плана 200 млн. руб.).

Снижение финансирования связано с невыполнением объемов медицинской помощи и, соответственно, финансовых показателей. Лимиты по стационарной помощи освоены по территориям в среднем на 82 %, по амбулаторно-поликлинической – на 92 % (табл. 18).

Таблица 18
Освоение лимитов по стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи по территориям

Территория	% выполнения лимита		
	Стационар	Поликлиника	Всего
г. Анжеро-Судженск	74	100	88
г. Белово	75	75	75
г. Березовский	42	101	70
г. Калтан	31	100	62
г. Кемерово	103	92	96
г. Киселевск	76	94	86
п.г.т. Краснобродский	32	89	60
г. Ленинск-Кузнецкий	103	88	96
г. Междуреченск	71	101	88
г. Мыски	49	104	74
г. Новокузнецк	100	95	97
г. Осинники	69	96	82
г. Полысаево	90	107	97
г. Прокопьевск	96	98	97
г. Тайга	67	99	80
г. Юрга	59	92	74
Беловский р-н	61	79	68
Гурьевский р-н	49	74	61
Ижморский р-н	35	107	58
Кемеровский р-н	45	106	58
Крапивинский р-н	74	97	82
Ленинск-Кузнецкий р-н	38	82	50
Мариинский р-н	54	77	64
Новокузнецкий р-н	39	85	49
Прокопьевский р-н	44	95	62
Промышленновский р-н	63	94	75
Таштагольский р-н	63	95	77
Тисульский р-н	85	65	76
Топкинский р-н	39	69	52
Тяжинский р-н	63	86	72
Чебулинский р-н	60	63	61
Юргинский р-н	100	92	97
Яйский р-н	59	79	67
Яшкинский р-н	70	90	78
ИТОГО:	**82**	**92**	**87**

Важнейшей задачей при повышении эффективности работы учреждения здравоохранения является совершенствование системы оплаты труда медицинских работников. Существующая система оплаты труда на основе Единой тарифной сетки не позволяет в полной мере учитывать особенности деятельности отдельных категорий работников, и не создает у них заинтересованности в повышении результативности труда и в улучшении работы учреждения в целом.

В 2007 году в области начата работа по созданию отраслевой системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи. Территориальный фонд ОМС активно участвовал в разработке нормативно-правовой базы отраслевой системы оплаты труда.

Необходимость разработки нормативных документов именно для медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС, обусловлена тем, что для этих учреждений фонд оплаты труда (ФОТ) напрямую зависит от заработанного дохода. Именно это положено в основу отраслевой системы оплаты труда – фонд оплаты труда формируется из доходов, заработанных в системе ОМС и от предпринимательской деятельности, т.е. обусловлен объемом оказанных медицинских услуг. Руководитель медицинского учреждения самостоятельно формирует штатное расписание в пределах сформированного (заработанного) ФОТ.

В целях отработки механизмов внедрения принято решение производить внедрение отраслевой

системы оплаты труда поэтапно. На первом этапе подготовлены нормативные документы и введены в полном объеме с 1 июля 2007 года на базе 6 пилотных объектов – городских и сельских учреждений различного уровня и структуры.

Опыт работы медицинских учреждений – пилотных объектов показал, что производительность труда работника и качество оказания медицинской помощи повышаются, если он заранее представляет результат своей работы, способы его достижения и последующее материальное вознаграждение. Однако для успешной работы учреждения необходимы еще и налаженная система управления и четкое планирование деятельности. Введение отраслевой системы оплаты труда требует высокого уровня финансового менеджмента, внедрения бюджетирования в медицинском учреждении. По итогам одного полугодия нельзя говорить о результатах эксперимента. В текущем году данная работа продолжится.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС

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

В 2007 году продолжалась работа, направленная на совершенствование формулярной системы здравоохранения области.

В ходе плановых комплексных проверок филиалов ТФ ОМС и медицинских учреждений области проверялись наличие формуляров в медицинских учреждениях и процесс организации лекарственного обеспечения в соответствии с ними. В результате этой деятельности медицинские учреждения области активизировали работу по созданию собственных формуляров ЛС и ИМН с учетом профиля, видов и объемов оказываемой помощи.

Из 136 медицинских учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, в настоящее время 99 или 73 % имеют утвержденные формуляры.

Одной из проблем внедрения формулярной системы в медицинских учреждениях Кемеровской области является отсутствие в штате клинических фармакологов. Учитывая имеющийся коечный фонд медицинских учреждений и совокупную мощность поликлиник, фактическая потребность области в клинических фармакологах составляет 285 должностей. В настоящее время в медицинских учреждениях области работают всего лишь 24 специалиста данного профиля, что составляет 8 % от потребности.

Из 136 медицинских учреждений, работающих в системе ОМС в настоящее время, только 19 имеют в своем штате клинических фармакологов.

В течение 2007 года в медицинских учреждениях Кемеровской области дважды проводился мониторинг лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН – за II полугодие 2006 года и за I полугодие 2007 года. В нем приняли участие 94 ЛПУ из 136 (69 %). При этом 48 медицинских учреждений приняли участие в мониторинге дважды.

При сравнении результатов двух мониторингов можно проследить некоторую положительную динамику – в 1,5-2 раза снизился уровень превышения фактических цен над сложившимися средними ценами и составил по территории не более 10 %, по области – не более 20 %.

По итогам проведенных мониторингов, к медицинским учреждениям были применены меры финансового воздействия. Штрафные санкции в виде снятия финансовых средств за необоснованное превышение затрат на приобретение ЛС и ИМН были применены к 70 медицинским учреждениям, сумма снятия составила 553 тыс. руб. На ту же сумму 26 медицинских учреждений получили выплаты стимулирующего характера за экономию денежных средств и наличие эффективно организованного процесса лекарственного обеспечения.

ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС ГРАЖДАН

Одной из основных задач Фонда ОМС и страховых организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, является обеспечение прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи по Территориальной программе ОМС.

В 2007 году в системе ОМС Кемеровской области зарегистрировано 39 тыс. обращений, что соответствует уровню 2006 года.

В структуре всех обращений жалобы составили 21 % или 8103 (2006 г. – 32 % или 12434), заявления – 4 % или 1806 (2006 г. – 8 % или 3088), консультации – 75 % или 29225 (2006 г. – 60 % или 23293). Структура обращений за 2007 год представлена на диаграмме 4.

Из 8103 поступивших жалоб, обоснованными признаны 6769 или 83 %. Среди зарегистрированных обращений обоснованные жалобы составили 17 %. В 2006 году 9309 обоснованных обращений составляли 24 % от всех обращений (2005 г. – 16929 или 31 %, 2004 г. – 21443 или 36 %, 2003 г. – 29326 или 56 %). Тенденция снижения обоснованных жалоб сохраняется. Количество обоснованных жалоб в 2007 г. составило 73 % к уровню 2006 г.

Структура обоснованных жалоб и обращений граждан в динамике за 2006-2007 гг. приведена в таблице 19.

На первой позиции жалобы, связанные с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по ОМС, в том числе с оплатой лекарственных средств и изделий медицинского назначения при

Диаграмма 4
Структура обращений за 2007 год

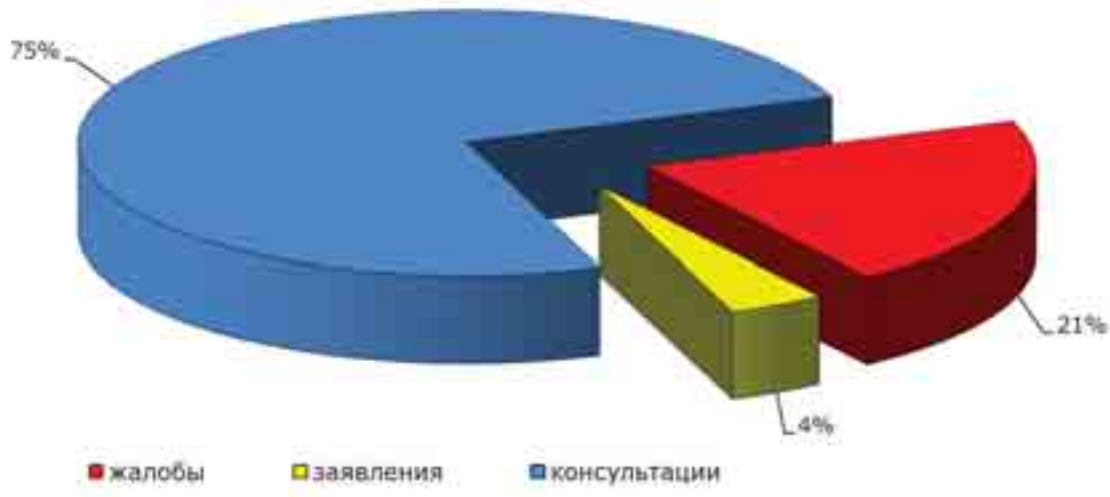


Таблица 19
Структура обоснованных жалоб и обращений граждан в динамике за 2006–2007 гг.

Причина обращений	Кол-во причин обоснованных обращений (абс.)		% от общего количества причин		Обоснованность (%)	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Взимание денежных средств за МП по ОМС, в т.ч. с оплатой лекарственных средств	8714	6432	93,5	95,0	83,1	90,9
Выбор ЛПУ в системе ОМС	304	177	3,3	2,6	53,7	59,4
Обеспечение полисами ОМС	83	41	0,9	0,6	34,7	44,1
Отказ в МП по ОМС	41	39	0,4	0,6	60,3	67,2
Организация работы ЛПУ	62	25	0,7	0,4	55,4	61,0
Качество медицинской помощи	39	19	0,4	0,3	65,0	42,2
Лекарственное обеспечение, из них:	43	22	0,5	0,3	3,5	4,7
- по ДЛО отдельных категорий граждан	26	19	60,5	86,4	13,5	12,6
Выбор врача	17	12	0,2	0,2	27,4	44,4
Прочие жалобы (этика и деонтология, санитарно-гигиеническое состояние ЛПУ, взимание средств в бюджетных ЛПУ и др.)	15	2	0,2	0,0	42,8	18,2
ИТОГО:	**9318**	**6769**	**100,0**	**100,0**	**72,6**	**83,5**

стационарном лечении – 95 % (2006 г. – 94 %, 2005 г. – 90 %, 2004 г. – 85 %). Обоснованность жалоб по платности составила 91 %. В сравнении с 2006 и 2005 годами, абсолютное количество обоснованных жалоб по причине платности медицинской помощи сократилось на 27 % (на 2540) и на 60 % (на 10160), соответственно.

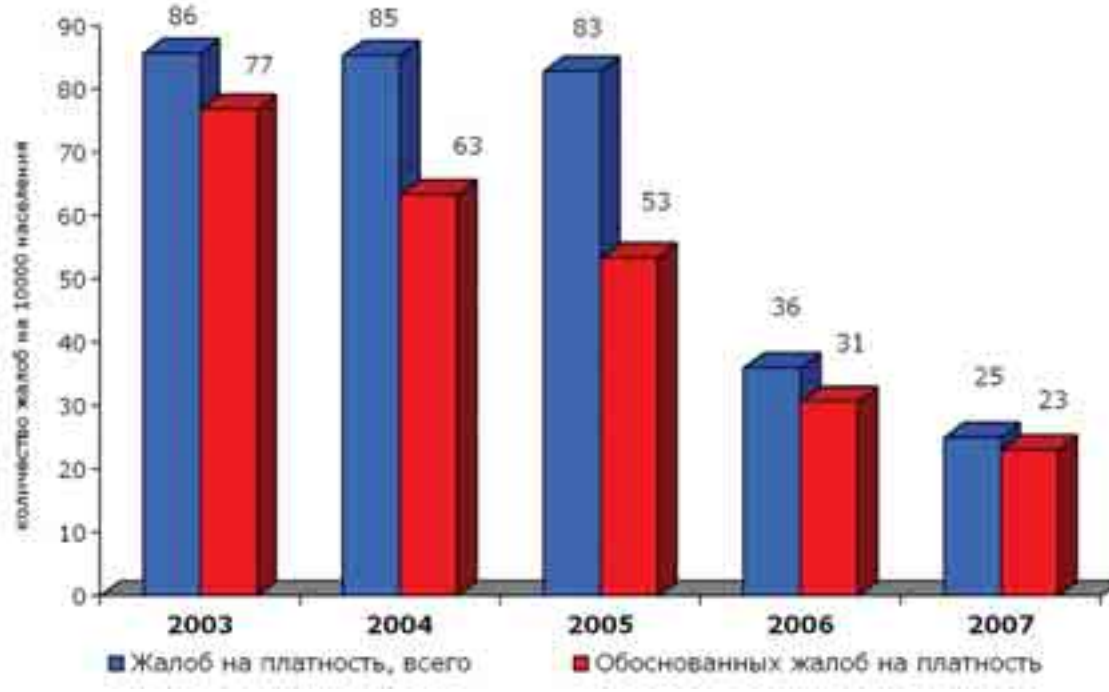
Динамика жалоб на платность по ОМС на 10000 населения за 2003-2007 гг. приведена на диаграмме 5.

На втором месте обращения по поводу выбора медицинского учреждения в системе ОМС – 2,6 % (2006 г. – 3,3 %, 2005 г. – 5,4 %, 2004 г. – 8,8 %). Абсолютное количество обращений по причине выбора ЛПУ уменьшилось в 1,7 раза, в сравнении с 2006 годом. Обоснованность обращений составила 59 % (2006 г. – 54 %, 2005 г. – 42 %).

На третьей позиции жалобы, связанные с обеспечением полисами ОМС – 0,6 % (2006 г. – 0,9 %, 2005 г. – 2,8 %). Абсолютное количество обращений по этой причине сократилось в 2 раза, при обоснованности 44 % (2006 г. – 34,7 %, 2005 г. – 24,6 %).

Отказы в оказании медицинской помощи по ОМС составили 0,6 % от обоснованных жалоб (2006 г. – 0,4 %, 2005 г. – 0,6 %). Абсолютное количество обращений по причине отказа в медицинской помощи по ОМС осталось на уровне

Диаграмма 5
Динамика жалоб на платность по ОМС на 10000 населения (2003–2007 гг.)



2006 г., обоснованность обращений составила 67 % (2006 г. – 60 %, 2005 г. – 68 %). Проведенный ТФ ОМС анализ данной ситуации показал, что большинство случаев связано с необоснованными отказами медицинскими учреждениями в медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Кемеровской области и предъявившим полисы ОМС, зарегистрированные в других субъектах Российской Федерации. Своими действиями медицинские учреждения нарушают статью 5 Закона о медицинском страховании граждан в РФ, согласно которой «страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации».

Количество обоснованных жалоб на качество медицинской помощи уменьшилось в 2 раза (зарегистрировано 19), что составило в структуре обоснованных жалоб 0,3 % (2006 г. – 39 или 0,4 %, 2005 год – 60 или 0,4 %). Обоснованность жалоб на качество медицинской помощи составила 42 % (2006 г. – 66 %, 2005 г. – 39 %).

За 2007 год на досудебном этапе защиты прав граждан в системе ОМС удовлетворены с материальным возмещением гражданам 6291 жалоба или 93 % от всех обоснованных (2006 г. – 8346 или 90 %, 2005 г. – более 15 тыс. жалоб или 86,3 %).

Сумма возмещения гражданам составила 10,1 млн. руб. (2006 г. – 9,7 млн. руб., 2005 г. – 16,3 млн. руб.). Сумма возмещения по каждой удовлетворенной жалобе составила 1608 рублей (2006 г. – 1167 руб., 2005 год – 1120 руб.).

В судебном производстве в 2007 году находилось 11 судебных исков на качество медицинской помощи (2006 г. – 11, 2005 г. – 18). Истцами во всех остальных случаях выступали пациенты. Судебные решения были приняты по 7 искам. Требования истцов удовлетворены в 2 случаях (29 %), сумма возмещения по удовлетворенным искам составила 60 тыс. рублей.

За 2007 год в системе ОМС было проведено 51557 экспертиз КМП по следующей структуре: амбулаторно-поликлиническая помощь – 33 % (2006 г. – 26 %); стационарная помощь – 57 % (2006 г. – 64 %), стационарозамещающая помощь – 10 % (2006 г. – 10 %).

Доля экспертиз, проведенных с привлечением внештатных медицинских экспертов, составила 19 % (2006 г. – 20 %, 2005 г. – 18 %).

Целевые экспертизы составили 62 % от общего количества, плановые – 38 % (2006 г. – 73 % и 27 %, соответственно). По обращениям граждан проведено 13 % от всех ЭКМП (2006 г. – 16 %, 2005 г. – 26 %). Показатель количества экспертиз на 1000 застрахованных за 2007 год равен 20,1 (2006 г. – 22, 2005 г. – 23). Уровень выявляемых при экспертизе нарушений составил 51 % (2006 г. – 51 %, 2005 г. – 55 %).

Основными нарушениями, выявляемыми при проведении контроля качества медицинской помо-

щи, были: оказание медицинской помощи ненадлежащего качества – 43 % (2006 г. – 35 %); необоснованное ограничение доступности медицинской помощи – 26 % (2006 г. – 31 %, 2005 г. – 45 %); действия, препятствующие проведению оценки КМП, в т.ч. нарушения ведения медицинской документации – 12 % (2006 г. – 11 %); необоснованное завышение объема и стоимости оказанной медицинской помощи – 4 % (2006 г. – 7 %); нарушение преемственности между этапами медицинской помощи – 5 % (2006 г. – 5 %); необоснованная госпитализация – 2 % (2006 г. – 5 %); необоснованное назначение лекарственных средств по дополнительному лекарственному обеспечению – 5 % (2006 г. – 3 %); прочие нарушения составили 3 % (2006 г. – 3 %).

Динамика количества нарушений в части ограничения доступности медицинской помощи на 10000 застрахованных за 2003-2007 гг. приведена на диаграмме 6.

В системе ОМС также были проведены 10 млн. 418 тыс. экспертиз реестров счетов пролеченных, что составило 118 % к уровню 2006 г. (8,8 млн.). При этом в 8 % случаев экспертизой выявлены нарушения (2006 г. – 4 %). В структуре нарушений на первом месте (49 %) нарушения принадлежности застрахованных к СМО, на втором месте (48 %) нарушения правильности оформления реестров, на третьем месте (1,3 %) нарушения определения кода услуги (АМТ) или шифра МКБ.

По результатам ЭКМП и первичного экспертного контроля реестров сумма оплаты по счетам медицинских учреждений была уменьшена на 131,3 млн. руб. С учетом остатков прошлого года, средства, снятые по результатам вневедомственного контроля КМП, были израсходованы ТФ ОМС и СМО на сумму 131,4 млн. руб. по следующим направлениям (диагр. 7).

РАБОТА В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

Среди задач, поставленных перед ТФ ОМС в 2007 году, особо актуальными стали приоритеты, обозначенные национальным проектом «Здоровье».

Основные задачи национального проекта – улучшение ситуации в здравоохранении и создание условий для его последующей модернизации.

Основными целями этого проекта являются развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактического направления медицины.

Помимо основных функций, которые выполняет Фонд и его филиалы в системе обязательного медицинского страхования, постановлениями Правительства по реализации национального проекта «Здоровье» определены дополнительные функции, среди которых: финансирование дополнительных выплат первичному звену, оплата дополнительной диспансеризации работающих граждан, оплата диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

За период реализации национального проекта «Здоровье» в области ощутимы существенные перемены. С начала 2007 года в рамках реализации проекта Фонд перечислил в лечебные учреждения области более 435 млн. руб.

Диаграмма 6
Динамика количества нарушений в части ограничения доступности медицинской помощи на 10000 застрахованных (2003–2007 гг.)

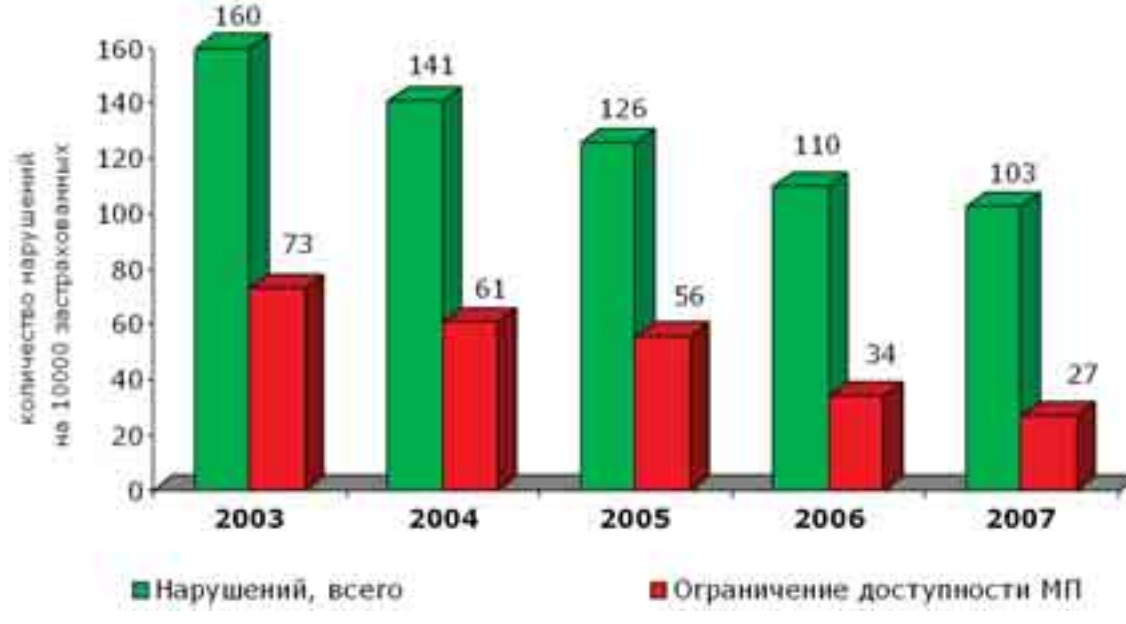
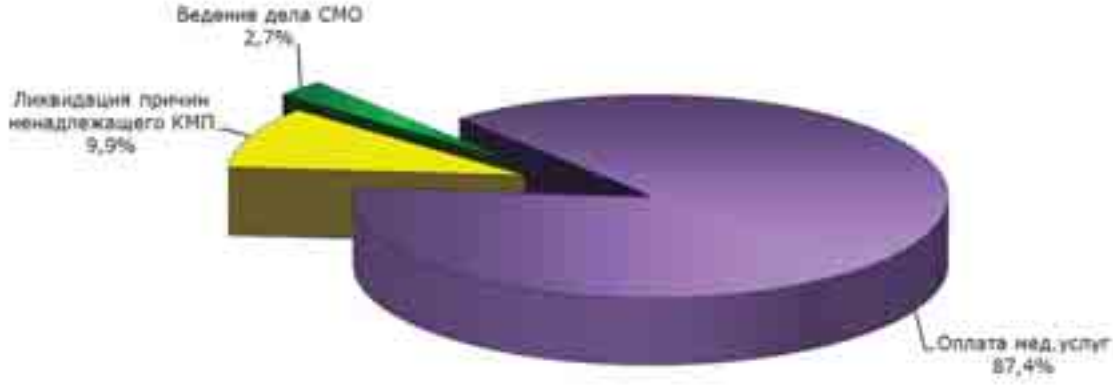


Диаграмма 7
Направления расходования средств по результатам вневедомственного контроля качества МП за 2007 год



Дополнительные денежные выплаты медицинским работникам первичного звена

В рамках реализации государственного задания Фондом заключено 76 договоров с лечебными учреждениями области.

Для осуществления выплат сформирован регистр медицинских работников первичного звена. В январе 2007 года указанный регистр содержал 2976 человек первичного звена, из которых 1294 участковых врачей и 1682 участковых медицинских сестер. На 1 января 2008 года регистр медицинских работников составил 3062 человека, в том числе 1359 участковых врачей и 1703 участковых медицинских сестер (увеличение на 3 %).

В 2006 году коэффициент совместительства участковых врачей составлял – 1,3, участковых медицинских сестер – 1,4. На конец 2007 года коэффициент совместительства участковых врачей и медицинских сестер составляет 1,25.

За 2007 год заработная плата участковых врачей и участковых медицинских сестер увеличилась в 1,2 раза. Медицинским работникам первичного звена области выплачено дополнительно, в соответствии с объемом выполненных услуг, более 347 млн. рублей.

Диспансеризация работников бюджетных отраслей

Ведущим направлением в здравоохранении сегодня является профилактика, повышение уровня ранней диагностики заболеваний. Именно поэтому одним из важных направлений национального проекта является диспансеризация граждан, в том числе работающих в бюджетных отраслях.

Квота на диспансеризацию работающих граждан бюджетной сферы на 2007 год составила 151010 человек.

Диспансеризация проводилась в 61 медицинском учреждении области.

За 2007 год Фондом принято к оплате 145914 законченных случаев диспансеризации (97 % от плана).

Прошедшие дополнительную диспансеризацию работники бюджетных отраслей распределились по группам здоровья следующим образом: I группа – 17,6 %; II группа – 18,0 %; III группа – 61,0 %; IV группа – 3,3 %; V группа – 0,1 %.

По результатам диспансеризации бюджетников за 2007 год, первое место занимают болезни костно-мышечной системы, второе – болезни системы кровообращения, третье – болезни органов зрения.

По результатам дополнительной диспансеризации основной удельный вес составила III группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза.

Как позитивный следует отметить момент взятия на диспансерный учет на ранних стадиях заболевания – 94 % от количества осмотренных. На поздних стадиях взяты на учет 6 % бюджетников, прошедших диспансеризацию.

Полностью выполнены годовые объемы по диспансеризации бюджетников на следующих территориях: г. А-Судженск; г. Белово; г. Калтан; г. Л-Кузнецкий; г. Междуреченск; г. Мыски; г. Осинники; г. Прокопьевск; г. Юрга; Беловский район; Ижморский район; Крапивинский район; Ленинск-Кузнецкий район; Новокузнецкий район; Прокопьевский район; Промышленновский район; Таштагольский район; Тисульский район; Топкинский

район; Тяжинский район; Чебулинский район; Юргинский район; Яйский район.

За 2007 год в медицинские учреждения области, участвующие в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан бюджетной сферы, перечислено около 79 млн. руб.

Из перечисленных Фондом средств на дополнительную диспансеризацию работающих граждан бюджетных отраслей лечебными учреждениями области израсходовано 76,4 млн. руб., в том числе на заработную плату – 58,5 млн. руб., на расходные материалы – 16 млн. руб., на взаиморасчеты между медицинскими учреждениями – 1,9 млн. руб.

Диспансеризация находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей

Реализация данного направления в области впервые началась в 2007 году. Диспансеризация детей-сирот проводилась 42 медицинскими учреждениями.

Диспансеризация предусматривает проведение комплексного специализированного обследования детей, а также дополнительное привлечение денежных средств в амбулаторно-поликлинические учреждения на повышение заработной платы врачей-специалистов, участвующих в диспансеризации, и приобретение необходимых расходных материалов.

Численность детей, подлежащих диспансеризации в 2007 году, составляла 6537 человек, в том числе 894 человека в возрасте от 0 до 4 лет, 5643 человека в возрасте от 5 до 17 лет.

Врачами-специалистами осмотрено 6244 детей или 95 % от подлежащих диспансеризации.

Среди выявленной патологии на первом месте – психические расстройства и расстройства поведения, на втором – болезни нервной системы, на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В лечебные учреждения, участвующие в проведении диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в 2007 году перечислено около 9,0 млн. руб.

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ УЯЗВИМЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ (ДЛО)

В 2007 году ТФ ОМС продолжал работу по реализации Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ, которым с 01.01.2005 года введен новый механизм финансирования и предоставления мер социальной поддержки гражданам, пользующимся льготами и социальными гарантиями.

В соответствии с Соглашением о порядке обмена информацией, Фонд подекадно осуществлял прием от Отделения ПФР по Кемеровской области регионального сегмента Федерального регистра лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи и осуществление ежемесячной денежной выплаты (далее – Регистр). Прием информации осуществлялся по защищенным каналам связи с использованием средств криптографической защиты информации.

По состоянию на 01.01.2007 г., Регистр включал в себя 155,6 тыс. чел., по состоянию на 20.12.2007 г. – 179,2 тыс. чел., прирост в течение года составил 23,6 тыс. чел. или 15 % (диагр. 8).

В течение 2007 года право на дополнительное лекарственное обеспечение реализовали 113 тысяч льготников или 63 % от количества лиц, включенных в Регистр (диагр. 9).

Размер средств, направляемых из федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами, утвержденный Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год», для Кемеровской области составил 693,8 млн.руб. (173,4 млн. руб. в квартал).

Средства поступили в Фонд в полном объеме.

Фондом завершен прием счетов от фармацевтической организации ЗАО «РОСТА» за отпущенные в 2007 году лекарственные средства отдельным категориям граждан. Сумма по счетам, принятая к оплате, составила 835,8 млн. руб.

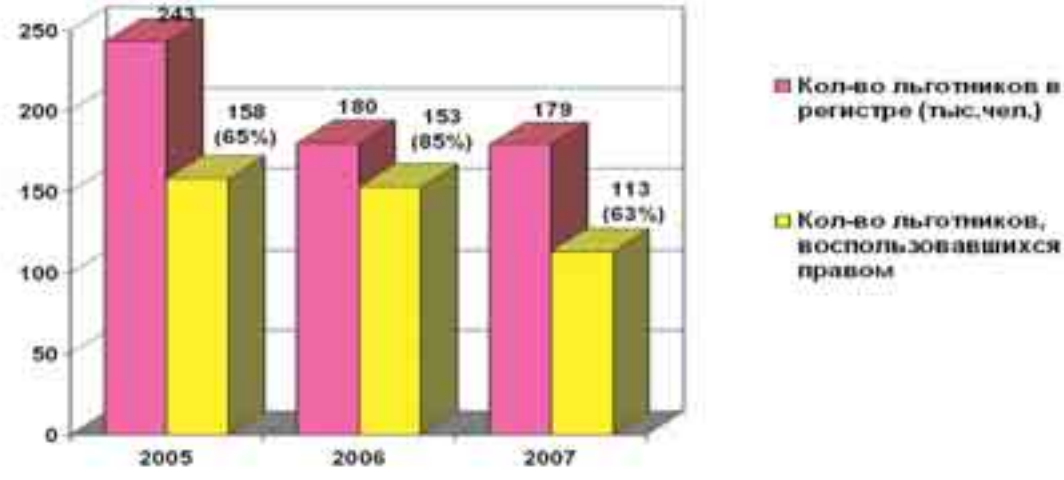
Фондом оплачены счета ЗАО «РОСТА» за отпущенные лекарственные средства на сумму 687,8 млн. руб. (83 % от суммы счетов, принятых к оплате Фондом), 5,9 млн. руб. были израсходованы в соответствии со сметой ДЛО, утвержденной ФФОМС.

За 2007 год в среднем одному льготнику выписано 14 рецептов, стоимость отпущенных лекарственных средств на одного льготника составила 7367 руб. в год.

Для стабилизации ситуации в системе ДЛО было предусмотрено ее совершенствование путем дополнительного управления расходами. В соответствии с решением Согласительной комиссии по вопросам урегулирования взаимоотношений участников ДЛО в Кемеровской области от 23.01.2007 г., средства федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами на 2007 год были условно распределены на 3 группы. В группу дорогостоящих лекарственных средств (36 %) включены медикаменты для лечения 12-ти групп заболеваний, требующих применения дорогостоящих медикаментов: онкология, онкогематология, рассеянный склероз, гемофилия, пересадка органов, психиатрия, гипофизарный нанизм, инсулинзависимый сахарный

Диаграмма 8
Региональный сегмент Федерального Регистра льготников 2007 год

Диаграмма 9
Количество льготников, воспользовавшихся правом на ДЛО (Кемеровская область) в 2005–2007 годах



диабет, детский церебральный паралич, вирусный гепатит, хроническая почечная недостаточность, ревматоидный артрит.

При условном распределении средств федерального бюджета на лекарственные средства для лечения заболеваний общетерапевтического профиля (54 %) по территориям и медицинским учреждениям применялись расчетные коэффициенты по количеству прикрепленных к ЛПУ для амбулаторного обслуживания льготников федерального уровня ответственности.

Средства резервного фонда (10 %) были предусмотрены для лечения дорогостоящими лекарственными средствами льготников, впервые появившихся в Регистре.

В течение 2007 года эти соотношения претерпели изменения: на дорогостоящие лекарственные средства направлено 55 %, на лекарственные средства для лечения заболеваний общетерапевтического профиля – 45 %.

В Кемеровской области, с момента вступления в силу Федерального закона № 122-ФЗ, была от-

работана система медико-экономического контроля (МЭК) за назначением и обеспечением лекарственными средствами отдельных категорий граждан, имеющих право на ДЛО. При проведении МЭК подвергались проверке первичные документы – амбулаторные карты пациентов в медицинских учреждениях и первичные бланки выписанных рецептов в аптеках. За 2007 год проверки проведены в 136 медицинских учреждениях, проверены более 6 тысяч амбулаторных карт и почти 53 тысячи рецептов.

Специалистами Фонда продолжалась работа по совершенствованию программного обеспечения для реализации программы ДЛО. Фондом был реализован оперативный режим автоматизированной обработки реестров рецептов. Фонд осуществлял загрузку и проверку реестров, полученных от аптек по электронной почте, после чего протоколы загрузки и дефектные ведомости направлялись аптекам-адресатам. Это позволяло аптеке оперативно исправлять ошибки до момента формирования реестра рецептов за отпущенные лекарственные средства и отправки его в фармацевтическую организацию.

Осуществлялся регулярный мониторинг реализации программы ДЛО, результаты которого размещались на официальном сайте Фонда.

В «Положение об оплате медицинских услуг в системе ОМС Кемеровской области» были внесены дополнения, которыми определены финансовые санкции к медицинским учреждениям по результатам проведения медико-экономической экспертизы по ДЛО. В системе ОМС на территории Кемеровской области в 2007 году было предусмотрено стимулирование врачей первичного звена за эффективную работу по реализации ДЛО.

Страховые медицинские организации в текущем режиме проводили медико-экономическую экспертизу в соответствии с разработанными критериями (отсутствие превышения суммы заявки, отсутствие жалоб со стороны пациентов, отсутствие случаев полипрагмазии, необоснованного назначения медикаментов и др.). Ежеквартальная сумма средств для стимулирования одного врача составляла 9 тыс. руб. Выплаты осуществлялись из риск-фонда страховщиков. В 2007 году по решениям территориальных согласительных комиссий за эффективную работу по разделу ДЛО осуществлено стимулирование врачей первичного звена на общую сумму более 2,0 млн. руб.

В целях обеспечения координации деятельности и урегулирования спорных вопросов, связанных с правоотношениями участников ДЛО, в Кемеровской области в течение трех лет регулярно работает Согласительная комиссия по вопросам ДЛО. В течение 2007 года состоялось 13 заседаний.

В декабре 2007 года завершены расчеты за 2006 год, по состоянию на 03.12.2007 из ФФ ОМС поступили в ТФ ОМС средства по программе ДЛО за 2006 год в сумме 1470,8 млн. руб.

По данным Отделения ПФР по Кемеровской области, по состоянию на 01.10.2007, отказались от ДЛО на 2008 год 169844 федеральных льготников, что составило 61 % от общей численности лиц, имеющих право на набор социальных услуг (в 2007 году – 41 %).

В 2008 году схема взаимодействия участников реализации программы ДЛО изменилась. Полномочия по выполнению программы ДЛО регионального уровня переданы органам государственной власти субъектов. Финансовые средства на реализацию программы ДЛО будут поступать из ФФОМС в бюджет ТФ ОМС в виде субвенций, которые будут перечисляться Территориальным фондом в бюджет Кемеровской области.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕОБЩНОСТИ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

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

За 2007 год Кемеровским фондом ОМС было получено реестров от Фондов других регионов на сумму 45,8 млн. руб., принято к оплате 40,2 млн. руб. и, по итогам медико-экономической экспертизы, отказано в оплате реестров на сумму 5,6 млн. руб.

В свою очередь, Кемеровский Фонд ОМС предъявил реестров в другие Фонды на сумму 28,4 млн. руб., принято к оплате 26,8 млн. руб. (с учетом задолженности на начало года) и получено мотивированных отказов в оплате реестров на сумму 1,6 млн. руб.

Наибольший удельный вес в структуре жителей Кемеровской области, получивших медицинскую помощь за ее пределами, занимают Сибирский (68 %) и Центральный (19 %) федеральные округа. Аналогичная ситуация и в случае с жителями других регионов, пролечившимися в ЛПУ Кемеровской области – Сибирский (74 %) и Центральный (21 %) федеральные округа.

Причины, по которым из Кемеровской области уезжают пациенты, заключаются в стремлении получить сложную и дорогостоящую медицинскую помощь в крупных близлежащих городах из-за высокой концентрации в них научно-исследовательских институтов (Новосибирск, Томск, Красноярск), большего доверия к врачам и клиникам столицы (Москва).

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.

Вторым направлением обеспечения всеобщности ОМС на территории Кемеровской области является оплата экстренной медицинской помощи незастрахованным гражданам.

С конца 2005 года оплата медицинских услуг, оказанных незастрахованным гражданам, производится за счет средств областного бюджета. На основании Постановления коллегии АКО от 29.03.2006 № 78 «Об утверждении Порядка оплаты экстренной медицинской помощи, оказанной незастрахованным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях системы ОМС Кемеровской области», медицинские учреждения формируют и направляют в Фонд реестры и счета за оказанные медицинские услуги. Фонд, в свою очередь, проводит медицинскую и экономическую экспертизу реестров и формирует счет-фактуру, направляемую для оплаты в Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области.

Медицинскими учреждениями по итогам 2007 года было предъявлено счетов в Фонд за лечение незастрахованных граждан на общую сумму 96,3 млн. руб. Снято с оплаты 46,6 млн. руб. (90 % причин снятия – пролеченные являются застрахованными гражданами и претензии к качеству заполнения реестра), что составляет 48 % от предъявленных сумм к оплате. Оплачено ДОЗН Кемеровской области 67,7 млн. руб. (частично была произведена оплата счетов 2006 года).

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФ ОМС

Контрольно-ревизионная деятельность ТФ ОМС направлена на обеспечение рационального использования средств ОМС и заключается в следующем:

1. Проверка рационального использования средств ОМС и выявление необоснованного получения средств ОМС в страховых медицинских организациях.
2. Проверка рационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях, в том числе средств, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье».
3. Проверка рационального использования средств ОМС в филиалах ТФ ОМС Кемеровской области.

На 2007 год было запланировано 106 проверок, проведено 140. Перевыполнение обусловлено проведением тематических и контрольных проверок в СМО и их филиалах по вопросам организации ОМС, и в медицинских учреждениях по вопросам формирования и использования ФОТ.

Ревизиями и проверками за 2007 год выявлено нерациональное использование средств ОМС в сумме 39,9 млн. руб., из них:

- 33,4 млн. руб. нерациональное использование средств ОМС (в том числе в медицинских учреждениях 32,7 млн. руб., в страховых медицинских организациях 0,7 млн. руб.);
- 6,5 млн. руб. необоснованно полученные средства ОМС страховыми организациями в связи с завышением численности застрахованных.

В 2007 году восстановлено средств ОМС медицинскими учреждениями и СМО на сумму 60,4 млн. руб., в том числе по результатам проверок предыдущих лет 30,1 млн. руб., из них:

- медицинскими учреждениями 54,7 млн. руб. (по результатам проверок предыдущих лет 30,1 млн. руб.);
- страховыми медицинскими организациями 5,7 млн. руб.

Уровень восстановления к выявленной в 2007 году сумме нерационального использования средств составил 151 %.

Основными направлениями в нерациональном использовании средств ОМС являются:

- расходование средств ОМС сверх норм, установленных муниципальным заказом, завышение заработной платы в связи с неправильным применением нормативных документов – 1,5 %;
- оплата видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг в системе ОМС – капитальный и текущий ремонт, хозрасходы, приобретение оборудования, оплата транспортных и коммунальных услуг – 19 %;
- финансирование структурных подразделений медицинских учреждений, которые должны финансироваться за счет средств бюджета – 64,2 %;
- оплата видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС (приобретение медикаментов, не соответствующих утвержденному формулярному списку) – 11,3 %.

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

Проводились проверки рациональности использования средств, направляемых на финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье». Они осуществлялись как в ходе проведе-

ния комплексных проверок использования средств ОМС лечебными учреждениями, так и в ходе проведения внеплановых тематических проверок. Была проведена 151 проверка расходования средств, выделяемых на финансирование в 2007 году приоритетного национального проекта «Здоровье».

В ходе проверок выявлено нецелевое использование выделенных средств в сумме 80 тыс. руб., из них на 1.01.08 восстановлено 66 тыс. руб.

ИНФОРМАЦИОННО-ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОМС

Деятельность ТФ ОМС по данному направлению осуществлялась в соответствии с «Концепцией информатизации системы ОМС Кемеровской области на 2006-2010 годы», утвержденной 22.02.2006 Правлением ТФ ОМС.

В рамках обеспечения процесса эксплуатации системы обработки информации, ТФ ОМС осуществлял ведение следующих общеобластных баз данных:

- интегрированная база застрахованных по ОМС Кемеровской области. База данных формируется СМО. Ежемесячно проводится сверка с Отделением ПФР Кемеровской области численности неработающих пенсионеров и работающих граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию;
- регистр страхователей по ОМС и страховых взносов;
- региональный сегмент регистра лиц, имеющих право на дополнительное лекарственное обеспечение;
- база рецептов, выписанных федеральным льготникам;
- база отпущенных по льготным рецептам лекарственных средств;
- общеобластная база данных случаев оказания медицинской помощи.

ТФ ОМС принимал участие в формировании общегосударственной базы данных «Ветераны», осуществлял ведение нормативно-справочного фонда ОМС.

На основе информации, содержащейся в общеобластных базах данных, ТФ ОМС осуществляет:

- контроль охвата обязательным медицинским страхованием населения Кемеровской области;
- расчет финансирования СМО;
- контроль перечисления страхователями взносов на ОМС;
- мониторинг исполнения Территориальной программы ОМС и муниципальных заданий территорий;
- информационную поддержку процесса формирования Территориальной программы и муниципальных заданий территорий;
- формирование отчетности о фактических показателях объемов и стоимости медицинской помощи, оказанной гражданам.

Постоянно совершенствуется программное обеспечение по ведению общеобластных баз данных, анализу информации и формированию отчетности.

В течение года осуществлялась информационная поддержка приоритетного национального проекта «Здоровье». На международной выставке-ярмарке «Мединтекс» экспонат «Информационное обеспечение реализации национального проекта «Здоровье» был отмечен дипломом и золотой медалью.

Большое внимание уделялось развитию и внедрению типовых информационных систем для обработки информации субъектов ОМС. Созданные специалистами ТФ ОМС Кемеровской области программные комплексы «Учет застрахованных в СМО», «Учет реестров за оказанную медицинскую помощь застрахованным по ОМС» работают в шести из семи страховых медицинских организациях, осуществляющих страхование по ОМС на территории Кемеровской области.

В течение 2007 года Центральный банк РФ неоднократно вносил изменения в унифицированные форматы электронных банковских сообщений (УФЭБС) и технологию работы при осуществлении обмена электронными документами между ЦБ РФ и его клиентами. Специалистами ТФ ОМС своевременно дорабатывалось программное обеспечение, что позволяло осуществлять финансирование ТП ОМС без задержек.

В 2007 году более широкое применение получила технология централизованной обработки информации с использованием удаленного (терминального) доступа к информационным ресурсам ТФ ОМС Кемеровской области с использованием MS Windows Terminal Server и Citrix Presentation Server. Суть технологии заключается в вынесении обработки информации с клиентских рабочих мест на сервер приложений.

Эта технология реализована в новой задаче сбора оперативной информации для «Мониторинга деятельности субъектов системы ОМС».

Информационный обмен между субъектами системы ОМС предполагает передачу данных, содержащих конфиденциальную информацию. В последние годы Фондом в этом направлении проводится большая работа. Основные результаты, достигнутые в 2007 году:

- начало эксплуатации комплекса «Защищенная сеть» с промышленной нагрузкой;
- обеспечение защищенного информационного обмена со всеми ЛПУ в рамках реализации программы ДЛО (примерно 300 объектов), с Региональным отделением Фонда Социального Страхования, ОАО СМО «Сибирь»;
- создание условий для перехода к автоматическому режиму обработки регламентированных

типовых информационных потоков, начало промышленного использования автоматического обработчика для запросов ЛПУ (порядка 300 направлений);
- обеспечение связи комплекса с аналогичным комплексом ФОМС – создание условий для интеграции в Единую Информационную Систему ОМС России.

Развивалась «Информационно-справочная система Территориального фонда ОМС по Кемеровской области» с доступом через сеть Интернет по адресу: www.kemoms.ru. Началось создание новой версии сайта. Разработан новый дизайн, применены современные технологии для управления содержанием сайта.

РАБОТА ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

В течение 2007 года продолжалась активная работа по освещению деятельности Фонда в средствах массовой информации.

Были опубликованы материалы по вопросам ОМС в журнале «Деловой Кузбасс», газетах «Комсомольская правда», «Российская газета», «Аргументы и Факты», «Земляки», «Кузнецкий край», «Кузбасс», «Страхование в России», «Медицинская газета» и т.д. Регулярно выпускался пресс-релиз о текущей деятельности Фонда, который размещался в информационном сборнике пресс-службы АКО.

В 2007 году выпущен третий по счету специальный номер журнала «Медицина в Кузбассе», посвященный вопросам обязательного медицинского страхования в Кемеровской области. Материалы были посвящены деятельности системы ОМС в 2006-2007 годах. В номере были представлены материалы СМО, работающих в системе ОМС Кемеровской области, ведущих медицинских учреждений, Кемеровской государственной медицинской академии.

Была подготовлена полиграфическая продукция разъяснительного характера для налогоплательщиков (буклет, листовка, плакат).

Руководители и специалисты Фонда давали разъяснения по вопросам обязательного медицинского страхования на страницах местных периодических изданий в рубрике «Вопросы-Ответы» – «Кузбасс», «Кузнецкий край» и др., регулярно освещали ситуацию в здравоохранении Кемеровской области, выступая в программах областного телевидения и радио «Кузбасс».

В актуальном режиме нашими материалами пополнялись рубрики сайта «Новости» и «Публикации в газетах».

Велась работа по редактированию материалов для средств массовой информации, подготовленных филиалами ТФ ОМС.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС НА 2008 ГОД

Оценивая перспективы деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования в 2008 году, необходимо отметить следующие направления:

Реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»

В 2008 году ТФ ОМС продолжит свою работу по финансированию трех направлений проекта – выплаты первичному звену медицинских работников, диспансеризация работающих граждан и диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Совершенствование системы ОМС

Важнейшей задачей при повышении эффективности работы учреждений здравоохранения является совершенствование системы оплаты труда медицинских работников. В 2008 году будет продолжена начатая в 2007 году работа по созданию отраслевой системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Еще одна важная задача, соответствующая новым тенденциям развития здравоохранения – совершенствование системы оплаты медицинской помощи, одним из направлений которого является фондодержание, призванное заинтересовать звено первичной медицинской помощи в рациональном расходовании средств.

Одноканальное финансирование

Одной из задач сегодняшнего дня является подготовка к переходу здравоохранения на одноканальное финансирование программы государственных гарантий. Идея одноканальности финансирования программ государственных гарантий в любой отрасли социальной сферы имеет здравый и весьма рациональный смысл. Это повышает управляемость расходов и, в значительной мере, степень их контроля. Однако далеко не все расходы в здравоохранении могут быть покрыты за счет средств ОМС. На наш взгляд, одноканальность вполне достижима при выполнении одного единственного условия – этот единственный канал должен обеспечить адекватную оплату стоимости медицинской помощи. То есть, предлагаемые меры, при экономическом обосновании и законодательном подкреплении, должны обеспечить возможность оплаты медицинской помощи по «полному тарифу».

Развитие информационных технологий

В текущем году ТФ ОМС продолжит работу по развитию информационных технологий. Ин-

формационный обмен между субъектами ОМС и участниками реализации национального проекта «Здоровье» будет производиться только по защищенным каналам передачи данных.

Дальнейшее развитие получит технология удаленного доступа субъектов ОМС и участников реализации национального проекта «Здоровье» к базам данных ТФ ОМС.

Также ТФ ОМС работает над обеспечением возможности мониторинга реализации Территориальной программы государственных гарантий и приоритетного национального проекта на основе использования Интернет-технологий.

Разрабатывается технология внедрения единого машиночитаемого полиса обязательного медицинского страхования. В этом случае полис становится постоянным документом, не требующим замены при изменении реквизитов договора или страховщика.

Использование единого полиса застрахованного может стать первым шагом к внедрению единой социальной карты гражданина, которая позволила бы создать единое информационное пространство всех ведомств, оказывающих социальные услуги гражданам, и организовать учет информации о их предоставлении.

2008 год является годом 15-летия деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования, поэтому во многом он станет годом подведения итогов.

Стремительное развитие, которое демонстрирует система обязательного медицинского страхования, образованная в начале 90-х годов — показатель того, насколько быстро развивается в целом система государственного управления в Российской Федерации.

Используемые в тексте сокращения:

ДОЗН – департамент охраны здоровья населения
ГФУ – главное финансовое управление
ЭКМП – экспертиза качества медицинской помощи
КМП – качество медицинской помощи
МУ – медицинское учреждение
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
ДЛО – дополнительное лекарственное обеспечение

КЛИМКИНА В.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
г. Кемерово

ДИНАМИКА ПОСТУПЛЕНИЯ НАЛОГОВ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ В БЮДЖЕТ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2005-2007 ГГ.

Для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, стабильной работы лечебно-профилактических учреждений Территориальным фондом ОМС Кемеровской области (далее – Фонд, ТФ ОМС) ведется большая работа по формированию и увеличению доходной части бюджета.

Доходы бюджета Фонда в значительной степени складываются из налоговых поступлений и платежей на ОМС неработающего населения. В 2007 году их доля составила 64 % в общей сумме доходов, утвержденных в бюджете ТФ ОМС. Фондом регулярно осуществляются учет и анализ информации о поступлении финансовых средств, проводится работа с Управлением Федеральной налоговой службы России по Кемеровской области по вопросам прогноза налоговых поступлений и контроля полноты и своевременности уплаты налоговых платежей в ТФ ОМС.

На протяжении последних трех лет сложилась положительная динамика по налоговым доходам, а плановые показатели, утвержденные в бюджете ТФ ОМС, выполняются в полном объеме. В таблице представлено исполнение доходной части бюджета Фонда по налоговым поступлениям за 2005-2007 гг.

Таблица
Плановые и фактические показатели налоговых доходов в бюджете ТФ ОМС

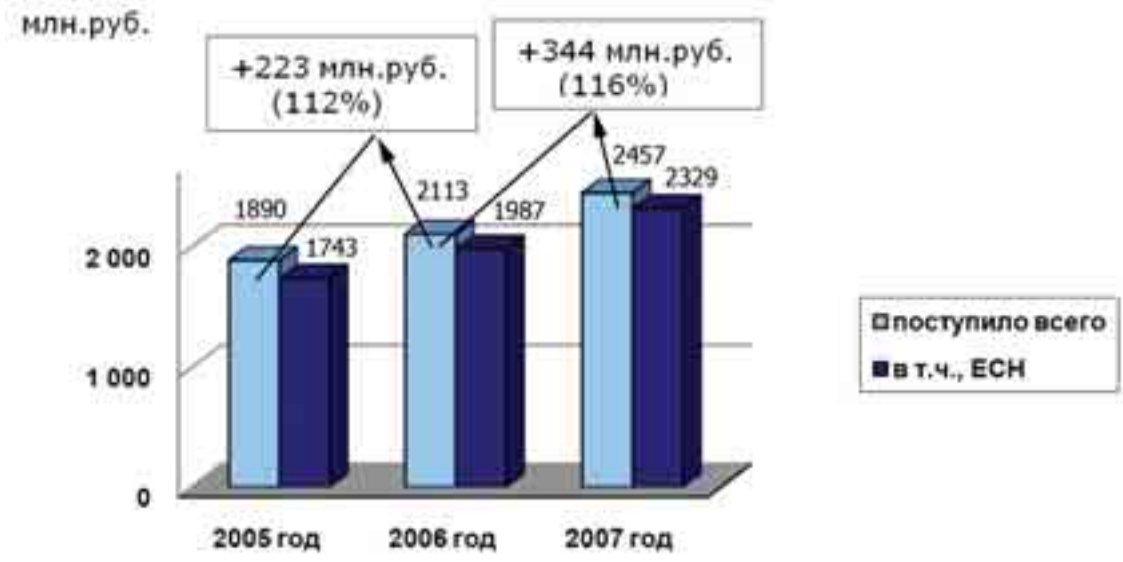
	2005 год	2006 год	2007 год
План (млн. руб.)	1730,1	2109,4	2411,8
Прирост к предыдущему периоду (%)		122	114
Факт (млн. руб.)	1890,6	2113,4	2456,9
Прирост к предыдущему периоду (%)		112	116
Исполнение плана (%)	109	100	102

Рост плановых показателей, утвержденных в бюджете Фонда на 2007 год, по отношению к плану 2005 года составил 139 %. Объем налоговых поступлений в 2007 году превысил показатели 2005 года на 566 млн. руб. (30 %) и составил 2,5 млрд. руб.

Динамика поступления налоговых платежей за трехлетний период представлена на диаграмме 1.

В составе налоговых платежей основную часть занимает единый социальный налог (94,9 %). Налог по упрощенной системе составил 2,6 %, единый налог на вмененный доход – 1,8 %, сельскохозяйственный налог – 0,1 %, недоимка – 0,6 %.

Диаграмма 1
Динамика налоговых поступлений по итогам 2005–2007 гг.



Основной прирост поступлений обеспечен за счет единого социального налога, зачисляемого в ТФ ОМС. Рост поступлений единого социального налога обусловлен увеличением заработной платы на предприятиях и в организациях области и, соответственно, ростом налогооблагаемой базы. Значительный вклад по объему перечисленных налогов в бюджет Фонда внесли угольные, крупные промышленные предприятия области, организации торговли – их доля составила более 30 %.

Также ежегодно увеличивается сумма поступлений по налогам со специальным налоговым режимом за счет увеличения количества плательщиков, уплачивающих налог по упрощенной системе налогообложения и единый налог на вмененный доход. В 2005 г. платежи по специальным режимам налогообложения поступили от 13 тысяч налогоплательщиков, а в 2007 г. их количество составило более 22 тысяч. Прирост налоговых платежей от этой категории плательщиков за три года составил 38,4 млн. руб., с 72,3 млн. руб. до 110,7 млн. руб. Кроме того, Законом Кемеровской области, в соответствии с Налоговым кодексом Российской Федерации, с января 2007 года установлена возможность применения индивидуальными предпринимателями нового вида налога на территории области – упрощенной системы налогообложения на основе патента.

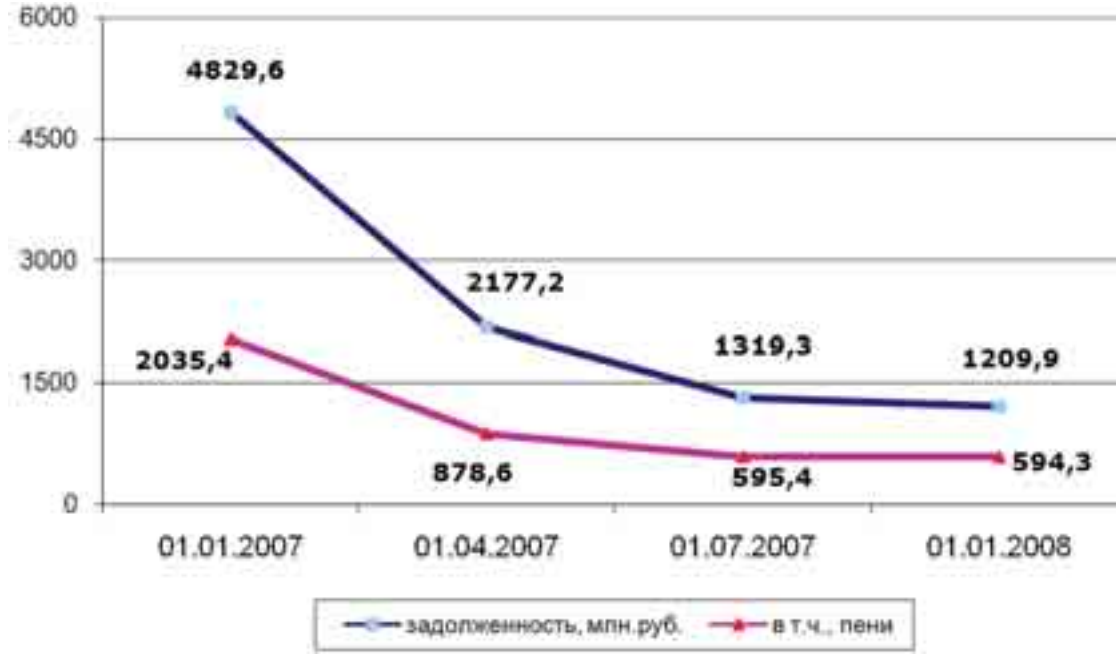
В соответствии с действующим законодательством в системе ОМС, Фонд осуществляет контроль за полнотой и своевременностью перечисления страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Положительная динамика сложилась и по поступлению страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплачиваемых три последних года в централизованном порядке из областного бюджета. По итогам 2007 года исполнение доходной части по данному показателю составило 2,4 млрд. руб. или 100 % к плановой сумме, утвержденной в бюджете Фонда. По отношению к 2005 году прирост составил 135 % или 610 млн. руб. (в 2005 г. – 1756,2 млн. руб.; в 2006 г. – 1944,8 млн. руб., прирост 188,6 млн. руб. или 111 %; в 2007 г. – 2366,6 млн. руб., прирост 421,8 млн. руб. или 122 %).

Ежегодно увеличивается размер платежа на ОМС неработающего населения в расчете на 1-го застрахованного. Так, в 2005 году размер платежа на 1-го неработающего был равен 1083,6 руб. в год, в 2006 г. – 1344,0, в 2007 г. – 1479,6 руб. в год.

В 2007 году проводилась активная работа с администрациями городов и районов по погашению задолженности на ОМС неработающего населения, сложившейся за период с 1993 г. по 2004 г., когда плательщиками взносов являлись муниципалитеты. В этот период, ввиду сложной экономической и финансовой ситуации, муниципалитеты не смогли в полном объеме выполнить свои обязательства и накопили большие долги. В 2002 и 2007 годах Фондом проводилась работа по взысканию задол-

Диаграмма 2
Динамика задолженности администраций по платежам на ОМС неработающего населения (сложившейся за 1993–2004 гг.).



женности с администраций территорий в судебном порядке. Учитывая большой размер задолженности, с каждой администрацией были заключены соглашения о рассрочке платежей с ежегодной уплатой сумм, установленных в графиках. В 2007 году Администрацией Кемеровской области было принято решение об оказании финансовой помощи муниципальным образованиям за счет средств областного бюджета для исполнения установленных графиков. В итоге сумма поступлений существенно увеличилась, платежи в счет погашения задолженности поступали от администраций всех территорий. В результате принятых мер, за 2007 год задолженность администраций городов и районов по долгам прошлых лет сократилась в 4 раза, на 3,6 млрд. рублей (диагр. 2).

Поступление средств от администраций в счет погашения задолженности по графикам рассрочки в 2005 году составило 28,8 млн. руб., в 2006 году – 25,7 млн. руб., в 2007 году – 135,1 млн. руб.

Приток финансовых средств в здравоохранение не может не сказываться на качестве медицинской помощи. Чем больше средств в медицину вкладывают бюджет и система ОМС, тем выше уровень и качество предоставления медицинских услуг населению. Фонд активно и настойчиво проводит совместную работу с налоговыми инспекциями, налогоплательщиками, администрацией области, муниципальными образованиями по мобилизации поступлений единого социального налога и страховых взносов на ОМС неработающего населения. Для укрепления финансовой базы системы ОМС важно усиление заинтересованности и ответственности страхователей в добросовестном исполнении обязанности по внесению налоговых платежей и страховых взносов в фонды ОМС.

МАТВЕЕВА Н.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ТФ ОМС ЗА 2007 ГОД

Бюджет Фонда на 2007 год был утвержден Законом Кемеровской области от 29.12.2006 № 190-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области на 2007 год». В дальнейшем, Законами Кемеровской области от 27.06.2007 года № 80-ОЗ и от 27.12.2007 № 168-ОЗ «О внесении изменений в Закон Кемеровской области «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области на 2007 год» в бюджет Фонда были внесены изменения.

Основными изменениями бюджета Фонда по доходам стали:

- увеличение размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 106 млн. руб.;
- увеличение размера недоимки на ОМС неработающего населения на 230 млн. руб.;
- увеличение безвозмездных поступлений за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2001 млн. руб.

Таким образом, планируемые доходы бюджета Фонда, с учетом изменений, составили 7992 млн. руб.

Основными изменениями бюджета Фонда по расходам стали:

- увеличение расходов на финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 495 млн. руб.;
- включение в бюджет расходов на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами на 1494 млн. руб.

Таким образом, планируемые расходы бюджета Фонда, с учетом изменений, составили 8062 млн. руб.

ДОХОДНАЯ ЧАСТЬ

Фактические доходы бюджета Фонда в 2007 году в целом составили 7875 млн. руб., т.е. 99 % плановых назначений (табл. 1).

Доходная часть бюджета формируется по 2 основным направлениям – собственные доходы и безвозмездные поступления из Федерального фонда ОМС (диагр. 1). Значительную долю в общих доходах бюджета ТФ ОМС занимают безвозмездные поступления (35 %).

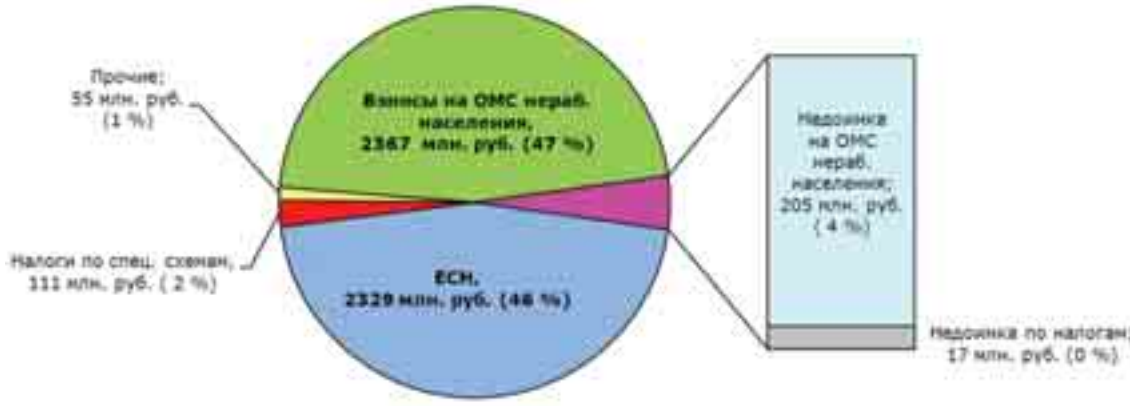
Основным налоговым доходом Фонда были средства Единого социального налога. Их фактическое поступление составило 2329 млн. руб., 102 % планируемой величины и 46 % от собственных доходов. Рост единого социального налога по отношению к 2006 году составил 24 %.

Таблица 1
Доходная часть бюджета ТФ ОМС

Показатель	Факт, млн. руб.
ДОХОДНАЯ ЧАСТЬ БЮДЖЕТА - всего	7874,6
I. ДОХОДЫ	5083,5
1. Налоги и взносы на социальные нужды	4900,5
- единый социальный налог	2328,8
- страховые взносы на ОМС неработающего населения	2366,6
- недоимка и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения	205,1
2. Налоги на совокупный доход	111,2
- единый налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы	36,9
- единый налог, взимаемый с налогоплательщиков, выбравших в качестве объекта налогообложения доходы, уменьшенные на величину расходов	14,6
- единый минимальный налог	12,7
- единый налог на вмененный доход для отдельных видов деятельности	46,4
- единый сельскохозяйственный налог	0,6
3. Задолженность по отмененным налогам, сборам и иным обязательным платежам	16,9
4. Доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства (восстановление нецелевого использования средств)	23,0
7. Прочие неналоговые доходы	31,2
II. БЕЗВОЗМЕЗДНЫЕ ПОСТУПЛЕНИЯ	2791,1

Второй источник доходов – страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Их фактическое поступление составило 2367 млн. руб., 100 % планируемой величины и 47 % от общей суммы доходов. Прирост показателя к 2006 году +22 % обеспечен за счет увеличения размера взноса на ОМС неработающего населения и полного исполнения показателя. Следует отметить, что в 2005-2007 гг., в связи с уменьшением величины отчислений в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования средств единого социального налога (с 3,4 % до 2 %), доля этого вида доходов в бюджете Фонда, в сравнении с 2004 годом, уменьшилась с 58 % до 46 %. Сформировать необходимую доходную часть бюджета удалось именно благодаря значительному увеличению объе-

Диаграмма 1
Структура собственных доходов



ма страховых взносов на неработающее население. В сравнении с 2004 годом, их объем увеличился на 93 %, а доля в доходах Фонда возросла с 33 % до 47 %.

Общие доходы бюджета Фонда по налогам на совокупный доход составили 111 млн. руб., 98 % планируемой величины, хотя по отдельным видам налогов здесь наблюдается как перевыполнение, так и недовыполнение плановых показателей. Причиной такой ситуации является несовершенство методики планирования соответствующих показателей.

Прочие доходы Фонда составили 55 млн. руб. Основную часть этих доходов (31 млн. руб.) составили средства территориальных фондов других субъектов РФ, перечисленные за лечение жителей их территорий в медицинских учреждениях Кемеровской области. 23 млн. руб. составили средства восстановления нерационального использования средств ОМС.

Существенное недовыполнение имеет место по показателю «Недоимка и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения» – 60 % или 139 млн. руб. В то же время, опыт работы отчетного года в данном направлении нельзя оценить негативно. Плательщиками в отчетном году были не только муниципалитеты, но и ДОЗН. Для взыскания задолженности по взносам на ОМС неработающего населения за 2006 год в сумме 213 млн. руб. ТФ ОМС предъявил иск к плательщику – ДОЗН. В результате было подписано мировое соглашение, согласно которому перечисление задолженности будет производиться в течение 3 лет, начиная с 2007 г., по 70 млн. руб. ежегодно. Дополнительно в план были включены суммы просроченной задолженности согласно утвержденных графиков рассрочки судебных решений за 2003-2006 гг. – это 160 млн. руб. Увеличение планового показателя стало возможным благодаря активной финансовой поддержке Главного финансового управления областной Администрации: при перечислении задолженности за 2003-2006 гг. муниципалитетам в том же объеме выделялась дотация. В результате, впервые за все годы с момента вынесения судебных решений задолженность перечислялась всеми 33 территориями. Рост показателя к 2006 году составил 8 раз.

Безвозмездные поступления от других бюджетов бюджетной системы РФ составили 2791 млн. руб., 99 % планируемой величины и 35 % от общей суммы доходов. Это средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования на:

- финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами;
- реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье».

Таким образом, бюджет Фонда за 2007 год по доходам исполнен на 99 %.

РАСХОДНАЯ ЧАСТЬ

Фактические расходы бюджета Фонда в 2007 году составили 7855 млн. руб. (табл. 2). Общие расходы, по сравнению с 2006 годом, увеличились на 25 % или на 1590 млн. руб.

Основным направлением расходов Фонда, как и прежде, были расходы на финансирование Территориальной программы ОМС Кемеровской области (табл. 3). Они составили 5840 млн. руб., 97 % планируемой величины и 74 % от общей суммы расходов. В абсолютных цифрах сумма средств, выделяемых на финансирование Территориальной программы, с 2006 года увеличилась на 900 млн. руб. или на 19 %.

В структуре расходов на финансирование ТП ОМС изменение только одно: доля субвенции Федерального фонда ОМС увеличилась с 1 % до 2 %.

Таблица 2
Расходная часть бюджета ТФ ОМС

Показатель	Факт, млн. руб.
РАСХОДНАЯ ЧАСТЬ - всего	7854,6
Расходы на финансирование Территориальной программы ОМС	5840,1
Реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами (ДЛО)	1517,0
Реализация приоритетного национального проекта	430,6
Проведение семинаров	0,5
Расходы на оплату медицинской помощи незастрахованным гражданам по договору с ДОЗН	66,4

Таблица 3
Структура расходов по ТП ОМС, 2006–2007 гг.

	2006 г.		2007 г.	
	млн. р.	%	млн. р.	%
На финансирование ТП ОМС	3570	73	4228	72
Субвенция ФФ ОМС	70,0	1	120,0	2
Дотации ФФ ОМС	581,8	12	692,3	12
Субсидии на ОМС детей	69,8	1	75,7	1
На формирование НСЗ	400,0	8	444,0	8
На ведение дела СМО	145,9	3	166,0	3
Содержание ТФ ОМС	100,1	2	113,8	2
Всего на ТП ОМС	4937,6	100	5839,8	100

Расходы на ведение дела СМО и ТФ ОМС производились в пределах утвержденных нормативов и сумм, установленных в бюджете Фонда, и составили 97 %, что соответствует общему уровню финансирования ТП ОМС.

Фактические расходы на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами составили 1517 млн. руб., 101 % планируемой величины и 19 % от общей суммы расходов. В соответствии с Порядком расчетов, установленным Минздравсоцразвития и Федеральным фондом, окончательные расчеты за отпуск лекарственных средств в 2006 году производились в течение 2007 года. При этом были выделены дополнительные средства из бюджета ФФ ОМС и Федерального бюджета. На завершение расчетов по отпуску лекарственных средств за 2006 год израсходовано 823,3 млн. руб.

В соответствии со сметой расходов на осуществление контроля качества, организационных и информационно-технических мероприятий по обеспечению граждан необходимыми лекарственными средствами, утвержденной Федеральным фондом ОМС 24.10.2007 г., производились расходы, обеспечивающие информационный обмен при проведении ДЛО (диагр. 2).

Фактические расходы бюджета на выполнение Фондом управленческих функций в 2007 году составили 113,8 млн. руб., 97 % планируемой величины и 1,4 % общей суммы расходов.

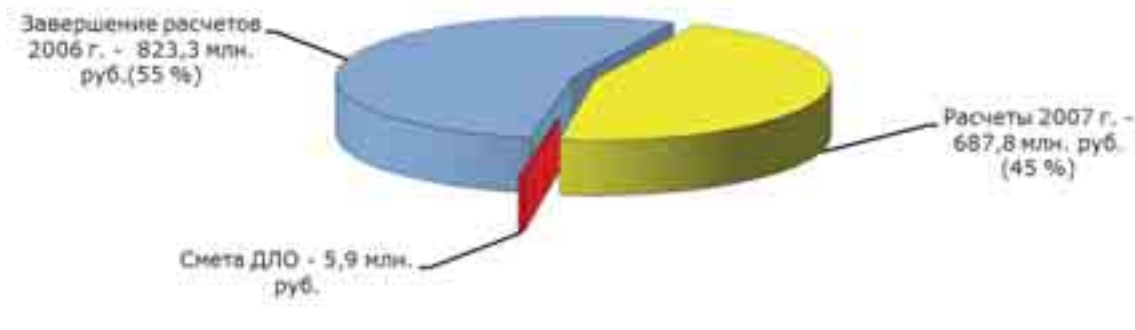
Таким образом, бюджет Фонда за 2007 год по расходам исполнен на 97 %.

Фактический остаток средств на 01.01.2007 г. составил 89,8 млн. руб., в том числе часть средств является целевыми в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» – 12,9 млн. руб.:

- по расходам на диспансеризацию работающих – 3,1 млн. руб.;
- диспансеризацию детей сирот – 4,7 млн. руб.;
- выплаты первичному звену – 5,1 млн. руб.

Данные средства являются переходящими, и будут использованы на эти цели в 2008 году.

Диаграмма 2
Структура расходов на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами, 2008 год



ПАРФЕНОВА И.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

С начала 2007 года в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области работало 7 страховых медицинских организаций (СМО), имеющих лицензию Росстрахнадзора на проведение ОМС:

- ОАО СМО «Сибирь»,
- ООО «ЖСО-М»,
- ООО «Губернская страховая медицинская компания»,
- ЗАО «Кузбассуглемед»,
- ЗАО «Сибирский Спас-Мед»,
- ООО «СК Ингосстрах-М»,
- ЗАО «СМК АСК-Мед».

В середине года прекратила свою деятельность страховая медицинская организация ЗАО «Кузбассуглемед», на страховое поле Кемеровской области зашел Кемеровский филиал страховой медицинской организации ОАО МСК «Шексна-М».

Самой крупной страховой медицинской организацией Кемеровской области в 2007 году являлась ОАО СМО «Сибирь», имеющая 91 % всего страхового поля.

В конце 2007 года состоялся конкурс по выбору страховой компании на право оказания услуг по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения Кемеровской области. В трех из четырех лотов победила ОАО «Страховая медицинская организация «Сибирь», в четвертом – ООО «ЖСО-Медицина». Таким образом, Кузбасс еще на три года остался регионом, где в сфере ОМС по объему портфеля лидируют региональные компании.

Динамика доходов и расходов СМО имеет положительный рост и обусловлена, в первую очередь, ростом стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования (табл. 1).

Анализ финансовой деятельности страховых медицинских организаций показал, что объем средств, полученных ими за 2007 год, возрос по сравнению с 2006 годом и составил 5714 млн. руб., или 119 % к уровню 2006 года (рост 2006 года к 2005 году составлял 113 %). Увеличение финансирования СМО Территориальным фондом ОМС связано с увеличением поступлений средств единого социального налога, взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, а также перечислением дополнительных средств из Федерального фонда ОМС.

СМО от Территориального фонда по подушевому нормативу было получено (без учета остатка денежных средств предыдущего года) 99,6 % всех средств, а с учетом остатка – 98,8 %. В 2006 году соотношение этих цифр составило 99,4 % и 98,4 %, соответственно (табл. 2).

Остальные средства получены из следующих источников:

- как доход от инвестирования временно свободных финансовых средств (0,04 %),

Таблица 1
Динамика доходов и расходов СМО

Наименование показателя	2006 год (млн. руб.)	2007 год (млн. руб.)	2007 г./ 2006 г.(%)
Поступило – всего, в том числе:	**4821,0**	**5714,0**	**119**
- от Территориального фонда, из них:	4794,1	5691,5	119
На оплату медицинских услуг	4642,3	5512,0	119
На ведение дела	151,8	179,5	118
- доходы от использования временно свободных финансовых средств	1,1	2,6	в 2,4 раза
- штрафы, пени, регрессные иски	0,8	0,0	0
- из других источников	25,0	19,9	80
Доходы всего с учетом остатков денежных средств	**4872,8**	**5761,5**	**118**
Израсходовано – всего, в том числе:	**4825,4**	**5694,8**	**118**
- на оплату медицинских услуг	4564,5	5437,1	119
- на финансирование предупредительных мероприятий	91,4	91,7	100
- на ведение дела	146,0	166,0	114
- прочие расходы	23,5	0,0	0
Остаток средств на конец отчетного периода	**47,4**	**66,7**	**141**

Таблица 2

Структура поступления финансовых средств в страховые медицинские организации (%)

Наименование показателя	Без учета остатков предыдущего года		С учетом остатков предыдущего года	
	2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.
Остаток средств на начало года	**–**	**–**	**1,06**	**0,82**
Поступило – всего, в том числе:	**100,0**	**100,0**	**98,94**	**99,18**
- от территориального фонда подушевой норматив	99,44	99,61	98,38	98,79
- доходы от использования временно свободных финансовых средств	0,02	0,04	0,02	0,04
- штрафы, пени	0,02	0,0	0,02	0,0
- другие источники	0,52	0,35	0,52	0,35

- предъявлением финансовых санкций к МУ по результатам экспертиз (0,3 %),
- прочие поступления (0,05 %).

В 2007 году значительно увеличились доходы СМО от использования временно свободных финансовых средств. Доходы составили 2,6 млн. руб., что в 2,4 раза превышает уровень 2006 года.

По итогам 2007 года уменьшился размер поступлений из других источников и составляет 19,9 млн. руб. Поступления составили 80 % от уровня прошлого года.

На ведение дела страховые медицинские организации получили 187 млн. руб. Норматив отчислений на ведение дела устанавливается в договоре, заключенном между Территориальным фондом и СМО.

Страховые организации могут увеличить поступления на ведение дела за счет следующих источников:

- средств финансовых санкций, примененных к МУ по результатам экспертной оценки качества оказания медицинской помощи (в установленном размере),
- доходов, полученных от размещения временно свободных финансовых средств,
- штрафов за утерю полиса,
- средств по восстановлению затрат по травмам.

Таким образом, активная деятельность СМО по защите прав застрахованных, выгодному размещению свободных финансовых средств позволяет увеличить размер средств, направляемых на ведение дела.

Сложившаяся структура поступлений в 2007 году на ведение дела:

- от Территориального фонда – 179,5 млн. руб. (95,9 %);
- от средств, остающихся в СМО после неполной оплаты счетов МУ по результатам экспертной оценки качества оказания медицинской помощи – 3,5 млн. руб. (1,9 %);
- доходы от размещения временно свободных финансовых средств – 2,5 млн. руб. (1,3 %);
- другие источники (возмещение за утерю полиса, восстановление затрат по травмам, прочие) – 1,6 млн. руб. (0,9 %).

За рассматриваемый период расходы СМО возросли в связи с увеличением поступления средств в СМО и составили 5694,7 млн. руб., или 99 % от всех средств, имевшихся у страховщиков (включая остатки), такая же доля израсходована и в 2006 году – 99 % (табл. 3).

Основным направлением расходования средств страховой медицинской организации является финансирование медицинских услуг, оказанных застрахованному контингенту.

Объем израсходованных средств в 2007 году, по сравнению с предыдущим годом, увеличился на 18 %, увеличение в абсолютном выражении составило 869 млн. руб. (табл. 1).

При этом, доля расходов на оплату медицинских услуг в общем объеме расходов составила

Таблица 3

Структура расходов страховых медицинских организаций (%)

Наименование показателя	Без учета остатков текущего года		С учетом остатков текущего года	
	2006 г.	2007 г.	2006 г.	2007 г.
Израсходовано – всего, в том числе:	**100**	**100**	**99**	**98,8**
- на оплату медицинских услуг	94,6	95,5	93,7	94,4
- на финансирование предупредительных мероприятий	1,9	1,6	1,8	1,6
- расходы на ведение дела	3,0	2,9	3,0	2,8
- прочие расходы	0,5	0	0,5	0
Остаток средств на конец отчетного периода, в том числе:	**–**	**–**	**1,0**	**1,2**
- на банковских депозитах и в ГЦБ	-	-	0,3	0

95,5 %. В абсолютном выражении расходы на оплату медицинских услуг в 2007 году увеличились на 873 млн. руб. и составили 119 % к уровню 2006 года.

Расходы на финансирование предупредительных мероприятий незначительно увеличились по сравнению с 2006 годом (на 0,3 %), их доля составляет 1,6 % от общей суммы израсходованных средств (в 2006 году – 1,9 %). Уменьшение доли расходов на финансирование предупредительных мероприятий от общей суммы расходов связано с уменьшением процента на формирование данного резерва, с 1,9 % в 2006 году до 1,5 % в 2007 году от средств подушевого норматива согласно решениям Правления ТФ ОМС от 22.02.06 г., от 09.11.06 г.

Расходы на ведение дела увеличились в абсолютном выражении на 20 млн. руб. по сравнению с прошлым годом, и составили 114 % относительно уровня 2006 года.

В Законе Кемеровской области «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на 2007 год» на ведение дела страховым медицинским организациям определено 189 млн. руб. на год. Фактические расходы на ведение дела составили 166 млн. руб. (или 2,9 % от общего объема израсходованных средств) и не превысили запланированную сумму.

Увеличился, по сравнению с 2006 годом, остаток неиспользованных средств на счетах страховых медицинских организаций. Рост составил 141 % к уровню 2006 года. Остаток составляет 67 млн. руб. или 1,2 % от общей суммы средств, имеющихся у страховщиков.

Анализ показал стабильность финансовой деятельности страховых медицинских организаций. Оплата медицинской помощи производится в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с договорами, заключенными между СМО и медицинскими учреждениями. Формирование резервов не превышает установленные нормативы.

МАТВЕЕВА Н.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Все годы деятельности системы ОМС много говорилось о необходимости оптимизации объемов стационарной помощи, развитии дневных стационаров, укреплении первичного звена. Но реальная работа в этих направлениях шла очень медленно. Ключевая проблема, с которой мы столкнулись – недостаточность стимулов к повышению эффективности использования ресурсов. Система организации, управления и финансирования не побуждает врачей рационально использовать ресурсы и добиваться максимально высоких показателей здоровья населения.

При этом у нас есть опыт, и есть инструмент решения данной проблемы – опыт фондодержания, применяемого в новом хозяйственном механизме. Фондодержание, как способ оплаты медицинской помощи, предполагает, что амбулаторно-поликлиническое звено получает в свое распоряжение финансовые средства не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг, оказанных прикрепившимся к нему пациентам в других медицинских учреждениях. Учреждение или подразделение, получившее эти средства, называется фондодержателем. Фондодержатель заинтересован в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может использовать на экономическое и социальное развитие и материальное стимулирование.

Сейчас мы планируем реализацию фондодержания на принципиально новом уровне. За эти годы появились новые технические возможности, принципиально на ином уровне в настоящее время осуществляется учет, в том числе персонифицированный, оказанной медицинской помощи. Остается наладить систему соответствующих финансовых отношений.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ФОНДОДЕРЖАНИЯ

Средства передаются поликлинике – фондодержателю в объеме муниципального задания, это максимальный объем денежных средств для территории. Они включают затраты на оказание медицинской помощи прикрепленному населению не только на своей территории, но и за ее пределами, и все виды помощи – амбулаторно-поликлиническую, стационарозамещающие технологии и стационарную помощь. Бюджет фондодержателя включает все планируемые затраты на медицинскую помощь прикрепленному населению в рамках Территориальной программы ОМС.

Учитывая возможность непланируемого роста расходов на медицинскую помощь, часть средств будет накапливаться как резерв фондодержателя на счете страховой медицинской организации. Таким образом, происходит разделение финансовых рисков, что важно для поликлиники. Являясь фондодержателем, она может столкнуться с ситуацией, когда пациентам понадобятся дорогостоящие медицинские услуги, на оплату которых у фондодержателя не будет средств. Размер средств, формирующий резерв фондодержателя, определяется Тарифным соглашением.

Ежемесячно, на основе данных страховщиков, будут определяться фактические расходы на оказание медицинской помощи. Разница между планируемыми расходами и фактическими – снижение расходов на медицинскую помощь – будет формировать остаточный доход фондодержателя.

Остаточный доход фондодержателя формируется ежемесячно, а по итогам полугодия, с учетом достигнутого значения модели конечных результатов, большая часть средств перечисляется фондодержателю (это чистый доход фондодержателя), а часть направляется в резерв фондодержателя. Чистый доход перечисляется на счет фондодержателя, и далее должен распределяться между АПУ и стационаром. В этом случае врач поликлиники имеет реальные стимулы к расширению объема своей деятельности (увеличивается подушевой норматив). Может оптимизировать объемы и стационар – лечить действительно сложные заболевания, требующие стационарной помощи, затраты на лечение на этих больных будут выше прежних и будут подкреплены финансами. Обеспечивается более высокое ресурсное наполнение лечения действительно сложных больных: сужается «фронт» работы стационара, растет цена лечения среднего случая, расширяются возможности для повышения оплаты труда. Врач стационара должен знать, что выиграет, если будет лечить более сложные случаи. И то сокращение объемов медицинской помощи, которое произойдет, и ранее означало бы только экономию средств страховщика, не будет означать финансовых потерь для медицинского учреждения.

Возможна и обратная ситуация, когда фактические объемы помощи превысят запланированные. В этом случае первичное звено должно нести ответственность в дополнительных расходах (20 %), так как его деятельность была неэффективной.

На фондодержателя ложится вся ответственность за лечение прикрепленного населения на всех этапах. Соответственно, для анализа потоков больных ТФ ОМС и СМО предоставят ЛПУ всю ин-

формацию для анализа и контроля за обоснованностью направлений, в первую очередь, за пределы территории. Изменятся функции контроля страховщика, в первую очередь, это контроль за отсутствием отказов в необходимой госпитализации.

Механизм фондодержания на 1 этапе мы предлагаем сельским территориям, участвующим в отработке отраслевой системы оплаты труда. Это две центральные районные больницы, опыт работы которых в условиях фондодержания будет учтен при доработке Положения об оплате. Считаем, что фондодержание в этом случае даст больше хозяйственной самостоятельности руководителям, и оптимизацию штатной численности они смогут сочетать с оптимизацией структуры оказания медицинской помощи. На втором этапе фондодержание будет внедряться на всех территориях, где отсутствует выбор стационара (одно медицинское учреждение на территории или несколько медицинских учреждений, но профили и этапы помощи не дублируются).

Фондодержание является мощным инструментом экономического регулирования, позволяющим эффективно стимулировать увеличение объемов медицинской помощи, оказываемой на уровне первичного звена, и, соответственно, обеспечить переток финансовых ресурсов.

Но, в то же время, фондодержание – одна из самых сложных моделей финансирования с точки зрения администрирования системы, технологии ее реализации и необходимости принятия организационно-управленческих мер по снижению риска недоступности медицинской помощи и случаев финансового банкротства фондодержателей.

В настоящий момент данные изменения внесены в Положение об оплате медицинской помощи в системе ОМС, ведется подготовка информационных систем к реализации.

ОСИПОВА Ю.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ВНЕДРЕНИЕ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Важнейшей задачей при повышении эффективности работы учреждения здравоохранения является совершенствование системы оплаты труда медицинских работников.

Система оплаты труда на основе Единой тарифной сетки существенно ограничивает руководителей учреждений в использовании оплаты труда в качестве эффективного элемента управления персоналом, а также снижает возможности по найму работников в условиях конкуренции на рынке труда, что, в свою очередь, негативно сказывается на кадровом потенциале учреждений и снижает их возможности по выполнению своих функций.

Кроме того, в связи с увеличением минимального размера оплаты труда (МРОТ) до 2300 руб. в 2007 году, оклады по восьми разрядам единой тарифной сетки оказались за пределом МРОТ. При дальнейшем планируемом росте МРОТ в течение 2008-2010 гг. до размера прожиточного минимума и более медленном росте средней заработной платы применение ЕТС становится невозможным. В результате, на федеральном уровне уже принято решение о введении новой системы оплаты труда.

Постановлением Правительства РФ от 22 сентября 2007 г. № 605 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинских частей, оплата труда которых осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений» утвержден порядок перехода на новую систему оплаты труда для федеральных учреждений и учреждений иных форм собственности. Документ вызывает особый интерес, так как с большой долей вероятности можно предположить, что именно в данном направлении и будет проходить формирование отраслевых систем оплаты труда.

В соответствии с данным Постановлением, изменен принцип формирования бюджетных ассигнований для финансирования фонда оплаты труда. Ранее формирование штатной численности бюджетного учреждения производилось на основании нормативов, утвержденных на федеральном уровне, а фонд оплаты труда учреждения формировался на основе введенной штатной численности и размера заработной платы, установленного единой тарифной сеткой и надтарифными надбавками. Под сформированный ФОТ выделялись бюджетные ассигнования.

Новая система оплаты труда предполагает, что первично формируется фонд оплаты труда учреждения с учетом объема предоставляемых услуг и нормативов отчислений на ФОТ (доля в тарифе). Численность персонала определяет руководитель учреждения в пределах имеющегося ФОТ. Изменяется значение штатных нормативов: отраслевые штатные нормативы играют рекомендательную роль и позволяют руководителю принимать решение о количестве и составе работников. Однако при этом нужно помнить, что возросшие полномочия руководителя по регулированию численности персонала не уменьшают его ответственности за выполнение установленных объемов работ. Уменьшение штатной численности не является основанием для снижения объемов работ и качества медицинской помощи.

Кроме того, руководителю необходимо определить как новый уровень гарантий по заработной плате, так и четкие правила зависимости вознаграждения работника от результатов его личного труда и деятельности организации в целом.

Кардинальные изменения должны произойти с системой премирования и стимулирования работников. В настоящее время в большинстве медицинских учреждений премирование проводится в форме долевого перераспределения вакантного фонда оплаты труда и не увязано с конкретными показателями деятельности работника. В новой системе оплаты премирование следует перевести на язык материального стимулирования точных (гибких) целей, поставленных перед работником или группой персонала.

В 2007 году в Кемеровской области начата работа по созданию отраслевой системы оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи. Разработана нормативно-правовая база отраслевой системы оплаты труда для медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС:

1. Внесены дополнения в Закон Кемеровской области «О здравоохранении»;
2. Совместным Приказом ДОЗН и ТФОМС от 19.07.2007 г. № 619/36 утверждено Типовое положение об оплате и стимулировании труда работников медицинских учреждений Кемеровской области, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования.
3. Приказом ДОЗН от 19.07.2007 г. № 687 утверждено Типовое положение об оплате труда и премировании руководителей медицинских учреждений для использования в пилотных объектах.
4. Проведен конкурс среди медицинских учреждений на лучшие локальные нормативные до-

кументы по оплате труда в медицинском учреждении «Эффективная система стимулирования персонала».

5. Решением Областной согласительной комиссии внесены изменения в «Положение об оплате медицинской помощи в системе ОМС Кемеровской области».
6. Разработаны Методические рекомендации по внедрению системы оплаты труда и материального стимулирования работников ЛПУ на основе методики целевого управления.

Решено, что отраслевая система оплаты труда в первую очередь будет введена в учреждениях, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Такое решение обусловлено тем, что для данных учреждений фонд оплаты труда (ФОТ) напрямую зависит от выполненных объемов работ, заработанного дохода.

В учреждении формируется консолидированный фонд оплаты труда из доходов, заработанных при реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования и от предпринимательской деятельности. Таким образом, устанавливается соответствие между объемом медицинских услуг, выполненных учреждением, и заработной платой работников. Руководитель медицинского учреждения самостоятельно формирует штатное расписание в пределах сформированного (заработанного) ФОТ. Фонд оплаты труда распределяется на две части – гарантированную (базовую) и стимулирующую. Гарантированная часть ФОТ определяется в прежнем порядке на основе установленных окладов и зависит преимущественно от отработанного времени. Размер стимулирующей части определяется как разница между сформированным и гарантированным ФОТ, и зависит от результатов деятельности учреждения в целом. Стимулирующая часть ФОТ распределяется между работниками в соответствии с объемом и качеством выполненной работы. Таким образом, учитывается вклад каждого в достижение целей, стоящих перед медицинским учреждением.

Главная идея создаваемой системы распределения стимулирующей части ФОТ состоит в том, чтобы связать заработную плату с конечными результатами. Производительность труда работника и качество услуг повышаются, если он заранее представляет результат своей работы, способы его достижения и последующее материальное вознаграждение. При этом единый конечный результат организации позволяет создать предпосылки для образования коллектива единомышленников. Предлагаемая система, основанная на побуждающем мотивационном принципе, помогает также в решении проблемы формирования и распределения дохода. Интересы, цели и действия работников всех категорий объединяются со стратегическими задачами учреждения.

Используется следующий алгоритм действий для распределения стимулирующей части ФОТ. Стратегические цели, стоящие перед организацией, декомпозируются для каждого подразделения, службы, работника. Разрабатывается набор показателей, характеризующих достижение цели. В процессе ежемесячного анализа фактические значения показателей сравниваются с плановыми, и определяется степень достижения результатов учреждением в целом и каждым подразделением, службой, работником. В соответствии с этими показателями осуществляется распределение стимулирующей части ФОТ учреждения. Планы и показатели на следующий период могут корректироваться с учетом конкретизации задач и анализа причин невыполнения плана предыдущего периода.

Для отработки механизмов перехода принято решение о поэтапном внедрении отраслевой системы оплаты труда в Кемеровской области. На первом этапе подготовлены нормативные документы и введены в полном объеме с 1 июля 2007 года на базе шести пилотных объектов – городских и сельских учреждений различного уровня и структуры.

Еще рано говорить о результатах эксперимента, но имеющийся опыт работы медицинских учреждений – пилотных объектов показал, что при правильной организации всего процесса у работников увеличивается заработная плата и появляется заинтересованность в повышении рентабельности учреждения. Справедливости ради необходимо отметить, что не всем учреждениям, участвующим в эксперименте, удалось достичь такого результата. Проблемы возникли в учреждениях, где затраты превышают заработанный доход. Ситуация требует анализа причин и тщательного планирования медицинской помощи и учета затрат. Успешно реализовывается проект в медицинских учреждениях, имеющих высокий уровень финансового менеджмента.

Нужно особо подчеркнуть, что отраслевая система не должна снизить трудовой доход работника, в то же время позволит избавить здравоохранение от многолетней «уравниловки» и оценить реальные результаты труда. Созданы все предпосылки для роста заработной платы адекватно возрастанию финансового результата учреждения. Система не оставляет посторонних наблюдателей в учреждении и позволяет, наряду с заинтересованностью, повысить ответственность за результаты своего труда, от которого зависит заработная плата сотрудников всей организации.

ХОЛКИНА Л.М., КОРШУНОВА С.К.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Одной из функций Территориального фонда обязательного медицинского страхования является контрольно-ревизионная деятельность.

Контроль за рациональным использованием средств ОМС контрольно-ревизионный отдел осуществляет путем проведения комплексных, тематических и контрольных проверок в медицинских учреждениях, страховых медицинских организациях, филиалах ТФ ОМС.

Отдел был организован в мае 1995 г. Тогда в его составе был лишь один специалист, в декабре этого же года в КРО работало уже два человека. Основное внимание тогда уделялось становлению бухгалтерского учета в СМО. Ведь страховая медицина в стране только зарождалась, и некоторые СМО неверно применяли методологию бухгалтерского учета, нарушали схему финансирования ОМС, допускали нерациональное использование средств ОМС и т.п.

В настоящее время бухгалтерский учет в СМО поставлен в соответствии с действующими нормативными документами РФ, схема финансирования не нарушается. Денежные средства ОМС направляются на расчетные счета медицинских учреждений. Нерациональное использование средств ОМС в СМО не допускается.

В отношении медицинских учреждений в первые годы работы в системе ОМС проводились только тематические проверки по открытию отдельных расчетных счетов для средств обязательного медицинского страхования. Медицинским учреждениям, привыкшим к одноканальному бюджетному финансированию, тоже было непросто работать в новых условиях финансирования.

Сегодня эти трудности уже позади. В медучреждениях бухгалтерский учет средств ОМС ведется отдельно. Реестры оплаты медицинских услуг заполняются в соответствии с нормативными документами РФ.

Страховые медицинские организации и филиалы ТФ ОМС проверяются ежегодно, а медицинские учреждения – один раз в два года.

Для оценки результатов работы контрольно-ревизионной деятельности были проанализированы документы за последние пять лет.

В среднем количество проверок в медицинских учреждениях, проведенных специалистами ТФ ОМС за 2003-2007 гг., составило 94 проверки в год.

К сожалению медучреждения до сих пор допускают нерациональное использование средств обязательного медицинского страхования, т.е. направляют эти денежные средства на статьи затрат, не входящие в систему ОМС.

Анализ показывает, что за пять лет процент восстановления средств ОМС, использованных не по назначению, составил 98,6 %.

Основные направления нерационального использования средств ОМС в медицинских учреждениях:

- расходование средств сверх норм, установленных муниципальным заказом, завышение заработной платы в связи с неправильным применением нормативных документов;
- финансирование структурных подразделений медицинских учреждений, которые должны финансироваться за счет средств бюджета;
- финансирование статей расходов, не включенных в структуру тарифов в системе ОМС (капитальный ремонт, хозяйственные расходы приобретение оборудования, оплата транспортных и коммунальных услуг);
- оплата видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС (приобретение медикаментов, не соответствующих формулярному списку).

Анализ работы контрольно-ревизионного отдела со страховыми медицинскими организациями показал, что среднегодовое количество проверок в СМО и их филиалах за последние пять лет составило 63 проверки в год. СМО допускалось необоснованное получение средств ОМС в результате завышения численности застрахованных.

Анализ данных показывает, что за пять лет процент восстановления средств ОМС в СМО составил 97,2 %.

В филиалах ТФ ОМС нерациональное использование средств ОМС не допускалось.

По результатам всех ревизий и проверок составляются предписания об устранении нарушений в использовании средств ОМС и восстановлении их на счета соответствующих бюджетов.

Большая работа проводится специалистами КРО по восстановлению средств ОМС. Приходится искать пути восстановления средств в условиях дефицита финансирования здравоохранения Кемеровской области. Совместно с медучреждениями анализировались возможные источники для покрытия использованных нерациональным образом средств ОМС.

Нерациональным образом использованные средства ОМС восстанавливаются путем перечисления

денежных средств на расчетный счет ТФ ОМС в течение одного месяца после получения предписания или самостоятельно медучреждениями на расчетный счет (статьи затрат) по ОМС.

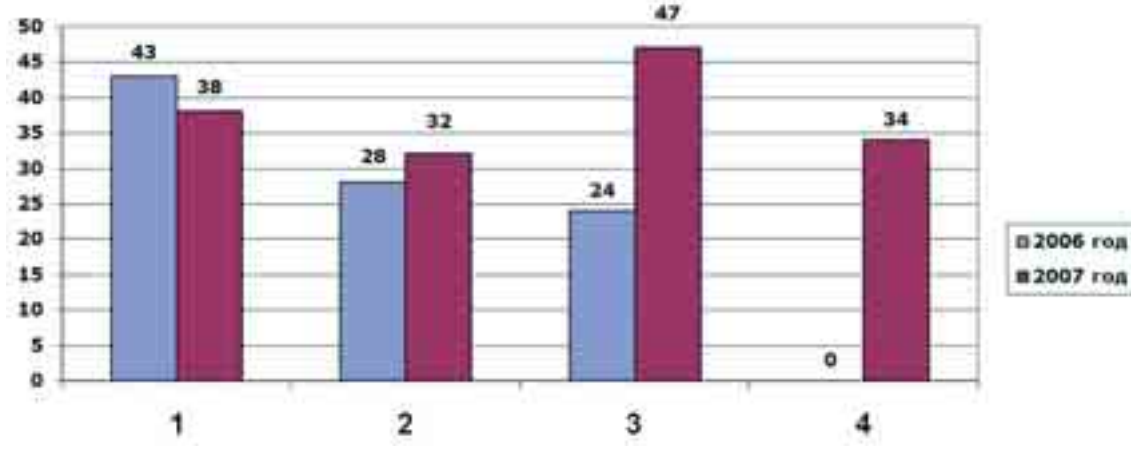
Среди задач, поставленных перед Территориальным фондом ОМС Кемеровской области, особенно актуальными являются приоритеты, обозначенные национальным проектом «Здоровье».

С 2006 г. специалистами КРО осуществляются проверки в медицинских учреждениях по целевому использованию средств приоритетного национального проекта «Здоровье». Проверки выполнялись как в ходе комплексных проверок использования средств ОМС лечебными учреждениями, так и проведением отдельных тематических проверок (рис.).

Основными итогами реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» за 2006-2007 гг. стали повышение качества и доступности медицинской помощи населению, увеличение заработной платы медицинских работников, расширение перечня профилактических мероприятий, мониторинг здоровья работающего населения.

Таким образом, контрольно-ревизионной службой ТФ ОМС осуществляется постоянный контроль за рациональным использованием средств ОМС и средств, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье».

Рисунок
Количество проведенных проверок целевого использования средств ОМС, выделенных на реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006–2007 гг.



1 – выполнение учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи;
2 – дополнительная диспансеризация граждан, работающих в бюджетной сфере;
3 – дополнительная оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы ОМС;
4 – дополнительная диспансеризация работающих граждан и оказанная им первичная медико-санитарная помощь.

ДРУШЛЯК И.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ

Основной целью государственной политики в области реформирования здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, а также ресурсам, которыми располагают государство и граждане.

Доступность и качество медицинской помощи должны обеспечиваться за счет повышения структурной эффективности функционирования системы здравоохранения, переориентации части объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический этап с более широким развитием ресурсосберегающих, стационарозамещающих технологий, развития первичной медико-санитарной помощи, которая создает условия для улучшения и сохранения здоровья населения.

На решение данной задачи направлены мероприятия, осуществляемые в рамках образования межтерриториальных медицинских объединений.

В течение ряда лет в муниципальном здравоохранении Кемеровской области развивались виды медицинской помощи без учета ресурсов, имеющихся на соседних территориях. Каждое муниципальное образование развивало собственную сеть здравоохранения, не всегда учитывая потребности жителей в тех видах медицинской помощи, которые отсутствуют на своей территории. В результате это привело к дублированию профильных отделений в соседних территориях, зачастую маломощных, не всегда обеспеченных врачами соответствующей квалификации. Кроме того, в некоторых районах и малых городах существует дефицит врачебных кадров, связанный с тем, что на узких специалистов приходятся доли должности (0,25-0,5) и их невозможно укомплектовать физическими лицами. При этом квалификация врачей-совместителей не всегда соответствует требованиям, предъявляемым к работе на современном оборудовании. Зачастую оборудование простаивает из-за отсутствия кадров или не загружено из-за малой численности обслуживаемого населения. Все это приводит к снижению доступности медицинской помощи для населения небольших территорий.

С целью выравнивания доступности и качества медицинской помощи жителям отдаленных территорий, эффективного использования ресурсов здравоохранения в Кемеровской области были сформированы межтерриториальные медицинские объединения (ММО).

ММО представляет собой объединение нескольких муниципальных систем здравоохранения с устойчивыми медико-организационными связями на основе соглашения между главами муниципальных образований о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи.

Организация оказания медицинской и лекарственной помощи населению осуществляется по следующим направлениям:

- оптимизация структуры медицинских учреждений;
- эффективное использование ресурсов, имеющихся в здравоохранении территории;
- формирование и реализация консолидированного муниципального задания по предоставлению медицинской помощи с учетом потребностей населения территории;
- участие в разработке целевых программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний;
- создание единого информационного поля.

ММО образованы на принципах добровольного объединения муниципальных образований. Следует отметить, что участники ММО сохраняют свою юридическую и экономическую самостоятельность.

В структуре ММО создается координационный совет по здравоохранению, который осуществляет выработку предложений по вопросам деятельности в сфере охраны здоровья населения ММО.

Созданию в Кемеровской области ММО предшествовала большая подготовительная работа. Прежде всего, специалистами отдела анализа и прогнозирования при Департаменте охраны здоровья населения проведены расчеты оптимального коечного фонда муниципальных образований, необходимого для удовлетворения потребности населения территорий в стационарной помощи и предложены варианты образования ММО. Разработан пакет нормативно-правовых документов, обеспечивающих деятельность ММО.

Специалистами системы обязательного медицинского страхования доработан порядок оплаты медицинских услуг в системе ОМС. В целях создания экономических стимулов для расширения деятельности амбулаторно-поликлинического зве-

на медицинских учреждений, входящих в ММО, в качестве основного способа оплаты медицинской помощи в системе ОМС выбрано полное фондодержание.

К 01.07.2008 г. в области сформированы 8 ММО, включающих в себя 29 муниципальных образований. Пять территорий, с учетом их географического расположения (гг. Междуреченск, Тайга, Таштагол, районы: Промышленновский, Крапивинский) не вошли в ММО.

Созданные ММО включают в себя:

- ММО № 1: г. Анжеро-Судженск, Ижморский р-н, Яйский р-н;
- ММО № 2: г. Белово, п.г.т. Красный Брод, Беловский р-н, Гурьевский р-н;
- ММО № 3: г. Кемерово, г. Березовский, Кемеровский р-н, Топкинский р-н;
- ММО № 4: г. Прокопьевск, г. Киселевск, Прокопьевский р-н;
- ММО № 5: г. Ленинск-Кузнецкий, г. Полысаево, Ленинск-Кузнецкий р-н;
- ММО № 6: г. Юрга, Юргинский р-н, Яшкинский р-н;
- ММО № 7: Тисульский р-н, Тяжинский р-н, Чебулинский р-н, Мариинский р-н;
- ММО № 8: г. Новокузнецк, г. Осинники, г. Калтан, г. Мыски, Новокузнецкий р-н.

В результате интеграции отдельных видов медицинской помощи в рамках ММО в целом по области сокращено 2565 муниципальных коек круглосуточного пребывания, из них в системе ОМС – 1656 (10 % от числа коек, работающих в системе ОМС). При этом часть коек от числа сокращенных переведены в дневной стационар при стационаре, что позволило сократить объемы оказания медицинской помощи на дорогостоящих стационарных койках и, соответственно, увеличить объемы помощи, оказанной в условиях ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий.

В результате реструктуризации коечного фонда в рамках ММО прогнозируемое сокращение расходов системы ОМС на стационарную помощь составит более 500 млн. рублей в год. Средства экономии планируется направить в те же подразделения на увеличение финансирования в связи с увеличением интенсивности и сложности работы.

Ожидаемыми результатами по созданию ММО являются:

- повышение доступности медицинской помощи;
- повышение качества медицинской помощи;
- повышение удовлетворенности населения медицинской помощью;
- сокращение нерациональных расходов.

Таким образом, формирование ММО является одним из путей совершенствования медицинского обслуживания населения и усиления эффективной деятельности учреждений здравоохранения.

ИВАНОВ И.Г.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,

ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН, 2007 ГОД

Обязательное медицинское страхование (далее – ОМС), являясь формой социальной защиты интересов населения Российской Федерации в охране здоровья, гарантирует всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в соответствии с действующими Территориальными программами обязательного медицинского страхования.

Одной из основных задач системы ОМС является защита прав граждан на получение медицинской и лекарственной помощи по ОМС, преследующая основные цели:

- обеспечение гарантированного объема, качества и условий оказания медицинской помощи;
- обеспечение доступности медицинской помощи;
- досудебное решение споров между застрахованными и другими субъектами ОМС (страхователями, страховыми медицинскими организациями и медицинскими учреждениями);
- правовая и социальная защита граждан.

Для реализации прав граждан в системе ОМС Кемеровской области в страховых медицинских организациях и Территориальном фонде ОМС функционируют подразделения по организации защиты прав граждан.

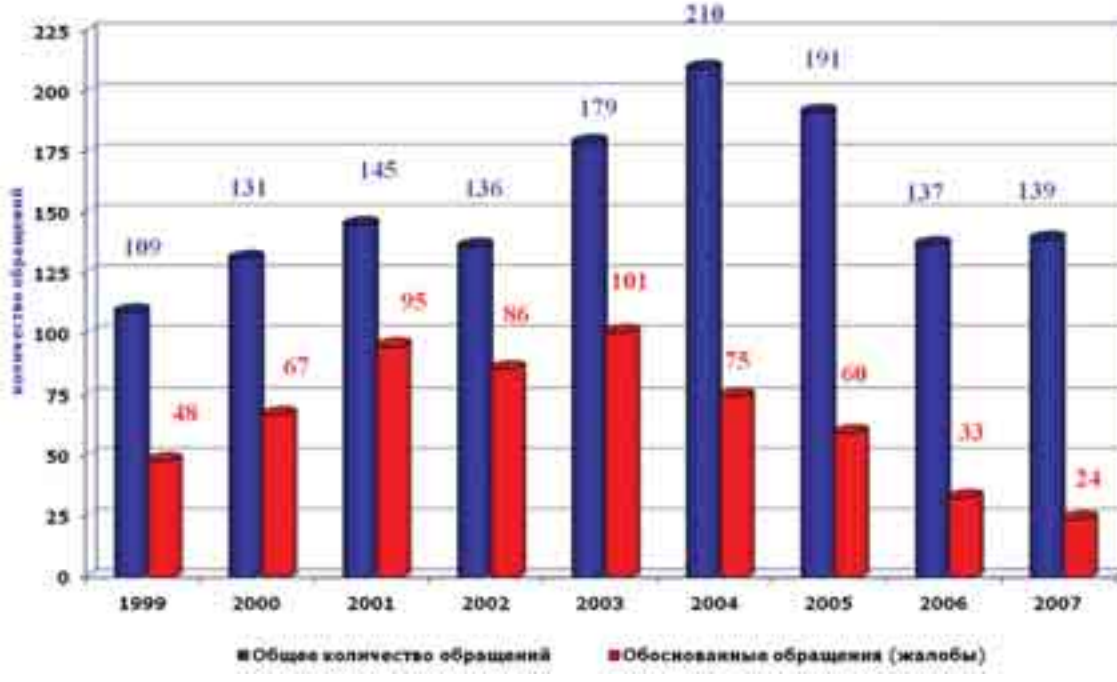
Кадровый состав подразделений по организации защиты прав граждан ТФ ОМС и СМО системы ОМС в 2007 году был представлен 74 штатными специалистами, из них 95 % принимали участие в организации и проведении вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

Для проведения вневедомственного контроля качества медицинской помощи привлекались 122 внештатных медицинских эксперта из Территориального регистра. 35 % экспертов имеют ученые степени.

По итогам 2007 года Территориальным фондом ОМС проведен анализ показателей деятельности системы ОМС Кемеровской области по организации защиты прав граждан и контролю качества медицинской помощи (далее – КМП).

В 2007 году в системе ОМС Кемеровской области было зарегистрировано 39142 обращений граждан. К жалобам были отнесены 8111 обращений или 21 %, что составило 65 % к уровню жалоб 2006 года. Обращения за консультацией по вопросам ОМС составили 29225 или 75 % от всех обращений. Темп роста консультаций к уровню

Диаграмма 1
Динамика обращений на 10000 населения, 1999–2007 гг.



2006 года составил 125 %. Оставшиеся 4 % обращений приходятся на заявления граждан и не связаны с нарушением законных прав и интересов.

Обоснованными были признаны 6766 жалоб. Показатель обоснованности жалоб равен 83 %. На долю обоснованных жалоб пришлось 17 % от всех обращений.

Динамика обращений граждан на 10000 населения, зарегистрированных в системе ОМС Кемеровской области за период с 1999 по 2007 годы, приведена на диаграмме 1.

На диаграмме с 2003 года наблюдается динамика снижения показателя обоснованных жалоб граждан в 4 раза – со 101 до 24 на 10000 населения Кемеровской области.

Основными причинами обоснованных жалоб граждан в ТФ ОМС и СМО в 2007 году были:

- взимание средств за медицинскую помощь по ОМС – 95 %;
- выбор ЛПУ – 2,6 %;
- обеспечение полисами ОМС – 0,6 %;
- нарушения в организации работы ЛПУ – 0,4 %;
- лекарственное обеспечение медицинской помощи – 0,3 %;
- качество медицинской помощи – 0,3 %;
- отказ в медицинской помощи по ОМС – 0,6 %;
- прочие – 0,2 %.

Изменение структуры обоснованных жалоб граждан в системе ОМС в динамике за 1999-2007 гг. представлено в таблице.

Отмечается рост удельного веса обоснованных жалоб на взимание средств за медицинскую помощь по ОМС, что обусловлено, прежде всего, финансовым дефицитом обеспечения ТП ОМС, связанным с недостаточным подушевым финансированием неработающего населения.

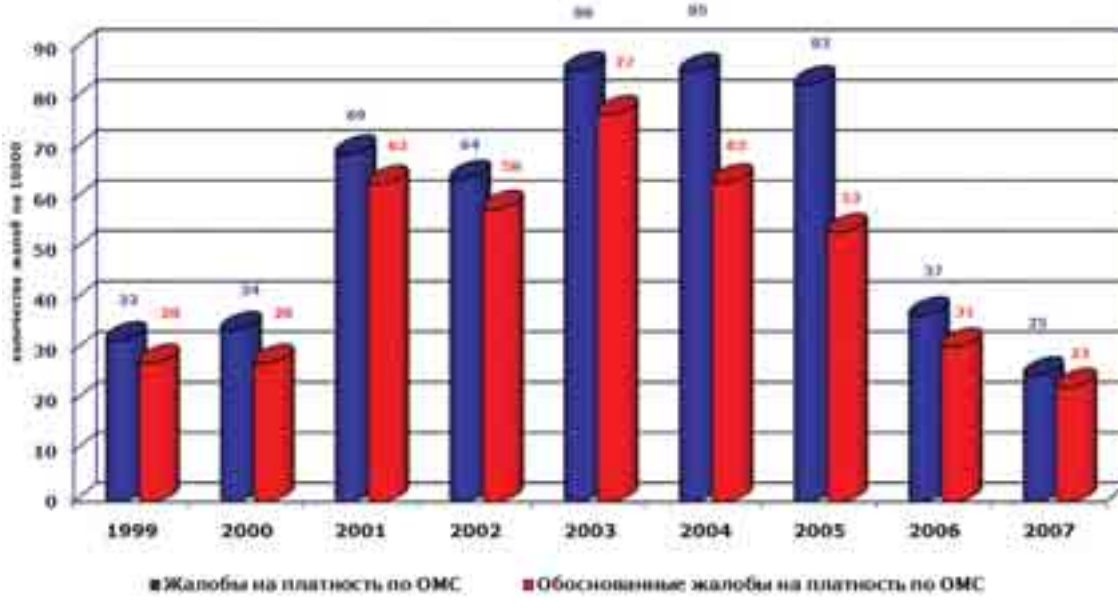
По таким позициям, как выбор ЛПУ, обеспечение полисами, некачественное оказание медицинской помощи, уровень жалоб снижается.

При имеющемся росте удельного веса обоснованных жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по ОМС, в динамике показатель обоснованных жалоб на 10000 населения за 2007 г. (диагр. 2) уменьшился относительно 2005

Таблица
Структура обоснованных жалоб, 1999–2007 гг.

Причина обращения (жалоба)	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Взимание денежных средств за МП по ОМС	57,0	41,5	66,5	68,2	76,6	84,8	89,8	93,5	95,0
Выбор ЛПУ в системе ОМС	3,1	2,4	10,2	14,9	16,4	8,8	5,4	3,3	2,6
Обеспечение полисами ОМС	12,0	42,1	9,2	5,8	2,0	3,2	2,8	0,9	0,6
Отказ в МП по ОМС	2,2	1,1	0,6	1,4	0,5	0,3	0,6	0,4	0,6
Качество медицинской помощи	5,3	1,9	2,0	0,5	0,7	0,5	0,4	0,4	0,3
Прочие	20,4	11,0	11,5	9,2	3,8	2,4	1,0	1,5	0,9
ИТОГО:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Диаграмма 2
Динамика жалоб на платность на 10000 населения, 1999–2007 гг.



и 2006 гг. на 57 % и 26 %, соответственно. Показатель обоснованности обращений по причине платности медицинской помощи по ОМС в 2007 г. равен 92 % (2006 г. – 84 %, 2005 г. – 65 %).

Система ОМС Кемеровской области ориентирована на досудебное разрешение споров между субъектами. Динамика жалоб на 10000 населения, рассмотренных с материальным возмещением гражданам на досудебном этапе, показана на диаграмме 3.

В структуре обоснованных жалоб сохраняется рост доли жалоб с материальным возмещением застрахованным по ОМС гражданам. Если в 1999 г. количество жалоб на 10000 населения, рассмотренных с материальным возмещением, составляло 19 % от всех обоснованных жалоб, то в 2006 г. на их долю пришлось уже 88 % обоснованных жалоб, а в 2007 г. – 92 %.

Поскольку жалобы с материальными выплатами гражданам характеризуют необоснованную платность медицинской помощи для населения, приведенные в диаграмме 3 показатели свидетельствуют о том, что пик платности в системе ОМС Кемеровской области пришелся на 2004-2005 гг. По результатам 2006-2007 гг. отмечено снижение платности.

Динамика возмещения средств на 1000 застрахованных по ОМС представлена диаграммой 4.

По итогам 2007 года затраты медицинских учреждений на возмещение средств составили 3958 рублей на 1000 застрахованных.

Динамика сумм возмещений на 1 случай показана диаграммой 5.

Сумма возмещения на один случай увеличилась с 999 руб. в 1999 году до 1610 руб. в 2007 году.

Диаграмма 3
Динамика жалоб, рассмотренных с материальным возмещением, на 10000 населения, 1999–2007 гг.

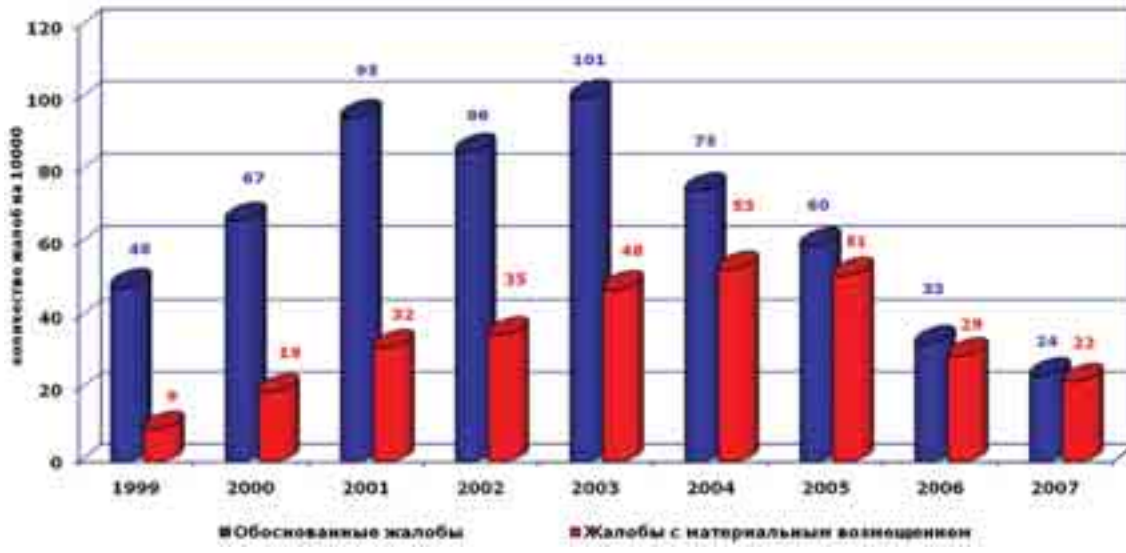


Диаграмма 4
Динамика возмещения средств на 1000 застрахованных, 1999–2007 гг.

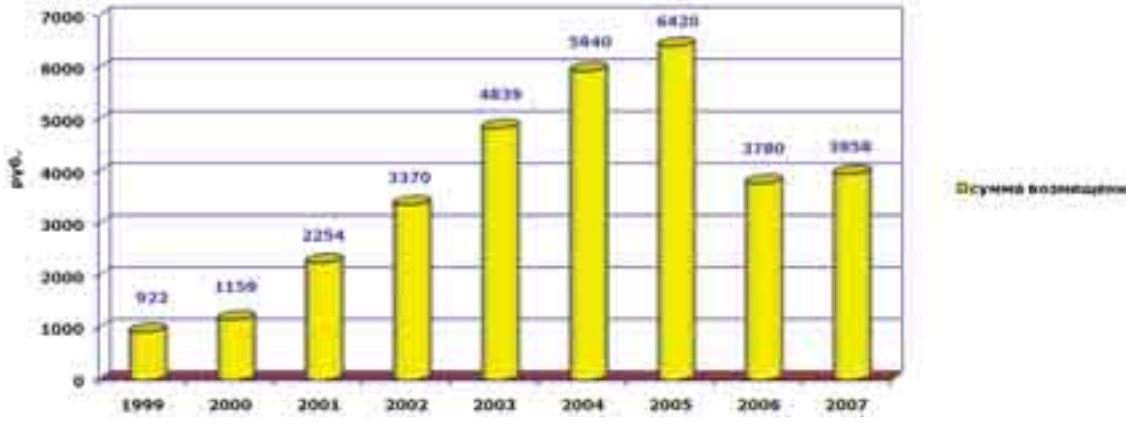
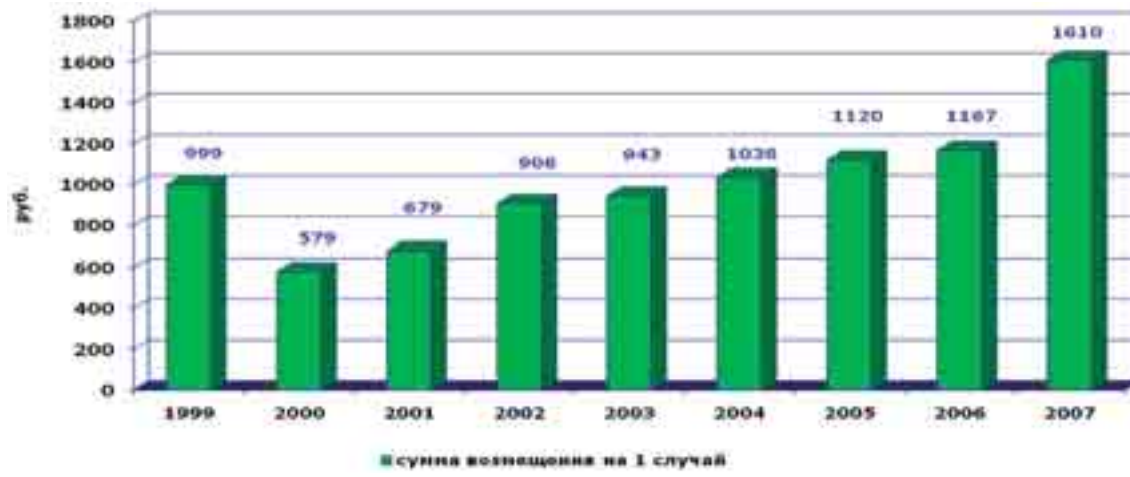


Диаграмма 5
Динамика возмещений средств на 1 случай, 1999–2007 гг.



Динамика применения исков по судебной защите прав пациентов с 1999 по 2007 годы приведена на диаграмме 6.

Как правило, в судебном порядке рассматриваются иски, связанные с качеством оказанной медицинской помощи. Отмечается снижение активности рассмотрения споров между субъектами ОМС в судебном порядке, что обусловлено рядом факторов. Во-первых, в Кемеровской области имеется отлаженный механизм досудебной защиты прав граждан; во-вторых, качеству оказания медицинской помощи в Кузбассе уделяется много внимания на всех уровнях и, несмотря на сложности с финансированием здравоохранения, уровень качества медицинской помощи достаточно высок, что подтверждается снижением в динамике показателей обоснованной обращаемости граждан по данной причине; в-третьих, на практике, судебное производство малопривлекательно для сторон в силу его длительности. Кроме того, вероятность принятия решения в пользу пациента имеет тенденцию к снижению. Так, если в 1999-2000 годах решения в пользу пациента принимались судом в 72-80 % случаев, то за последние 2-3 года положительные для истца решения составляют около 30 %.

В 2007 году сумма возмещений по 2 удовлетворенным искам составила 60 тыс. рублей.

Одним из важнейших направлений в деятельности по защите прав граждан в Кемеровской области является экспертиза качества оказания медицинской помощи.

В 2007 году в системе ОМС были проведены около 52 тыс. экспертиз качества медицинской по-

Диаграмма 6
Динамика судебных исков, 1999–2007 гг.

мощи, из них плановых экспертиз было 38 %, целевых – 62 %. По видам медицинской помощи экспертизы распределились следующим образом: амбулаторно-поликлиническая экспертиза – 33 %, стационарная – 57 %, стационарозамещающая – 10 %.

Охват экспертизой стационарных видов медицинской помощи составил 5,6 % от числа пролеченных. В 2007 г. на 10000 застрахованных проведены 201 экспертиза. Внештатными экспертами проведены 19 % экспертиз (2006 г. – 20 %).

По обращениям граждан проведено 6535 экспертиз, что составило 20 % от проведенных целевых экспертиз или 13 % от всех экспертиз.

Динамика ЭКМП на 10000 застрахованных за 1999-2007 годы показана диаграммой 7.

Уровень нарушений по результатам ЭКМП составил, как и в 2006 году, 51 % (2005 г. – 55 %; 2004 г. – 53 %).

Выявляемые при проведении ЭКМП нарушения в 2007 году имели следующую структуру: 1-я позиция – оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (43 %); 2-я позиция – необоснованное ограничение доступности медицинской помощи (26 %); 3-я позиция – нарушения ведения медицинской документации (12 %), далее, по мере убывания, нарушение преемственности между этапами МП (5 %) и необоснованное назначение ЛС по ДЛО (5 %), завышение объема МП (4 %), необоснованная госпитализация (2 %). Другие причины составили 3 %.

Динамика основных нарушений на 10000 застрахованных, выявляемых при экспертном контроле качества оказанной медицинской помощи, за 1999-2007 гг. показана диаграммой 8.

В динамике на 10000 застрахованных показатель нарушений, связанных с ограничением доступности медицинской помощи, прежде всего лекарственной при стационарном лечении, снизился с 72 в 2003 г. до 26 в 2007 г.

Показатели экспертиз на 10000 застрахованных, проведенных по обращениям, представлены диаграммой 9.

В качестве положительного момента следует отметить снижение с 2003 года количества проводимых по обращениям граждан экспертиз, что свидетельствует об улучшении результативности работы на уровне муниципального здравоохранения по планированию объемов медицинской помощи и финансовому обеспечению расходов медицинских учреждений по статье медикаменты.

Кроме экспертиз качества медицинской помощи, страховыми медицинскими организациями и ТФ ОМС проводится первичный экспертный контроль реестров счетов, поступивших из медицинских учреждений. Первичный контроль реестров счетов проводится сплошным методом с целью:

- проверки правильности оформления счетов;
- идентификации принадлежности застрахованных пациентов к страховщику;
- проверки соответствия оказанных медицинских услуг территориальной программе;
- проверки обоснованности примененных в счетах тарифов и правильности определения стоимости медицинских услуг;
- проведения анализа информации.

В 2007 году было проведено более 10,5 млн. медико-экономических экспертиз реестров счетов, включенных в счета медицинских учреждений. Нарушения выявлялись в 9 % экспертиз.

Диаграмма 7
Динамика экспертиз качества медицинской помощи на 10000 застрахованных, 1999–2007 гг.

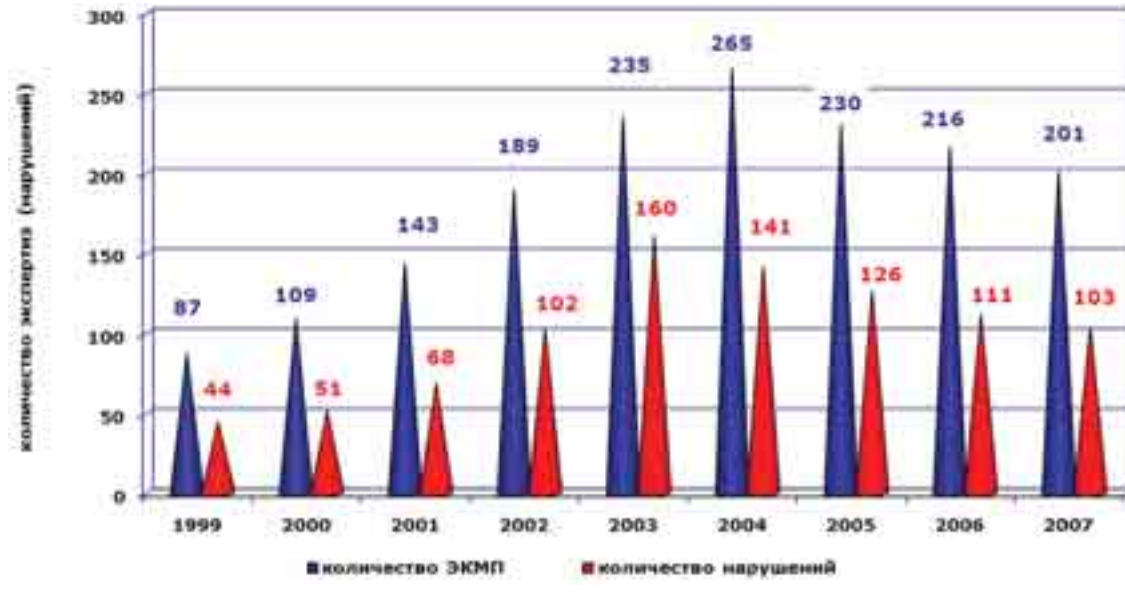


Диаграмма 8
Динамика нарушений по ЭКМП на 10000 застрахованных, 1999–2007 гг.

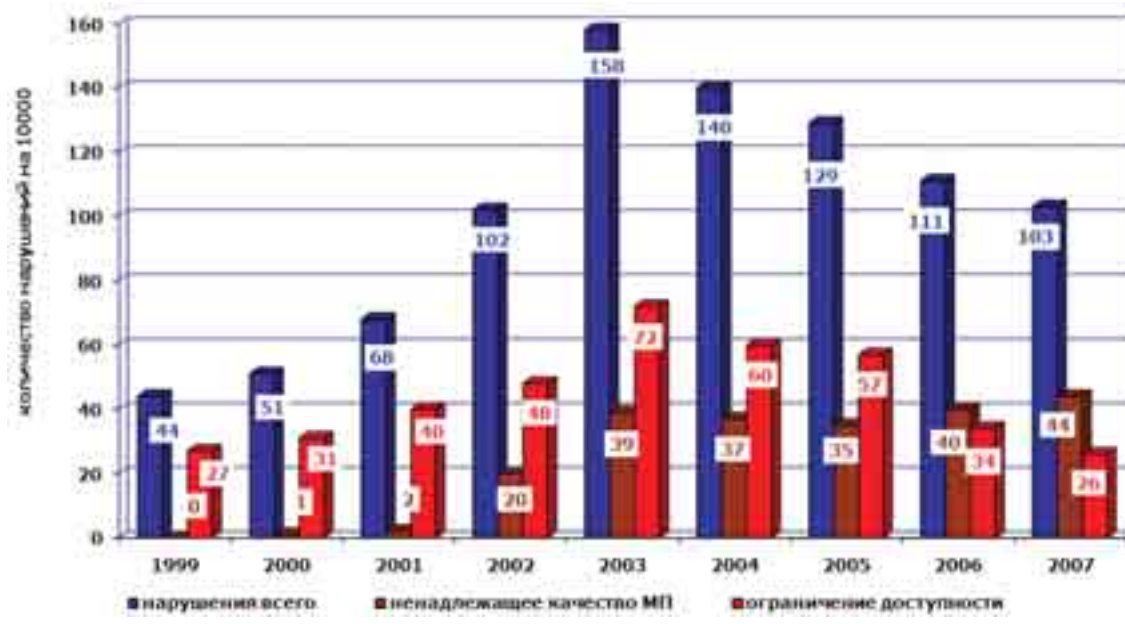
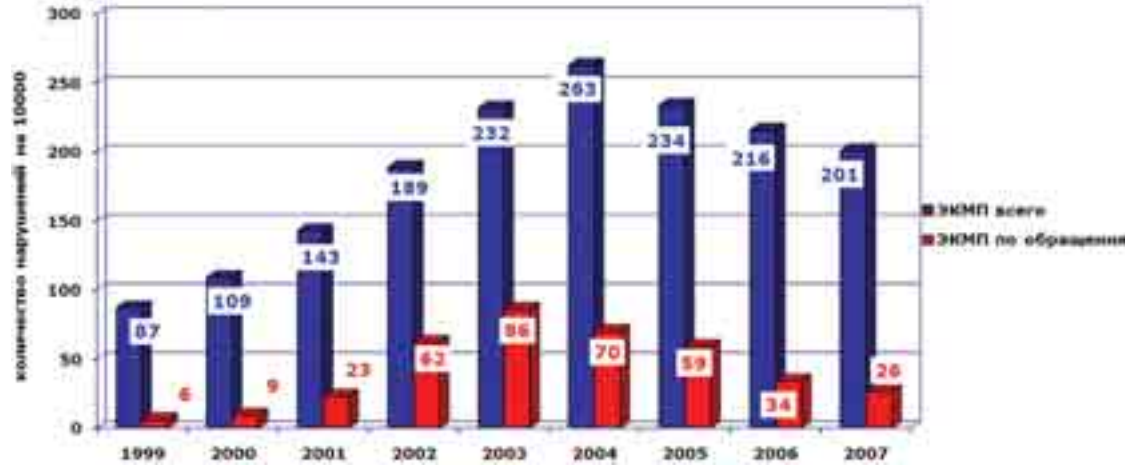


Диаграмма 9
Динамика экспертиз по обращениям на 10000 застрахованных, 1999–2007 гг.

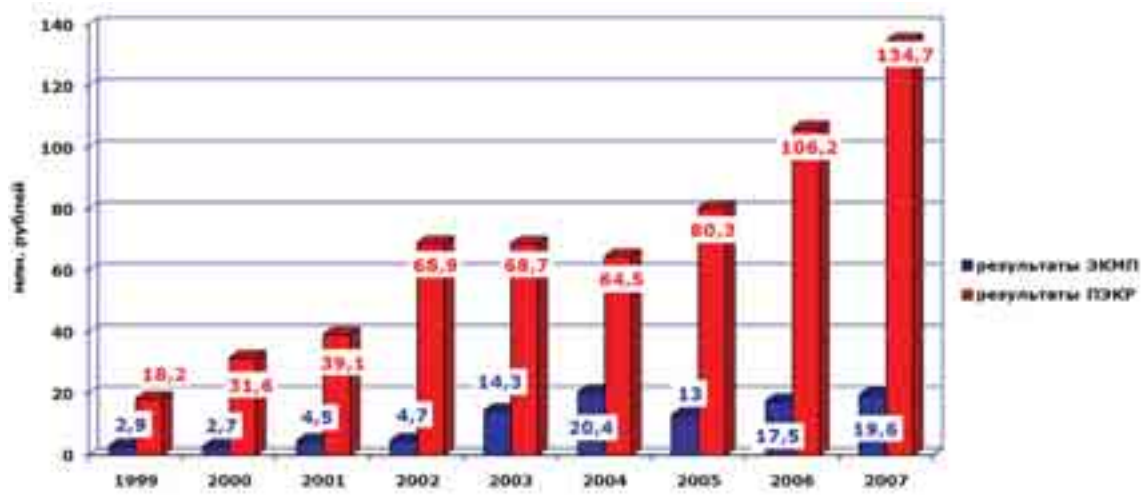


Основными нарушениями были:
- правильность оформления реестров счетов – 45 %;
- принадлежность застрахованных к СМО – 52 %;
- включение в реестры счетов услуг, не входящих в ТП ОМС – 2 %;
- определение кода услуги или шифра МКБ – 1 %.

Финансовые результаты ЭКМП и первичного экспертного контроля счетов-реестров представлены диаграммой 10. Направления расходования средств, полученных от экономических санкций к медицинским учреждениям по результатам проведения контроля качества медицинской помощи и первичного экспертного контроля счетов-реестров в 2007 году: финансирование ТП ОМС – 89,9 %, ликвидация причин ненадлежащего качества МП – 7,9 %, ведение дела СМО – 2,2 %.

Анализируя деятельность системы обязательного медицинского страхования по организации защиты прав и законных интересов граждан, следует отметить эффективность и результативность действующих в Кемеровской области механизмов защиты прав граждан, что подтверждает динамика показателей за последние 5 лет:
- снижение в 4 раза обоснованных жалоб (со 101 в 2003 г. до 24 в 2007 г. на 10000 населения);

Диаграмма 10
Динамика результатов ЭКМП и ПЭК реестров счетов, 1999–2007 гг.



- снижение в 3 раза обоснованных жалоб на платность медицинской помощи по ОМС (с 77 в 2003 г. до 23 в 2007 г. на 10000 населения);
- снижение в 5 раз жалоб на качество медицинской помощи (с 8 в 2003 г. до 1,6 в 2007 г. на 100000 населения); обоснованные жалобы на качество медицинской помощи составили 0,3 % от всех обоснованных жалоб;
- снижение в 3 раза нарушений, связанных с ограничением доступности бесплатной медицинской помощи по ОМС (с 72 в 2003 г. до 26 в 2007 г. на 10000 застрахованных).

ЗАЛЕСОВА О. Б.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006-2007 ГГ.

Два года на территории Кемеровской области идет реализация национального проекта «Здоровье», который ставит своей задачей существенное улучшение положения дел в отечественном здравоохранении, повышение качества и доступности медицинской помощи. Для решения этих задач определены ключевые направления: приоритетное развитие первичной медицинской помощи и усиление профилактической направленности здравоохранения.

За период реализации национального проекта в здравоохранении ощутимы существенные перемены. С начала 2006 года, в рамках реализации проекта, Фонд перечислил в лечебные учреждения области более 800 млн. руб.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДЕНЕЖНЫЕ ВЫПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Одним из положительных моментов в реализации данного направления проекта стало увеличение заработной платы медицинским работникам первичного звена, которыми являются врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общих врачебных практик и медицинские сестры, работающие с ними.

С повышением заработной платы стала решаться кадровая проблема в участковой сети. В январе 2006 года регистр участковых врачей и медицинских сестер содержал 2777 работников, из которых 1207 участковых терапевтов, педиатров и врачей общих врачебных практик и 1570 участковых медицинских сестер. На 1 января 2008 года регистр медицинских работников составил 3062 человека, в том числе 1359 участковых врачей и 1703 участковых медицинских сестер (увеличение на 285 человек или 10 %).

Данная динамика регистра свидетельствует о привлечении в сектор здравоохранения врачей и медицинских сестер первичного звена, что позволило укомплектовать врачебные участки медицинскими работниками. Подтверждением данного факта является снижение коэффициента совместительства участковых врачей и медицинских сестер.

За два года коэффициент совместительства участковых врачей удалось снизить на 26 % (с 1,7 до 1,2), медицинских сестер участковых – на 17 % (с 1,5 до 1,2).

Заработная плата участковых врачей увеличилась в 2,5 раза, участковых медицинских сестер – в 2,6 раза. По состоянию на 01.01.2006 г. средняя заработная плата участковых врачей составляла 8545 руб., средняя заработная плата участковых медицинских сестер – 4886 руб. По состоянию на 01.01.2008 г. средняя заработная плата участковых врачей составляет 21157 руб., участковых медицинских сестер – 12766 руб.

Медицинским работникам первичного звена области выплачено дополнительно, в соответствии с объемом выполненных услуг, более 680 млн. рублей.

В 2007 году определен источник дополнительных денежных выплат при оплате отпускных, первых двух дней нетрудоспособности, направлении на повышение квалификации и в служебные командировки – за счет средств федерального бюджета.

Следует отметить, что главная задача данного направления национального проекта – не только повышение заработной платы и заинтересованности медицинских работников в результатах своего труда, но и улучшение качества и доступности медицинской помощи.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНЫХ ОТРАСЛЕЙ

Ведущим направлением в здравоохранении сегодня является профилактика, повышение уровня ранней диагностики заболеваний. Именно поэтому одним из важных направлений национального проекта является диспансеризация граждан, в том числе бюджетных отраслей.

Профилактика заболеваний, в том числе и социально-значимых, является одной из приоритетных задач не только системы здравоохранения области, но и всех общественных институтов в целом, поскольку реальный позитивный эффект профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения зависит от согласованных действий различных секторов общества и государственной политики в этой области.

За 2 года осмотрено более 220000 жителей Кемеровской области, занятых в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях.

С одной стороны, диспансеризация направлена на ежегодное проведение специализированного обследования и, таким образом, повышение ка-

чества и продолжительности жизни пациентов, с другой стороны – на дополнительное привлечение денежных средств в амбулаторно-поликлинические учреждения на повышение заработной платы медицинских работников, участвующих в диспансеризации, и приобретение расходных материалов.

По итогам 2006 года, среди выявленных в ходе обследования заболеваний на первом месте – болезни системы кровообращения, на втором – костно-мышечной системы, на третьем – болезни органов пищеварения (диагр. 1). По результатам диспансеризации бюджетников за 2007 год первое место занимают болезни костно-мышечной системы, второе – болезни системы кровообращения, третье – болезни органов зрения (диагр. 2).

Прошедшие дополнительную диспансеризацию работники бюджетных отраслей распределились по группам здоровья следующим образом: I группа – 17,6 %; II группа – 18 %; III группа – 61 %; IV группа – 3,3 %; V группа – 0,1 % (диагр. 3).

По результатам дополнительной диспансеризации основной удельный вес составила III группа – граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза.

Диаграмма 1
2006 год

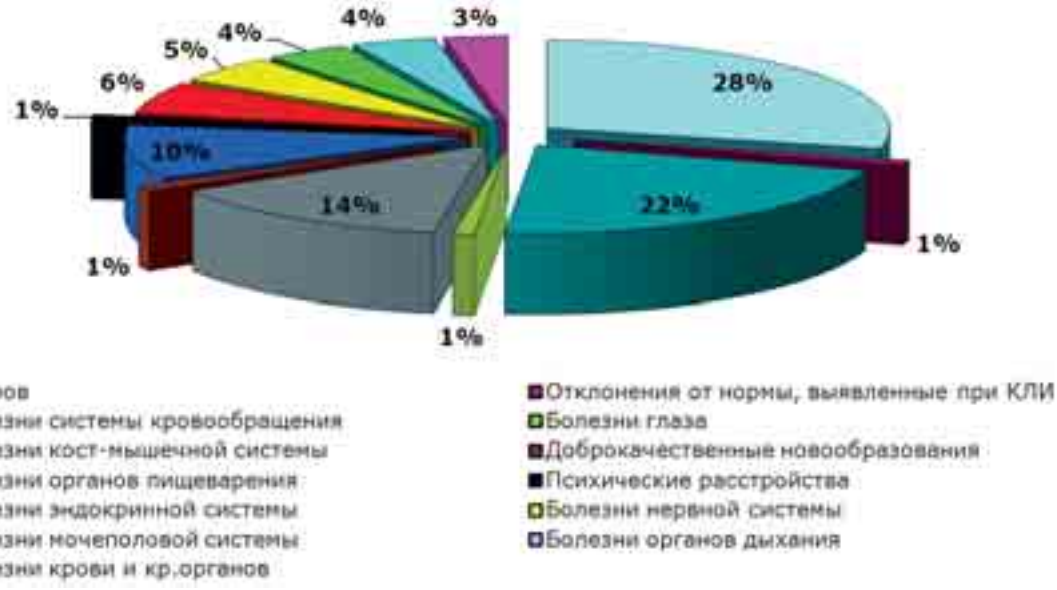
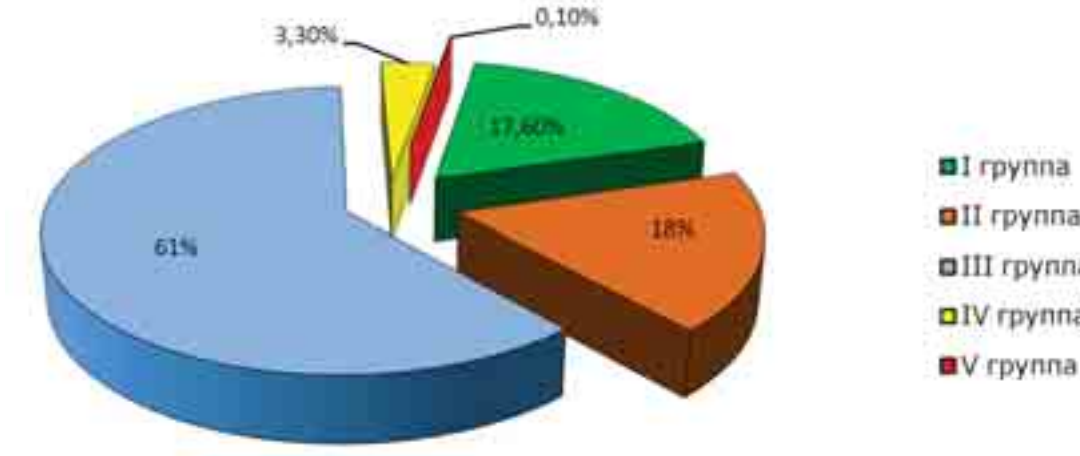


Диаграмма 2
2007 год

Диаграмма 3



В 2006 году на диспансерный учет на ранних стадиях заболевания взяты 87 % бюджетников, прошедших диспансеризацию, на поздних стадиях — 13 %. Как позитивный следует отметить момент, что в 2007 году на диспансерный учет на ранних стадиях заболевания взяты 94 % бюджетников, прошедших диспансеризацию, на поздних стадиях — 6 %.

За 2006-2007 годы в медицинские учреждения области, участвующие в проведении дополнительной диспансеризации работающих граждан бюджетной сферы, перечислено более 118 млн. руб. Это позволило повысить заработную плату врачам-специалистам, участвующим в проведении дополнительной диспансеризации, и приобрести необходимые расходные материалы для проведения диагностических исследований, что, в свою очередь, позволило улучшить доступность амбулаторно-поликлинической помощи жителям области.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Реализация данного направления в области впервые началась в 2007 году. Диспансеризация детей-сирот проводилась 42 медицинскими учреждениями.

Численность детей, подлежащих диспансеризации, в 2007 году составляла 6537 человек, в том числе: 894 человека — в возрасте от 0 до 4-х лет включительно, 5643 человек — от 5 до 17 лет включительно.

За 2007 год врачами-специалистами осмотрено 6244 детей (95 % от плана).

В ЛПУ области, участвующие в проведении диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с начала 2007 года перечислено около 9 млн. руб.

Диспансеризация предусматривает проведение комплексного специализированного обследования детей, а также дополнительное привлечение денежных средств в амбулаторно-поликлинические учреждения на повышение заработной платы врачей-специалистов, участвующих в диспансеризации, и приобретение необходимых расходных материалов.

Диспансеризация направлена, в первую очередь, на усиление профилактической направленности в сохранении и укреплении здоровья детей, повышение качества лечебно-профилактической помощи детям.

Подводя итоги, следует отметить, что за 2 года здравоохранение области реально ощутило практические шаги реализации проекта: производятся дополнительные выплаты к заработной плате участковым врачам и медсестрам, увеличилась заработная плата врачей-специалистов, работают механизмы профилактики заболеваний и эффективной диспансеризации населения. Это ведет к повышению заинтересованности медицинских работников в результатах своего труда, что, безусловно, скажется на улучшении показателей здоровья населения области.

Система обязательного медицинского страхования в этих условиях является проводником реформ, выстраивает систему финансирования, ориентированную на достижение медико-экономической эффективности всех звеньев управления в отрасли.

ХАКИМОВА О.Г., КЕРИМОВА И.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО УЧЕТУ ПРИКРЕПЛЕННЫХ К МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН

Согласно Конституции Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Для того, чтобы получить возможность реализовать это право, жители Кемеровской области должны получить полис обязательного медицинского страхования и прикрепиться для получения амбулаторно-поликлинической медицинской помощи к конкретному, выбранному ими медицинскому учреждению.

В соответствии с пунктом 7.9 «Правил обязательного медицинского страхования населения Кемеровской области» (утвержденных распоряжением Администрации области от 30.12.2004 № 1834-р, в действующей редакции), *«….Все граждане, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию, должны для получения первичной медико-санитарной помощи в двухмесячный срок с момента получения страхового полиса зарегистрироваться в одном из амбулаторно-поликлинических учреждений, с которым застраховавшая их страховая медицинская организация имеет договор, о чем в их страховом полисе делается соответствующая отметка…»*.

Областной согласительной комиссией утверждено «Положение о порядке учета застрахованного по ОМС населения, прикрепленного к медицинским учреждениям», которым определен механизм взаимодействия всех заинтересованных сторон — медицинских учреждений (МУ), страховых медицинских организаций (СМО), Территориального фонда ОМС (Фонда).

В рамках комплексных проверок рационального использования средств обязательного медицинского страхования специалистами Фонда планомерно проводится контроль за исполнением медицинскими учреждениями и СМО утвержденного порядка учета прикрепленных граждан.

Помимо комплексных проверок, осуществляется ежеквартальный анализ на предмет выявления несоответствий между данными о численности прикрепленного к МУ населения, застрахован-

Рисунок 1
Численность прикрепленных по данным СМО и МУ

ного СМО (по данным Интегрированной базы застрахованных), и отчетной информацией, представленной в Фонд медицинскими учреждениями Кемеровской области (форма 14-Мед). Результаты анализа регулярно доводятся до страховщиков. Страховщики, в свою очередь, проводят совместную с МУ работу на предмет уточнения данных по конкретным застрахованным, выясняют причины расхождения данных и информируют Фонд о проведенных мероприятиях. Таким образом, постоянно поддерживается «обратная связь» между всеми заинтересованными сторонами.

Такая планомерная работа дает свои положительные результаты. Отмечается позитивная динамика в сторону уменьшения разницы в численности прикрепленных между информацией СМО в Интегрированной базе данных застрахованных и отчетностью МУ. Если по 1-му кварталу 2007 года расхождение составляло 39242 человека, во 2-м квартале 2007 года разница уменьшилась до

Рисунок 2
Разница в численности прикрепленных к МУ (по данным СМО и МУ) на 31.12.2007

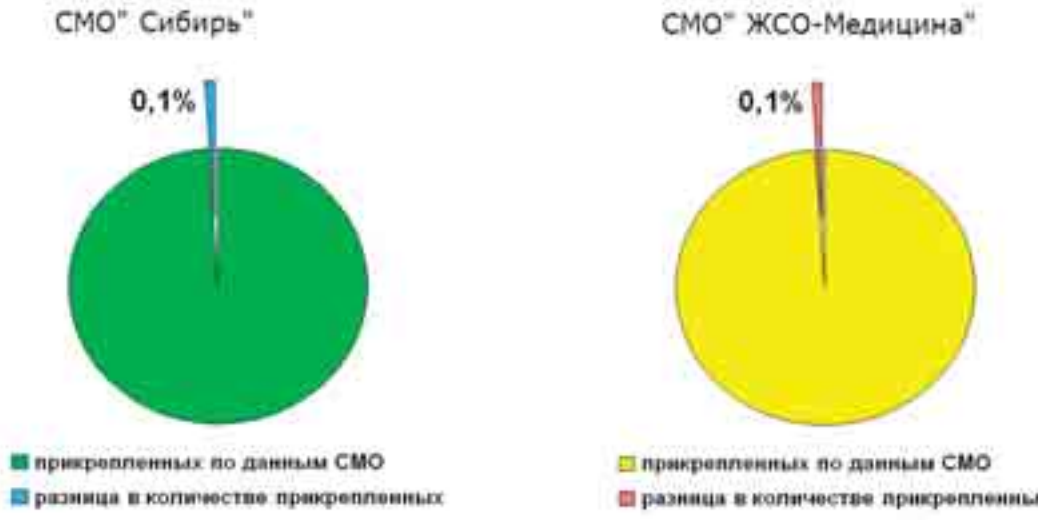
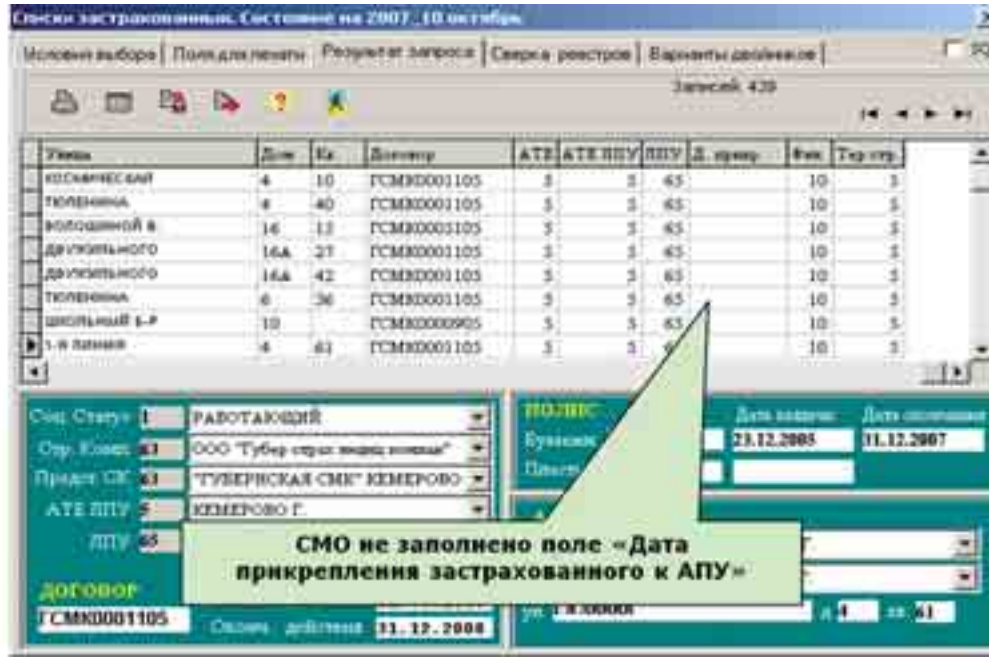


Рисунок 3
Фрагмент Интегрированной базы данных застрахованных



22238 человек, то уже в 3-м квартале 2007 года расхождение составило всего 889 человек (рис. 1).

Таким образом, информация о прикреплении граждан к конкретным МУ в Интегрированной базе данных о застрахованных по ОМС жителях Кемеровской области становится более достоверной и отражает реальную картину.

Хотелось бы отметить и активную позицию ряда СМО, которые в результате совместной работы с медицинскими учреждениями по корректировке информации о количестве прикрепленного населения в своей базе данных застрахованных добились к концу 2007 года серьезного снижения уровня расхождения в численности (от общего числа прикрепленных к МУ граждан) (рис. 2, 3).

Кроме этого, специалистами Фонда уделяется внимание правильности ведения страховщиками базы застрахованных в части учета прикрепленного населения (своевременное отражение информации о прикреплении пациента к определенному амбулаторно-поликлиническому учреждению, о дате его прикрепления и т.д.).

Конечно, очень важно, чтобы сами застрахованные были грамотными в данном вопросе и знали, как и на основании каких документов они могут прикрепиться к медицинским учреждениям на территории нашего региона, и как вести себя, если медицинская помощь потребовалась тогда, когда гражданин оказался за пределами Кемеровской области. Для разъяснения правил прикрепления граждан к амбулаторно-поликлиническим учреждениям специалистами Фонда в газете «Кузбасс» была опубликована информация (в форме вопросов и ответов).

Совместная деятельность Фонда и страховщиков по данному направлению имеет большое значение в решении задач текущего и перспективного планирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи; результаты автоматизированных выборок в масштабе реального времени позволяют использовать показатели количества прикрепленных к конкретным медицинским учреждениям граждан при различных финансовых расчетах.

ДРУШЛЯК И.А., ХАКИМОВА О.Г., ЕФРЕМЕНКО Ж.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,

ИТОГИ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЗА 5 ЛЕТ

Процедура мониторинга лекарственного обеспечения и цен на лекарственные средства и изделия медицинского назначения (ЛС и ИМН), закупленные медицинскими учреждениями за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования (ОМС), была внедрена на территории Кемеровской области с 2003 года по инициативе Территориального фонда ОМС (ТФ ОМС).

Основные цели:

- совершенствование лекарственного обеспечения медицинских учреждений и населения области в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ТПГГ);
- упорядочение закупок и контроль за ценами на ЛС и ИМН;
- рациональное использование средств бюджета и ОМС в медицинских учреждениях.

Для получения сопоставимых данных о стоимости медикаментов и изделий медицинского назначения введено такое понятие, как «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. Данные величины рассчитываются для каждого медицинского учреждения, для каждой территории и на областном уровне. Таким образом, сравнительный анализ цен на ЛС и ИМН проводится по усредненным значениям и, следовательно, все медицинские учреждения находятся в одинаковых условиях.

Мониторинг осуществляется 1 раз в полугодие рабочими группами, в состав которых входят представители органов управления здравоохранением территорий, Фонда (его филиалов), страховых медицинских организаций, представители ДОЗН (для проведения Мониторинга в областных медицинских учреждениях), эксперты по фармации. Рабочие группы выходят в медицинские учреждения, на местах проводят проверку и анализ первичных документов (документы, на основании которых медицинское учреждение сотрудничает с поставщиками: лицензии на медицинскую и фармацевтическую деятельность, контракты, договоры, счета-фактуры, товарно-транспортные и расходные накладные, протоколы согласования цен, протоколы заседаний конкурсных комиссий). Полученные данные регистрируются в «Отчете о проведении в медицинском учреждении мониторинга лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН», который состоит из двух разделов:

- отчет о мониторинге лекарственного обеспечения;
- отчет о мониторинге цен на ЛС и ИМН.

Отчет заполняется для каждого медицинского учреждения отдельно, обязательно визируется всеми членами рабочей группы, первым руководителем и главным бухгалтером медицинского учреждения, и передается для обработки специалистам ТФ ОМС.

Специалисты ТФ ОМС, выполнив обработку информации, формируют «Итоговый отчет о проведении на территории Кемеровской области мониторинга лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН» и рассчитывают эффективность использования медицинскими учреждениями финансовых средств ОМС на лекарственное обеспечение.

Кроме того, проводится анализ эффективности организации в медицинском учреждении процесса лекарственного обеспечения. Оценивается качество приобретаемых по низким ценам ЛС и ИМН, наличие обоснованных и соответствующих установленным нормативам объемов запасов ЛС и ИМН на складе аптеки и в отделениях, наличие раздельного учета ЛС и ИМН по источникам финансирования на всех этапах движения медикаментов, проведение закупок на конкурсной основе и т.д.

На основании полученных результатов (после их обсуждения и согласования рабочей группой Областной согласительной комиссии) к медицинскому учреждению применяются меры финансового воздействия, которые учитываются страховыми медицинскими организациями при проведении расчетов за медицинские услуги.

К медицинским учреждениям, использующим денежные средства не рационально, применяются штрафные санкции в виде снятия финансовых средств в размере до 50 % от суммы необоснованного превышения затрат на приобретение ЛС и ИМН над коридором цен.

В случае экономии денежных средств и при наличии эффективно организованного процесса лекарственного обеспечения медицинскому учреждению предоставляются выплаты стимулирующе-

го характера, пропорционально его доле в общей сумме экономии по территории.

За 2004-2007 годы проведены 7 Мониторингов, в которых приняли участие 132 медицинских учреждения, что составило 90 % от МУ, работавших в системе ОМС на территории Кемеровской области в этом периоде; при этом 15 % (20 МУ) из них участвовали в каждом мониторинге (диагр. 1, 2).

Среди медицинских учреждений, принимавших участие в мониторингах, 34 учреждения (26 %) имеют в своей структуре аптеку, 9 учреждений (7 %) закупали медикаменты через межбольничные аптеки, остальные 89 учреждений (67 %), не имея лицензий на фармацевтическую деятельность, закупали лекарственные средства и изделия медицинского назначения самостоятельно.

Мониторинги проводились по определенному Перечню ЛС и ИМН, утверждаемому для каждого Мониторинга совместным приказом ТФ ОМС и ДОЗН, в который входили 20-26 наименований ЛС и ИМН. Большинство медицинских учрежде-

Диаграмма 1
Медицинские учреждения – участники Мониторинга лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН в 2004–2007 гг.

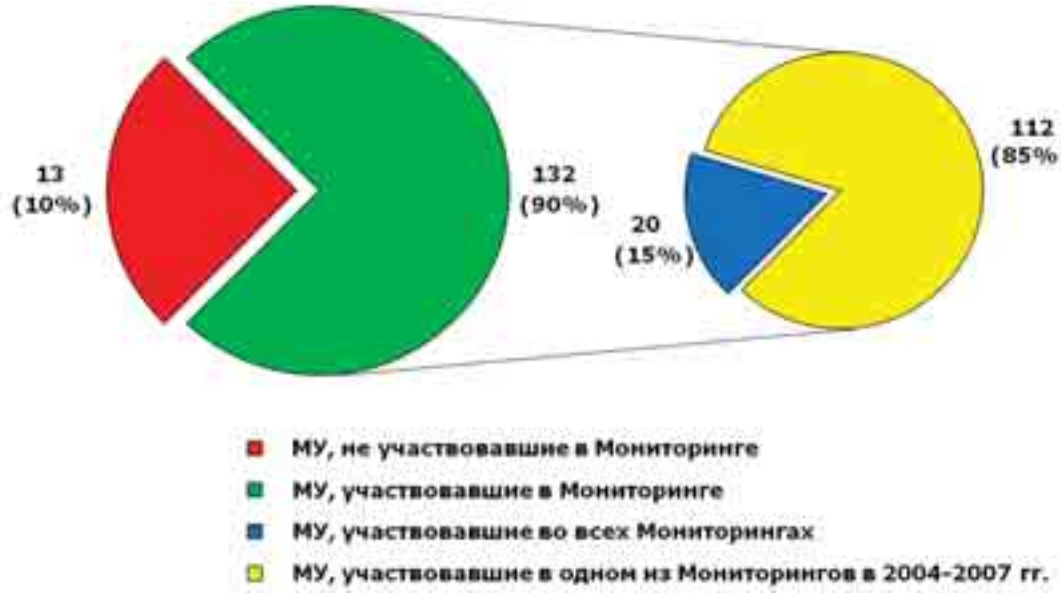
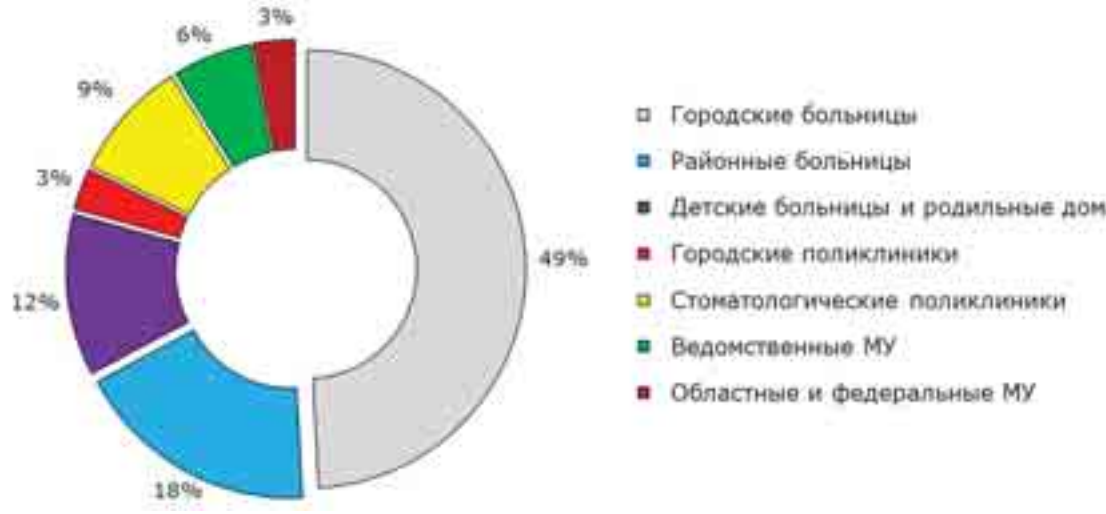


Диаграмма 2
Структура медицинских учреждений, участвовавших в Мониторинге лекарственного обеспечения и цен на ЛС и ИМН в 2004–2007 гг.



ний представляли к Мониторингу от 13 до 20 наименований из утвержденного Перечня ЛС и ИМН. Некоторые представляли к Мониторингу не более 5 наименований ЛС, что объясняется спецификой лекарственной помощи – это амбулаторно-поликлинические учреждения и стоматологические поликлиники.

В 26 медицинских учреждениях (20 %) при проведении каждого мониторинга отмечалось, что более трети представленных наименований лекарственных средств закупались по ценам, в той или иной степени превышающим среднеобластные; и только в 23 учреждениях (17 %) закупка медикаментов по превышающим среднеобластные ценам отмечалась не более чем по четверти наименований. Как позитивный момент, следует отметить среди прочих медицинские учреждения, у которых данный показатель не превышает 10 % – 8 медицинских учреждений (6 %), и даже равен нулю – 10 медицинских учреждений (8 %).

В основном, превышение фактических цен закупа над сложившимися среднетерриториальными ценами составляет не более 10 %, а над среднеобластными – до 20 %. Постоянный контроль над ситуацией приносит свои позитивные результаты. Однако в некоторых медицинских учреждениях встречаются случаи значительного превышения фактических цен ЛС и ИМН над средними по территории и области.

В 2006 году при проведении Мониторингов особое внимание было уделено закупу в медицинских учреждениях изделий медицинского назначения и расходных материалов. Данные позиции составили 40 % (23 % и 17 %, соответственно) от утвержденного Перечня. Также, помимо лекарственных средств, в Перечень были включены специфические препараты (иммуноглобулины, вакцины, сыворотки) – 17 % от всех лекарственных средств, и средства для дезинфекции – 10 % (диаграмма 3).

Перечень ЛС и ИМН для проведения Мониторинга в I полугодии 2007 года включал в себя 26 наименований по 3-м группам: перевязочные средства – 8 %, изделия медицинского назначения – 15 %, лекарственные средства – 77 %, среди которых можно выделить две большие подгруппы – антибактериальные средства (35 %) и гормональные препараты (16 %) (диагр. 4).

В рамках мониторинга был проведен анализ сложившихся на территории области минимальных и максимальных цен. Превышение максимальных цен над минимальными составило от 40 % до 96 %, а над среднеобластными – от 25 % до 85 %.

Отдельно проанализированы средние цены на ЛС и ИМН для двух групп МУ, имеющих и не имеющих в своей структуре аптеки. Разница в ценах незначительная, не более 13 %, и составляет в среднем 4-5 %. Однако, если рассматривать этот вопрос с точки зрения закупок по конкретным группам медикаментов, не всегда у медицинских учреждений, не имеющих своей аптеки, цены на ЛС и ИМН выше, чем у имеющих аптеку, и наоборот (табл.).

По итогам проведенных мониторингов к медицинским учреждениям были применены меры финансового воздействия. За необоснованное превышение затрат на приобретение ЛС и ИМН были удержаны финансовые средства с 81-го медицинского учреждения, сумма снятия за этот период составила 1251,11 тыс. руб.

Выплаты стимулирующего характера за экономию денежных средств и наличие эффективно организованного процесса лекарственного обеспечения составили за 5 лет 1250,98 тыс. руб. по 42 медицинским учреждениям.

Диаграмма 3
Структурный анализ Перечня ЛС, ИМН и расходных материалов для мониторинга в 2006 году

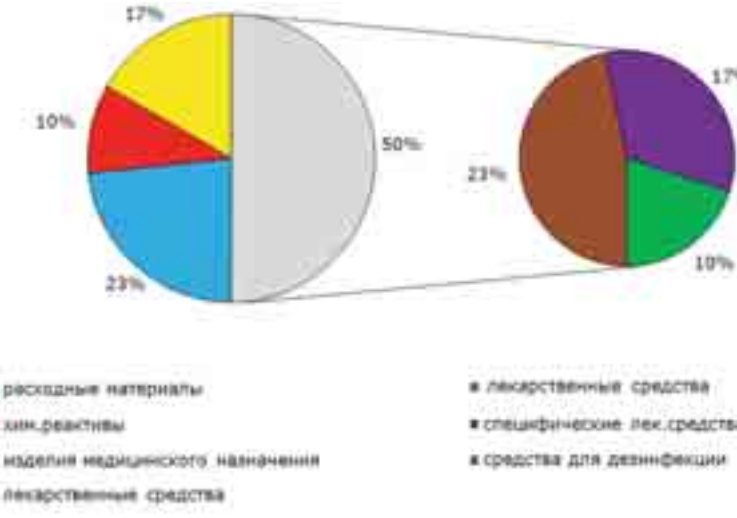
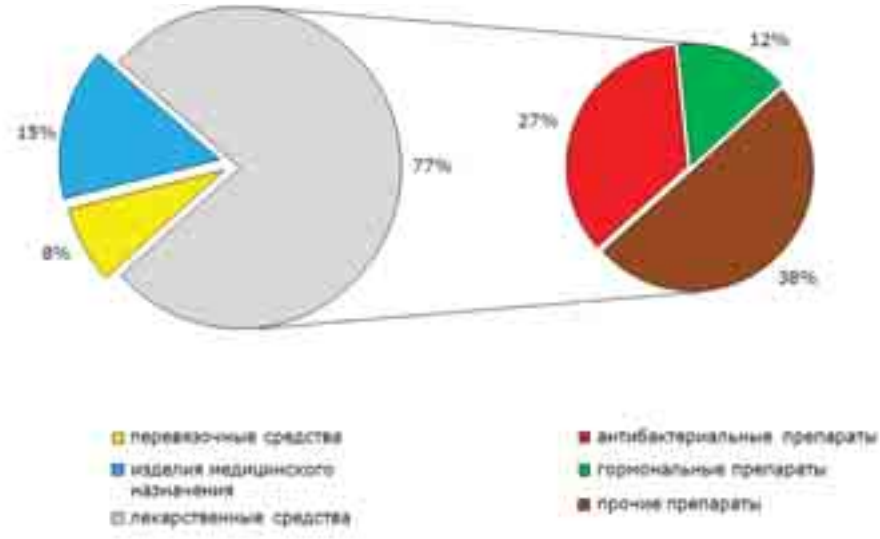


Диаграмма 4

Структурный анализ Перечня ЛС, ИМН и расходных материалов для мониторинга в 2007 году



Таблица

Наименование и форма выпуска ЛС и ИМН	МУЗ "ДГКБ № 5" г.Кемерово - имеет в структуре аптеку		МУЗ "ГКИБ № 8" г.Кемерово - не имеет своей аптеки		Средняя стоимость по области (руб.)
	Средняя стоимость (руб.)	Отклонение от средней по области (%)	Средняя стоимость (руб.)	Отклонение от средней по области (%)	
Гентамицина сульфат амп. 4% 2мл №10	18,5	13	15,65	-4	16,35
Цефазолин фл. 1г	18,89	19	14,57	-9	15,93
Цианокобаламин амп. 500мг 1мл №10	12,02	19	7,00	-31	10,09

ХАКИМОВА О.Г., ЧИСТЮХИНА И.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области, г. Кемерово

О ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ ЗАКУПКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС

Ни для кого не секрет, что одним из важнейших показателей, характеризующих качество оказания медицинской помощи, является стабильное медикаментозное обеспечение лечебного процесса.

В целях эффективного использования средств обязательного медицинского страхования специалистами ТФОМС и ДОЗН с 2004 года проводилась работа по централизованному закупу лекарственных средств и изделий медицинского назначения для нужд медицинских учреждений. Распоряжение Администрации Кемеровской области от 12.07.2002 № 486-р «Об организации обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения населения Кемеровской области» регламентировало централизацию средств до 40 % от фактических расходов по статье затрат на медикаменты и другие медицинские расходные материалы.

В соответствии с действовавшими нормативными правовыми документами субъектами централизованного закупа ЛС и ИМН для лекарственного обеспечения медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, в период с 2004 по 2005 годы являлись:

- Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области – государственный заказчик;
- Территориальный фонд ОМС – плательщик средств ОМС;
- ГП КО «Кузбассфарма» – региональный аптечный склад на территории Кемеровской области;
- поставщики ЛС и ИМН – фармацевтические организации;
- медицинские учреждения области.

Сумма средств ОМС по централизованному закупу в 2004 году составила 71,7 млн. рублей, в 2005 году на централизованные поставки израсходовано 90,5 млн. рублей. Это около 20 % от фактических расходов медицинских учреждений области из средств ОМС по статье затрат на медикаменты.

Из 170 медицинских учреждений, работавших в системе ОМС в 2004 году, и 164 МУ, работавших в 2005 году, в централизованном закупе ЛС и ИМН принимали участие в среднем примерно 90 МУ. Медицинские учреждения с низким уровнем фактических расходов на медикаментозное обеспечение из средств ОМС не участвовали в централизованном закупе лекарственных средств.

По централизованным поставкам в 2004 году работали 6 поставщиков. К конкурсу на поставку ЛС и ИМН допускались поставщики, прошедшие предварительный квалификационный отбор. По итогам отбора, проведенного в 2005 году, в централизованных поставках принимали участие уже 15 поставщиков.

Постепенно расширялся Перечень централизованно закупаемых ЛС и ИМН. Если в 2004 году количество выставленных на конкурс позиций составляло в среднем 50, в III квартале 2005 года их уже было выставлено 120, а на I квартал 2006 года в Перечень были включены 330 позиций.

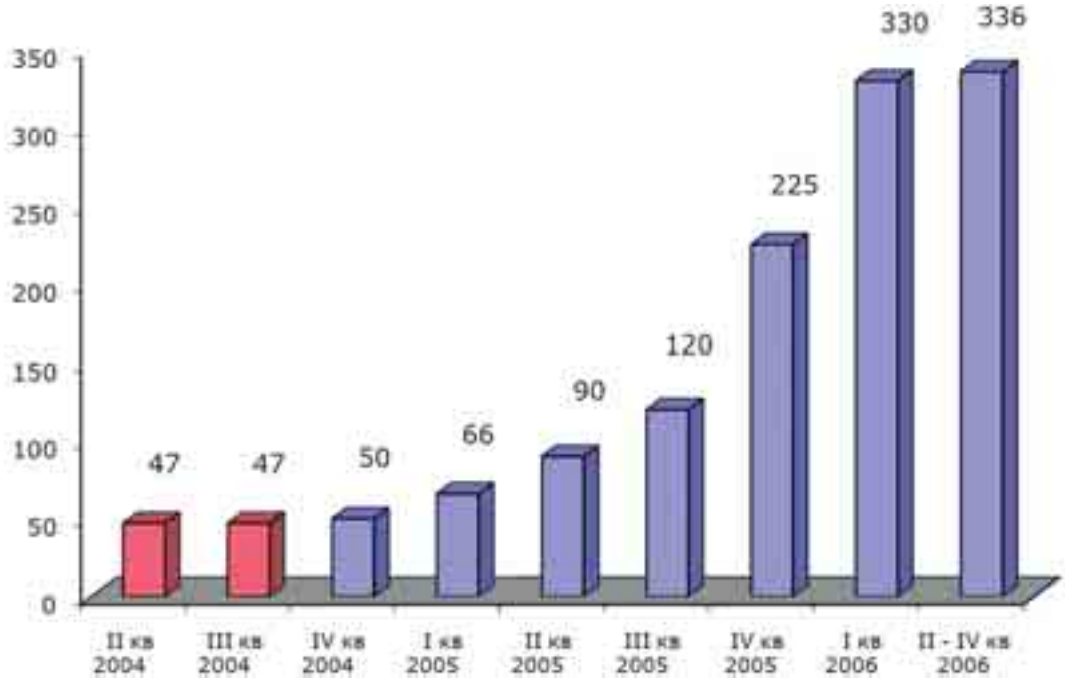
В 2006 году ТФ ОМС совместно с Департаментом охраны здоровья населения Кемеровской области и ГП КО «Кузбассфарма» продолжали работу по централизованному закупу лекарственных средств и изделий медицинского назначения для нужд медицинских учреждений Кемеровской области, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Федеральный закон от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», вступивший в силу с 01.01.2006 г., внес существенные изменения в сложившийся механизм проведения централизованных закупок медикаментов в области.

Конкурс по заявкам МУ области на 2-4 кварталы 2006 года был единым (в отличие от предыдущих ежеквартальных). По итогам конкурса были заключены контракты с 14 поставщиками. Перечень закупаемых централизованно медикаментов формировался специалистами ТФ ОМС в ходе совместной работы с медицинскими учреждениями (с учетом их заявок в соответствии с квартальной потребностью) и увеличен с 50 наименований в 2004 году до 336 во II-IV кварталах 2006 года. (диагр. 1).

За поставленные централизованно медикаменты по контрактам 2006 года оплачено из средств ОМС 123,6 млн. рублей (около 20 % от фактических расходов медицинских учреждений области из средств ОМС по статье расходов на медикаментозное обеспечение).

Диаграмма 1
Количество закупаемых наименований ЛС и ИМН по централизованному закупу 2004–2006 годы



Из 137 медицинских учреждений, работавших в системе ОМС в 2006 году, в централизованном закупе ЛС и ИМН приняли участие 105 ЛПУ (77 %).

Следует отметить, что мониторинг лекарственного обеспечения и цен на ЛС, который проводится в медицинских учреждениях Кемеровской области 1 раз в полугодие, неоднократно подтверждал целесообразность централизованных поставок ЛС и ИМН.

В 2008 году работа по централизованным закупкам медикаментов возобновлена. Постановлением Коллегии Администрации Кемеровской области от 29.12.2007 № 385 утвержден новый «Порядок организации обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения учреждений здравоохранения, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области», который регламентирует централизацию средств до 50 % от фактических расходов МУ по статье затрат на медикаментозное обеспечение за предыдущий год.

В соответствии с упомянутым документом, организация обеспечения ЛС и ИМН представляет собой упорядоченную систему закупки, транспортировки, хранения, реализации, назначения и использования медикаментов, а также систему контроля по указанным направлениям, в том числе за эффективностью и целесообразностью расходования финансовых средств для этих целей.

Участниками системы обеспечения ЛС и ИМН выступают ДОЗН, ТФ ОМС, учреждения здравоохранения (диагр. 2).

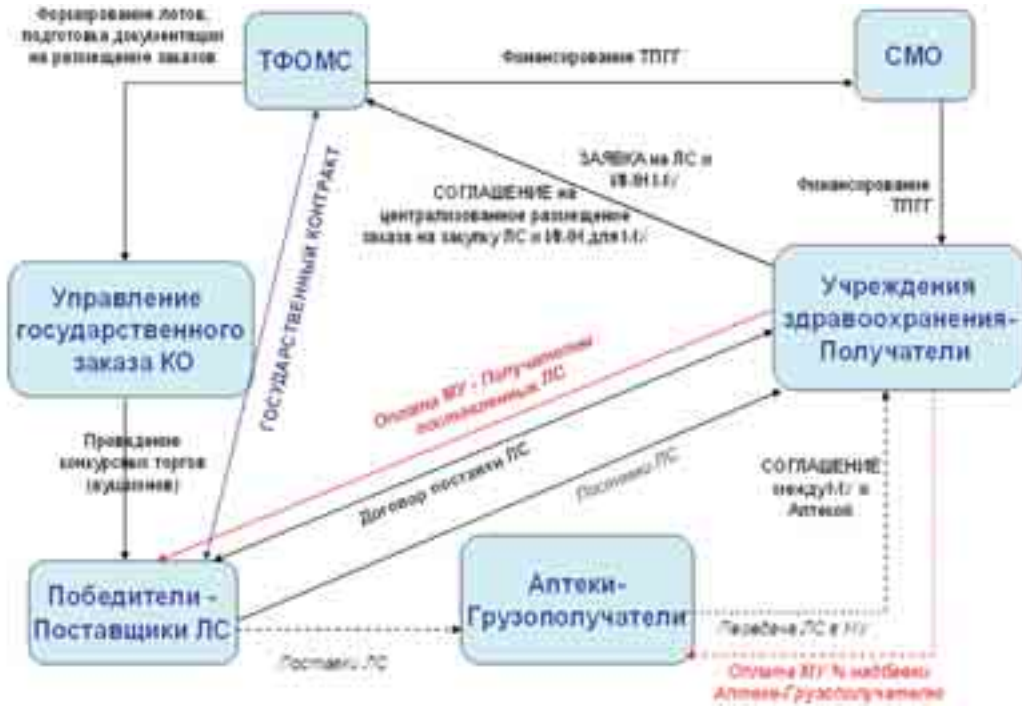
За каждым участником данного процесса закреплены соответствующие функции.

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области согласовывает порядок организации лекарственного обеспечения МУ, перечень ЛС и ИМН, закупаемых централизованно; в рамках своих полномочий осуществляет контроль за соблюдением фармацевтического порядка в МУ.

ТФ ОМС проводит мониторинг цен на ЛС и ИМН, закупаемые МУ; заключает соглашения с МУ на централизованное размещение государственного заказа на закупку ЛС и ИМН; согласовывает с ДОЗН номенклатуру ЛС и ИМН, закупаемых централизованно; формирует сводную квартальную заявку МУ на ЛС и ИМН; размещает заказ на закупку; доводит до МУ информацию об итогах проведенных процедур размещения государственного заказа и заключенных государственных контрактах; осуществляет контроль за исполнением ГК и рациональным и эффективным использованием закупленных медикаментов.

Учреждения здравоохранения заключают соглашения с ТФ ОМС; формируют и направляют в ТФ ОМС квартальные заявки в соответствии с утвержденным перечнем ЛС и ИМН; производят оплату поставщикам за товар в установленные сроки; обеспечивают учет и рациональное использо-

Диаграмма 2
Схема взаимодействия участников централизованного закупа ЛС и ИМН 2008



вание медикаментов, поступивших по централизованным закупкам.

На 2008 год соглашения с ТФ ОМС на централизованное размещение государственного заказа на закупку ЛС и ИМН заключили 82 учреждения здравоохранения, из которых заявки на медикаменты на 2-й квартал 2008 года представили 76 МУ.

Перечень (номенклатура) ЛС и ИМН для осуществления централизованного обеспечения учреждений здравоохранения во 2 квартале 2008 года согласован с ДОЗН и содержит 294 наименования ЛС и ИМН.

Используемые в тексте аббревиатуры и сокращения:

ТФ ОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Кемеровской области
ДОЗН – Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ОМС – обязательное медицинское страхование
ЛС – лекарственные средства
ИМН – изделия медицинского назначения
ПКО – предварительный квалификационный отбор
МУ – медицинское учреждение
СМО – страховая медицинская организация
ГК – государственный контракт

ХАКИМОВА О.Г., ЧИСТЮХИНА И.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

О ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Одним из направлений реализации государственных гарантий в лечении больных доступными лекарственными средствами является внедрение принципов формулярного регулирования и использования лекарственных средств.

Под принципами формулярного регулирования и использования лекарственных средств понимают процесс разработки и обновления формулярной системы с учетом показателей заболеваемости населения, контроля за обоснованным составлением формулярных списков лекарственных средств медицинскими учреждениями с учетом их эффективности и безопасности, тесное взаимодействие областной формулярной комиссии с клиническими фармакологами медицинских учреждений, оптимизация расходов на оказание необходимых объемов лекарственной помощи из бюджетов всех уровней и средств системы обязательного медицинского страхования путем закупки медикаментов на конкурсной основе.

В ходе анализа формулярной системы в Кемеровской области по состоянию на январь 2008 года установлено, что 99 из 136 медицинских учреждений (73 %), работающих в системе обязательного медицинского страхования в настоящее время, имеют Формуляры, утвержденные в соответствии с «Положением по разработке Формуляров лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов для медицинских учреждений, предоставляющих медицинские услуги в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области», утвержденным Областной согласительной комиссией 11.11.2004 (с изменениями от 16.11.2005). Однако, 21 Формуляр (21 %) требует пересмотра, так как, согласно вышеназванному положению, формуляры обновляются и утверждаются один раз в 2 года.

Одна из проблем внедрения формулярной системы в медицинских учреждениях Кемеровской области – отсутствие в штатах клинических фармакологов.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 05.05.1997 № 131 «О введении специальности «клиническая фармакология» рекомендовано установление штатной численности врачей – клинических фармакологов из расчета 1 должность на 150 коек в стационаре и 1 должность на 500 посещений в смену в поликлинике.

Учитывая имеющийся коечный фонд медицинских учреждений и совокупную мощность поликлиник, фактическая потребность области в данных специалистах значительно превышает существующую и составляет приблизительно 285 должностей. В настоящее время в медицинских учреждениях области работают всего 23 клинических фармаколога, что составляет 8 % от должного, некоторые из них являются совместителями, занимая при этом другую должность:

- г. Кемерово 6
- г. Березовский 1
- г. Ленинск-Кузнецкий 2
- г. Мариинск и Мариинский район 1
- г. Междуреченск 1
- г. Новокузнецк 11
- Тисульский район 1
- ИТОГО: 23

Таким образом, только в 19 из 136 медицинских учреждений (14 %), функционирующих в системе обязательного медицинского страхования в настоящее время, работают клинические фармакологи.

Анализ исполнения принципов формулярного регулирования и использования лекарственных средств лечебными учреждениями Кемеровской области, работающими в системе ОМС, показал, что у многих медицинских учреждений имеются недостатки в формировании формуляра:

- не проводятся ABC- и VEN-анализы, следовательно, не проводится анализ закупаемых медикаментов за прошедший период;
- не проводится анализ пролеченных больных по основным нозологическим группам и тем перечнем наименований лекарственных средств, которые включаются в формуляр медицинского учреждения;
- включаются препараты, не входящие в областной формулярный список;
- не проводится сопоставление затрат на медикаменты составленного формуляра и фактического финансирования медицинского учреждения.

При рецензировании формуляров некоторых МУ было обнаружено, что реальная потребность в медикаментах превышает фактические возможности, с учетом сложившегося финансирования на медикаментозное обеспечение. В связи с этим, вопрос рационального использования средств, направленных на медикаментозное обеспечение, сохраняет свою актуальность.

Проблема рационального выбора лекарственных средств осложняется огромным количеством зарегистрированных наименований лекарственных средств и большим количеством аналогов, выпус-

кающихся под разными коммерческими названиями, что затрудняет ориентацию врачей и фармацевтов.

В условиях внедрения формулярной системы, а также функционирования лечебных учреждений с использованием принципа формулярного регулирования и использования лекарственных средств, не менее важна эффективность системы доведения объективной информации о лекарственных средствах до заинтересованных пользователей, особенно до врачей. Врачи МУ, имеющих разработанный и утвержденный Формуляр ЛС и ИМН, должны понимать необходимость назначения препаратов пациентам в рамках этого Формуляра, и лишь в исключительных случаях, после рассмотрения врачебными комиссиями (ВК), допускается назначение ЛС сверх Формуляра. Многие могут сказать, что задача врача – лечить, а не считать деньги. Однако, это позиция вчерашнего дня, а сегодня, в условиях экономической ситуации, сложившейся в здравоохранении, врач должен подходить к назначению препаратов с позиций фармакоэкономики.

К сожалению, даже в условиях недостаточного финансирования, зачастую встречаются случаи полипрагмазии и необоснованного назначения ЛС.

Разработка собственных формуляров с проведением ABC- и VEN-анализов позволила определить примерную структуру расходов медицинских учреждений на медикаменты по группам:

- лекарственные средства – 64 %;
- дезинфекционные средства – 7 %;
- средства для диагностики – 10 %;
- изделия медицинского назначения, мелкий инструментарий – 19 %.

Перефразируя высказывание «не тот богат, кто много получает, а тот, кто умеет экономить», можно сказать, что, исключив неразумные траты, можно увеличить расходы на действительно необходимые лекарства. А это возможно при грамотном, творческом подходе к составлению формуляра, с учетом анализа затрат прошедшего периода.

ЛОМАКИНА Я.М., АФАНАСЬЕВА Е.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

РЕГРЕССНЫЕ ИСКИ В СИСТЕМЕ ОМС. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Нарушая законные права и интересы отдельно взятой личности, преступник наносит урон также и общественным отношениям.

В рамках отдельно взятой системы обязательного медицинского страхования (ОМС) это выглядит следующим образом: в результате противоправного деяния нанесен вред здоровью потерпевшего, которому оказывается медицинская помощь за счет средств ОМС.

Средства ОМС находятся в собственности Российской Федерации, в связи с чем наносится материальный ущерб государству, который подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред, в соответствии со ст. 1064 Гражданского Кодекса Российской Федерации.

Порядок предъявления исков по возмещению затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, здоровью которых был причинен вред в результате противоправных действий физических и юридических лиц, подробно описан в «Методических рекомендациях по оценке и возмещению затрат, связанных с оказанием медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц», утвержденных исполнительным директором ФФОМС 15.05.1998 № 2231/36-и.

В 2003-2005 годах иски по возмещению расходов на оказание медицинской помощи (далее – регрессные иски) подавались преимущественно страховыми медицинскими организациями, реже – Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Кемеровской области (далее – ТФ ОМС) (табл. 1).

Таблица 1

	Годы	СМО	ТФ ОМС	Другой истец
Количество рассмотренных исков	2003	566	33	0
	2004	809	17	0
	2005	287	48	7
Сумма взысканных денежных средств (тыс. руб.)	2003	442	156	0
	2004	681	58	0
	2005	374	348	16

С 2006 года инициатором подачи регрессных исков выступают прокуратуры соответствующих районов, с привлечением ТФ ОМС, СМО в качестве истцов. На территории г. Кемерово привлекается ТФ ОМС (табл. 2), на остальных территориях – СМО.

Таблица 2

	2006 год	2007 год
Количество рассмотренных исков	23	5
Сумма взысканных денежных средств (тыс. руб.)	115	31

Данная категория дел, с условием детального разъяснения суду оснований подачи иска, проблем при рассмотрении не вызывает. Как правило, проблема возникает при исполнении решения суда и фактическом взыскании денежных средств в пользу Территориального фонда ОМС.

С точки зрения общечеловеческих норм, самым странным образом выглядят случаи, когда вред здоровью наносится одному члену семьи другим членом семьи. Как правило, потерпевший находится в финансово-зависимом состоянии от преступника (жена от мужа). В такой ситуации фактически потерпевший страдает дважды: когда ему наносится физический урон, и когда из бюджета семьи взыскиваются средства на возмещение средств ОМС. Как показывает практика, данные семьи изначально неблагополучны как в социальном, так и в финансовом смысле: низкий уровень заработной платы и низкий культурный уровень. Таким образом, наказанными, по сути, являются невиновные стороны.

Не менее странно выглядит ситуация с взысканием денежных средств по делам с участием несовершеннолетних, находящихся в учреждениях социальной защиты (детских домах). В этом случае имущественный вред возмещает учреждение, в котором воспитывается несовершеннолетний правонарушитель. В условиях скудности бюджетного финансирования подобных учреждений заметен каждый взысканный рубль.

Закон – универсальная система, которая не может учитывать каждый частный случай, поэтому, действуя во благо государства, он в чем-то ущемляет интересы конкретных граждан. Ни законодательство, ни суд не могут учесть все возникающие нюансы и, тем более, подстроиться под них.

Самый действенный метод формирования здорового общества – повышение уровня личной и правовой культуры граждан. Именно это должно быть задачей государства при воспитании подрастающего поколения, в котором еще возможно сформировать задатки личности общественной, с высокой степенью самосознания и ответственности.

СИТНИКОВ А.А., САДОВСКАЯ Е.Н.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ИНФОРМАЦИОННАЯ ИНФРАСТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС

На сегодняшний день в системе ОМС накоплены значительные информационные ресурсы (интегрированная база застрахованных по ОМС Кемеровской области, общеобластная база данных случаев оказания медицинской помощи, регистр страхователей по ОМС и страховых взносов и др.), используются различные информационные системы, охватывающие все сферы деятельности. Для эффективного функционирования системы наиболее актуальными становятся задачи управления. Сегодня необходимо не просто обрабатывать и хранить огромные массивы данных, но и, на основании консолидированных сведений из различных информационных систем, проводить мониторинг основных показателей деятельности субъектов ОМС и предоставлять руководству информацию для принятия решений.

Основными целями информатизации являются повышение управляемости и эффективности системы ОМС, обеспечение рационального использования средств и повышение финансовой устойчивости системы на основе:

- централизации хранения и обработки информации в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования, который аккумулирует общеобластные информационные ресурсы системы, обеспечивает их совместное использование субъектами ОМС и территориальными органами исполнительной власти в соответствии с их полномочиями по доступу к информации;
- создания защищенной отраслевой сети передачи информации и организации на ее основе безопасного информационного обмена между участниками системы ОМС, ТФ ОМС и федеральными и территориальными органами исполнительной власти;
- реализации возможности удаленного защищенного доступа участников системы ОМС к общеобластным информационным ресурсам.

Основными моментами, на которые направлена деятельность ТФ ОМС для реализации поставленных задач, являются:

- оперативность сбора и получения информации,
- качество обработки и хранения информации,
- доступность информации для пользователей различного уровня,
- оптимизация информационной инфраструктуры.

Оперативность получения информации зависит от оперативности ее сбора. Сбор информации может осуществляться различными способами:

- оперативные данные – ежедневные или по мере изменения; эти данные наиболее актуальны для эффективного управления системой;
- статистическая отчетность с различной периодичностью – месячная, квартальная, годовая; при невозможности уменьшить период предоставления статистической отчетности, необходимо сократить сроки ее формирования и сбора.

Для оптимизации сбора информации ТФ ОМС использует и внедряет следующие технологии (рис. 1):

1. Автоматический прием и обработка входящей информации ежедневно (24 часа в сутки 7 дней в неделю). Данные по защищенным каналам связи направляются на определенный адрес в ТФ ОМС, затем в автоматическом режиме осуществляется их прием и обработка. При необходимости адресату направляется ответ.

В ТФ ОМС по этой технологии был организован сбор оперативной информации в процессе реализации программы ДЛО в Кемеровской области 2005-2007 гг.; принимается информация от медицинских учреждений по диспансеризации в рамках Национального проекта «Здоровье»; обрабатываются запросы субъектов ОМС на проверку действительности полиса ОМС; реализуется новый проект – Централизованный расчет оплаты медицинской помощи.

2. Предоставление удаленного терминального доступа субъектам ОМС для ввода данных непосредственно в БД ИД ТФ ОМС, используя «тонкие» клиентские приложения ТФ ОМС с применением Windows Terminal Server и Citrix metaframe Presentation Server.

Данная технология применяется в следующих информационных системах:

- формирование муниципальных заданий территорий;
- мониторинг деятельности субъектов системы ОМС;
- регистр страхователей;
- учет и мониторинг платежей на ОМС;
- учет планов медицинских учреждений и тарифов оплаты медицинской помощи.

3. Предоставляется удаленный доступ к базе данных с применением DB-link для доступа к базе данных из клиентских приложений субъектов ОМС.

4. Планируется разработка WEB-приложений для субъектов ОМС. Это позволит пользователям удаленно работать с приложениями ТФ ОМС через Интернет-браузер, не используя дополнительного системного программного обеспечения.

Рисунок 1
Способы сбора информации

Повышение качества обработки и хранения информации достигается за счет автоматизации рутинных процессов, централизации хранения информации, унификации алгоритмов обработки информации и применения единой нормативно-справочной базы.

Любые операции, выполняемые «вручную», являются потенциальным источником ошибок. Для снижения влияния «человеческого» фактора на качество обработки информации необходимо максимально автоматизировать все операции, которые не требуют принятия решения специалистом: приемку информации, загрузку в БД, форматно-логический контроль данных, проводимый по утвержденным алгоритмам, формирование регулярной отчетности и ее публикацию, рассылку регламентной информации субъектам ОМС и др. Этот подход использовался ТФ ОМС в процессе реализации программы ДЛО в Кемеровской области. В настоящее время на этих принципах реализуется новый проект – централизованный расчет оплаты медицинской помощи.

Если какой-либо информационный ресурс дублируется, то неизбежно произойдет расхождение между двумя копиями. Результат выборки одной и той же информации из различных источников может оказаться разным. Копии информации могут быть потеряны или искажены. Самый эффективный способ получения непротиворечивой информации – иметь один источник, обеспечив надежное хранение, резервирование и удобный доступ.

Для обеспечения централизации обработки и хранения информации на базе ИД ТФ ОМС создается центр обработки данных. Центр обработки располагает высокопроизводительным вычислительным комплексом повышенной надежности на основе двухузлового кластера, обеспечивающего круглосуточную работоспособность установленной базы данных Oracle. Хранение данных осуществляется на дисковом массиве RAID5. Для резервного копирования и восстановления данных используется технология Veritas Backup Exec. Для обеспечения надежности каналов доступа в Internet ТФ ОМС располагает двумя оптоволоконными линиями.

Доступ к информации осуществляется в соответствии с полномочиями пользователя. Исходя из потребностей, может быть предоставлен удаленный доступ к базе данных (исходные данные) или доступ к опубликованным отчетам на сайте ТФ ОМС (агрегированные данные).

В настоящее время субъекты системы ОМС, реализуя в своих информационных системах однотипные функции, могут неоднозначно трактовать положения одних и тех же нормативных документов. Это приводит к различным результатам расчетов одних и тех же данных, трудоемкости сверок, взаимным претензиям. Выходом из этого является создание описаний алгоритмов обработки информации, утверждение их Областной согласительной комиссией, применение единых алгоритмов и единой нормативно-справочной инфор-

мации. ТФ ОМС формирует и поддерживает в актуальном состоянии общеобластные справочники и классификаторы, которые используются при обработке информации всеми субъектами системы ОМС. Нормативно-справочная информация публикуется на сайте ТФ ОМС www.kemoms.ru. В 2008 г,. для обеспечения централизованного расчета стоимости за оказанные медицинские услуги, планируется предоставить территориальным согласительным комиссиям удаленный доступ к формированию справочников тарифов и планов медицинских учреждений в базе данных ИД ТФ ОМС.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ

Информационная инфраструктура (рис. 2) — это совокупность информационных активов (информация), системного программного обеспечения, средств взаимодействия с пользователями (пользовательские приложения, средства связи) и техническая инфраструктура (комплекс технических средств). Все составляющие объединяются средствами обеспечения безопасности.

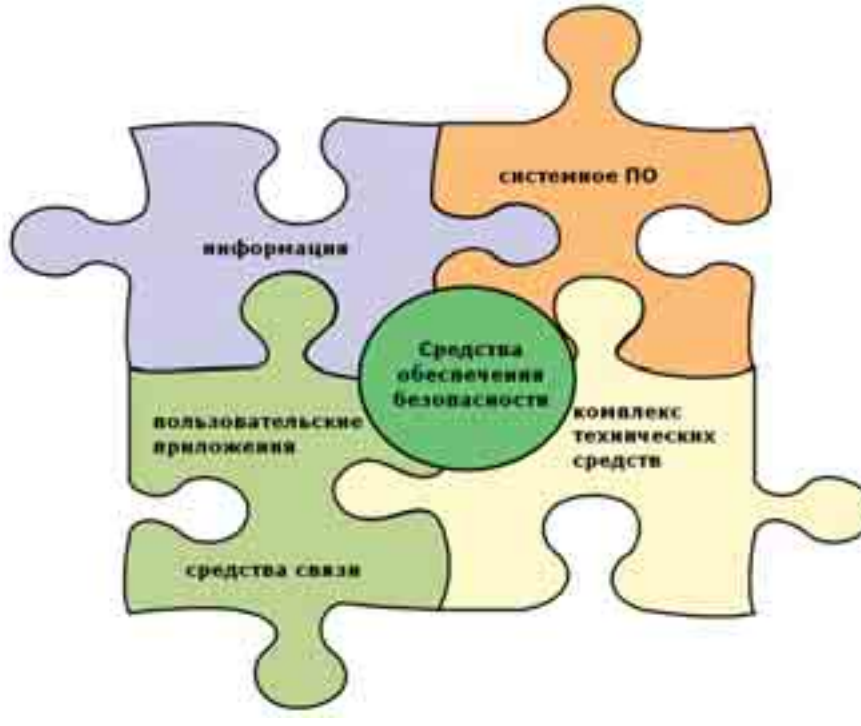
Все составляющие ИТ-инфраструктуры тесно взаимосвязаны. Изменение в каждой из сторон приводит к изменению остальных компонентов. Рост объемов информации требует развития комплекса технических средств, построение эффективной системы хранения информации. Развитие технической инфраструктуры приводит к необходимости внедрения систем управления сетевой инфраструктурой, технологий виртуализации. Внедрение новых технологий диктует создание пользовательских приложений, отвечающих современным требованиям, применение WEB-технологий. Каждый элемент системы должен быть защищен.

Возрастающая сложность технических средств, системного программного обеспечения, внедрение новых средств разработки прикладного программного обеспечения требуют постоянного повышения квалификации ИТ-специалистов.

ТФ ОМС Кемеровской области уделяет большое внимание подготовке персонала ИТ. Сотрудники исполнительной дирекции и филиалов проходят обучение на специализированных курсах Oracle, Microsoft, Citrix, VipNet, посещают тематические семинары производителей программного обеспечения и вычислительной техники; оказывают методическую помощь специалистам субъектов системы ОМС по вопросам приобретения и установки системного и прикладного программного обеспечения.

Централизация обработки и хранения информационных ресурсов предполагает наличие надежных каналов связи с широкой полосой пропускания, развитие локальных вычислительных сетей, использование защищенных каналов связи всеми субъектами системы ОМС. ТФ ОМС постоянно проводит мониторинг рынка предлагаемых услуг

Рисунок 2
Информационная инфраструктура



связи; имеет резервный канал доступа в Internet, с целью удовлетворения возрастающих потребностей системы ОМС в надежных и быстрых каналах.

Развивается защищенная сеть передачи данных. В настоящее время защищенными каналами связи оснащены ИД и все филиалы ТФ ОМС, 60% медицинских учреждений, одна страховая медицинская организация. В 2008 г. планируется завершить работу по защите каналов связи силами субъектов системы ОМС.

Комплексный подход к развитию всех составляющих информационной инфраструктуры, продуманные инвестиции в ИТ позволяют добиваться поставленных целей информатизации – повышение управляемости и эффективности системы ОМС, обеспечение рационального использования средств и повышения финансовой устойчивости системы.

ТИХОНОВ Д.А.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области,
г. Кемерово

КАК СОЗДАТЬ ОТДЕЛ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Понемногу начали давать свои первые плоды усилия Фонда по культивированию общей культуры в области защиты информации среди подразделений информатизации, и руководства учреждений и организаций здравоохранения, занятых в системе ОМС. Так, в прошедшем 2007 году еще в ряде учреждений обязанность по организации защиты информации была возложена на специалистов-исполнителей документально.

Рассматриваемый фактор является определяющим в наличии положительной динамики в этом вопросе. Ведь ни для кого не секрет, что организация защиты информации требует определенного знания технического устройства информационных систем и, следовательно, заниматься подобного рода деятельностью руководитель учреждения, как правило, самостоятельно не может, да и не должен.

Вопрос второй – почему именно сотрудники учреждения должны отвечать за информационную безопасность? Во-первых, подобная деятельность подлежит лицензированию. Следовательно, заключить подобный договор можно не с кем захочется, а лишь с ограниченным кругом организаций, имеющих надлежащую лицензию, что сказывается на стоимости их услуг. Во-вторых, допуск сторонней организации к собственной информации – не самый надежный способ сохранить конфиденциальность. В-третьих, возлагая ответственность на собственных сотрудников, учреждение получает высокую оперативность в вопросе защиты информации, ведь сотрудник постоянно находится в «рабочем пространстве», и всегда находится в поле зрения руководства. Причем, наличие в штате ответственного сотрудника отнюдь не отрицает преимуществ проведения стороннего аудита, а, напротив, при его проведении обеспечивает наиболее качественное обследование, адекватную оценку результата, возможность наиболее эффективного устранения выявленных угроз. Ну и, наконец, даже при заключении соглашения со сторонней специализированной организацией об «аутсорсинге» информационной безопасности, кто-то все равно должен обеспечивать согласование технических вопросов с ней.

Вывод напрашивается сам собой – наличие в штате любого учреждения или организации сотрудника, на которого документально возложены обязанности по организации и поддержанию режима защиты информации – не предпочтение, а практически неизбежное, обязательное явление. И агитационная работа Фонда в этом направлении продолжается.

Таким образом, в системе ОМС постепенно начали накапливаться условия, которые в дальнейшем позволят превратить разрозненные и эпизодические усилия по защите информационных ресурсов в налаженную упорядоченную систему обеспечения информационной безопасности.

Что же мешает остальным участникам системы сделать твердый шаг в этом направлении, прекратив свои нерешительные колебания? Конечно, наиболее часто приходится слышать о финансовых трудностях, необходимости жесткой экономии средств и т.п. Однако после детального изучения вопроса, и даже поверхностной беседы с руководством или сотрудниками такой организации становится очевидным: проблема вовсе не в этом, т.к. осознание факта необходимости защиты информации есть, понимание ответственности и обязанности это делать согласно требованиям законодательства также есть. И расходы на защиту информации даже не только не противоречат, но и совпадают с коммерческими интересами участника системы, т.к. придают его деятельности устойчивость и уберегают его коммерческую служебную информацию от попадания к конкурентам. Главный вопрос – отсутствие представления, чем конкретно нужно заниматься в данном направлении, за что конкретно назначить ответственных, и как контролировать результат их работы.

Итак, шаг первый: решаем, сколько человек (сотрудников организации) должны предметно заниматься данной темой. В разных учреждениях существуют разные оценочные нормативы. Однако их отличия не принципиальны, а результаты достаточно близки. В текущем режиме поддерживать соблюдение готовых правил политики безопасности в составе автоматизированной информационной системы на участке в 5-7 кабинетов, 10-20 персональных компьютеров и 2-3 (несложных!!!) сервера способен один сотрудник (продвинутый пользователь), совмещающий эти функции с другой работой. Главные задачи при этом – контроль за периодичностью смены паролей, ключей защиты, решение вопросов хранения информации ограниченного доступа и т.п. Дальнейшее увеличение нагрузки приводит, как правило, не просто к снижению качества работы, но и к систематическому нарушению установленных правил.

Если в организации имеются участки информационной системы, расположенные обособленно (в другом городе, другом районе или даже прос-

то в другом здании), на этих участках, независимо от количественного состава объектов информатизации, также следует назначить ответственных за поддержание режима информационной безопасности (из состава сотрудников, рабочие места которых расположены на этом участке).

Кроме того, на каждом участке для безостановочного процесса необходимо назначение и поддержание в постоянной готовности одного или двух исполняющих обязанности на период отсутствия ответственного на рабочем месте (отпуск, командировка, больничный и пр.). Очень полезным опытом для Фонда оказалась постоянная ротация, т.е. передача выполнения функций между ответственным лицом и исполняющими его обязанности, что стало гарантией достаточно высокой степени постоянной готовности.

Теперь необходимо задуматься о формировании тех самых правил, которые предстоит выполнять. Обычное явление в организации — наличие некоторого набора фрагментарных приказов и инструкций в совокупности с неписаными принципами и традиционно сложившимися процессами. Создание документально оформленной системы и постоянный процесс ее модификации в связи с постоянно меняющимися законодательными, техническими, кадровыми и прочими условиями, а также контроль эффективности и фактического выполнения установленных правил — вот главные задачи, которыми предстоит заниматься ответственным лицам или выделенному подразделению, отвечающему за организацию системы информационной безопасности.

Попытки дать количественную оценку необходимого для этой цели персонала дают примерно такой результат: на каждых 50-100 сотрудников организации необходимо выделить 1 сотрудника с узкой специализацией по направлению информационной безопасности, освободив его от выполнения других работ. Единственное приемлемое совмещение функций организации системы информационной безопасности с другими — это поддержание режима информационной безопасности на каких-либо участках.

Для небольших организаций с меньшей численностью выделение сотрудника в штате, занимающегося исключительно вопросами информационной безопасности, становится не слишком эффективным в виду меньшей интенсивности протекающих в системе изменений. Здесь вполне нормальным представляется совмещение функций организатора системы информационной безопасности, с ее исполнителем на одном из участков, и одновременно с администрированием информационной системы.

Шаг второй: документально оформляем выделенное подразделение, назначаем выделенных сотрудников, или возлагаем ответственность за организацию и поддержание режима информационной безопасности при совмещении с другими обязанностями.

Здесь очень важным является продуманная, взвешенная система документально закрепленных обязанностей, основанная на нескольких основополагающих документально закрепленных принципах.

Одна из моделей может быть следующей:

- выполнение требований и политики вышестоящей организации (для тех, у кого это явление присутствует);
- выработка и поддержание в актуальном состоянии политики безопасности, документальной базы ее обеспечения, или выработка положений и требований, дополняющих на местном уровне централизованную политику информационной безопасности вышестоящей организации;
- поддержание уровня грамотности сотрудников организации в вопросах информационной безопасности.

Преобразование этой модели в структуру деятельности может выглядеть так, как представлено на рисунке 1.

Рисунок 1
Структура деятельности по защите информации

Детальное изучение полученной структуры деятельности приводит к представлению о том, какого характера вопросы должны стать объектом внимания ответственных за организацию системы информационной безопасности, как представлено, например, на рисунке 2.

Следующий вопрос, который необходимо для себя решить — это подчиненность ответственных

Рисунок 2
Сферы внимания информационной безопасности

за информационную безопасность. Обращаясь к мировой и отечественной практике, мы видим, что наиболее успешно специалисты по информационной безопасности выполняют свою роль, не подчиняясь напрямую руководителю IT-подразделения, а находясь с ним на равных при совместном подчинении руководителю организации или заместителю руководителя по вопросам информатизации. Нередкой и успешной является также практика подчинения структуры информационной безопасности заместителю руководителя по вопросам физической защиты, т.е. ведающему вопросами охраны. Для организации с малой численностью, в которой сотрудники информационной безопасности являются одновременно и системными администраторами, такой вопрос, разумеется, не стоит.

Эти принципы и полученные результаты детализации в виде «структуры деятельности» и «сфер внимания» при создании выделенного подразделения (например, отдела информационной безопасности) логично включить в положение об отделе, добавив в это положение принципы взаимодействия с другими подразделениями, права и обязанности этого подразделения по отношению к руководству и другим подразделениям, и пр.

Если обязанности по организации и поддержанию режима информационной безопасности возлагаются не на выделенное подразделение, а на сотрудников, то эти основополагающие правила можно включить в их должностные инструкции.

Спускаясь на следующий уровень организационной иерархии, мы приходим к должностной инструкции сотрудников, отвечающих за организацию и поддержание режима информационной безопасности. Здесь рассмотренные принципы дополняются проистекающими из них более конкретизированными обязанностями. Причем, в зависимости от комбинации ответственности за организацию и поддержание режима защиты информации, состав инструкций может варьировать.

Вот пример некоторых таких обязанностей:

- в области информационной антивирусной защиты организует контроль за выполнением ответственными подразделениями и сотрудниками единовременных мероприятий и текущей деятельности в этой области;
- участвует в разработке и, в составе отдела, контролирует наличие и соответствующую эксплуатацию многоступенчатой системы разграничения прав доступа к корпоративной информации организации, включая систему парольного доступа;
- руководит выбором, внедрением, сопровождением и выбытием из эксплуатации специализированных средств защиты информации и объектов информатизации, включая участки филиалов. Вносит предложения руководству об их приобретении в установленном порядке;
- организует учет и контроль за использованием специализированных программных и аппаратных средств защиты информации и объектов информатизации, обеспечивает организацию их технического обслуживания и модернизации;
- в составе отдела администрирует (настраивает) и сопровождает специализированные аппаратные и программные средства защиты информа-

ции, в том числе специализированные средства защиты от несанкционированного доступа к средствам вычислительной и иной информационной техники, специализированные средства защиты электронного документооборота;
- организует учет и контроль за хранением, выдачей и уничтожением носителей ключевой информации, персональных идентификаторов и механических ключей систем контроля доступа к объектам информатизации;
- организует контроль за отсутствием конфиденциальной и иной технологической информации на средствах вычислительной и иной информационной техники, выбывающей из эксплуатации и т.д.

Важным моментом в системе информационной безопасности является обеспечение систематических подходов к решению вопросов. Одной из неотъемлемых составляющих при этом является плановость процесса. Документально закрепив обязанности назначенных сотрудников или выделенного подразделения, регулярно составлять план и предоставлять отчет по направлению информационной безопасности — мы получаем цельную картину состояния дел, не только пригодную для рассмотрения руководством, и понятную всем заинтересованным сотрудникам, но также доступную уполномоченным государственным органам и организациям, проводящим проверку или независимый аудит, например, вышестоящим организациям, или таким, как Федеральная Служба Безопасности (ФСБ) или Федеральная Служба Технического и Экспортного Контроля (ФСТЭК), отвечающим за сферу деятельности по защите информации.

Еще одним немаловажным фактором в работе является квалификация ответственного за защиту информации. Здесь задача распадается на две составляющих: с одной стороны, это право ответственного регулярно проходить обучение и курсы повышения квалификации, участвовать в работе семинаров и форумов по направлению деятельности, в том числе и за пределами организации, что подразумевает определенное финансирование; с другой стороны, это обязанность ответственного быть квалифицированным специалистом, знать предметную область, постоянно быть в курсе изменений действующего законодательства, отечественных и мировых тенденций в области защиты информации. Эти положения также необходимо закрепить, например, в должностной инструкции.

Шаг третий: лицензируем деятельность по защите информации. Федеральный закон № 128-ФЗ от 8 августа 2001 года «О лицензировании отдельных видов деятельности» относит деятельность по технической защите конфиденциальной информации к лицензируемым видам деятельности.

Постановление Правительства РФ № 504 от 15 августа 2006 года определяет, что к технической защите конфиденциальной информации относится комплекс мероприятий или услуг по ее защите от несанкционированного доступа, в том числе и по техническим каналам связи, а также от специальных воздействий на такую информацию в целях ее уничтожения, искажения или блокирования доступа к ней. Кроме того, определяются лицензионные требования и условия осуществления деятельности, к которым относится в том числе и наличие в штате соискателя лицензии специалистов, имеющих высшее профессиональное образование в области технической защиты информации, либо высшее или среднее профессиональное (техническое) образование, и прошедших переподготовку или повышение квалификации по вопросам технической защиты информации.

И еще одно немаловажное условие нормального состояния дел в сфере защиты информации, которое можно в равной мере отнести и к ответственным за информационную безопасность, и к администраторам информационных систем. По роду своей деятельности такие специалисты ведают вопросами своей организации в широком диапазоне, в их руках сосредоточены значительные массивы конфиденциальной информации в электронной форме. И это создает определенную уязвимость для организации при их увольнении или нелояльности. С другой стороны, при замене специалиста для овладения таким широким кругом вопросов требуется немалое время. Как правило, оно измеряется одним или, чаще, несколькими годами. За этот промежуток времени неквалифицированные действия вновь принятых сотрудников могут не только свести на нет всю построенную систему информационной безопасности, но и допустить такие угрозы, которые могут поставить под вопрос само существование организации.

В связи с этим стоит отметить, что качественный и очень внимательный подбор кадров (не только ответственных за информационную безопасность), забота о нормальных здоровых отношениях в коллективе, постоянный мониторинг взаимной адекватности заработной платы и квалификации специалиста, в совокупности с разумностью его загруженности служебными обязанностями — это немаловажные составляющие в общей картине поддержания режима информационной безопасности в организации.

КРАМАРЕНКО В.Г.
Новокузнецкий филиал Территориального фонда ОМС Кемеровской области

ЭТО НАШЕЙ ИСТОРИИ СТРОКИ (НАМ 15 ЛЕТ)

Новокузнецкий филиал Территориального фонда ОМС создан в городе Новокузнецке 25.10.1993 г. на основании решения Малого Совета народных депутатов и распоряжения Главы Администрации Кемеровской области.

В момент своего создания Филиал имел 4 подведомственные территории – города Новокузнецк, Мыски, Междуреченск и Новокузнецкий район. Это практически весь юг Кузбасса с населением 823 тыс. человек и численностью застрахованных 796 тыс. человек.

С 1 ноября 1996 года принято решение о выделении территории г. Междуреченска в самостоятельный филиал ТФ ОМС Кемеровской области, а с 1 июня 2001 г. к нашему Филиалу присоединились территории г. Таштагол и Таштагольский район. Решение было и тактически и экономически обоснованным, так как плательщики ЕСН – рудники г. Таштагола – входят в число предприятий горно-металлургических комплексов КМК и ЗСМК г. Новокузнецка.

К началу 1994 года сформировался коллектив Филиала численностью 6 человек. Задачи предстояли огромные – учесть финансовые потоки от плательщиков в целом, в том числе и те, что первоначально поступали на счета налоговых инспекций и страховых медицинских организаций. Необходимо было организовать персонифицированный учет поступления взносов на ОМС от каждого страхователя, наладить взаимодействие с Администрациями подведомственных территорий. Эти факторы требовали дополнительных кадров. И к началу 1995 года численность работников увеличилась до 30 человек. В таком же составе Филиал работает и в настоящее время.

Сложившаяся здоровая, рабочая и доброжелательная атмосфера в коллективе исключила «текучесть» кадров, о чем свидетельствует тот факт, что более 50 % сотрудников имеют стаж работы в Филиале более 10 лет.

Все эти годы деятельность Новокузнецкого филиала ТФ ОМС была направлена на реализацию основных задач:

- увеличение доходной части бюджета фонда;
- совершенствование системы распределения финансовых средств ОМС;
- контроль за целевым и рациональным использованием финансовых средств ОМС;
- обеспечение принципа всеобщности ОМС.

С первых дней существования Филиал столкнулся с проблемами наполнения бюджета. Прежде всего, трудности были вызваны общим состоянием экономики в 90-е годы: спад производства, банкротство и ликвидация предприятий и, как следствие, хронические невыплаты заработной платы. Кроме того, существовало непонимание и неприятие со стороны страхователей (администраций территорий и плательщиков страховых взносов на ОМС) значения и роли фонда ОМС, пришедшего в сферу здравоохранения всерьез и надолго, как государственного инструмента регулирования и реформирования системы финансирования здравоохранения.

Начиная с 1998 года, уровень сбора стал неуклонно увеличиваться, и в 2000 году достиг 130 %. Целенаправленная кропотливая работа в части проведения документальных проверок по вопросам правильности исчисления и соблюдения сроков уплаты страховых взносов, особенно тех предприятий, которые отчитывались с нулевыми или явно заниженными показателями ФОТ, а также увеличение количества проверок (средний показатель документальных проверок по области – 8 проверок на 1 работника, в Новокузнецком филиале – 16), позволила обеспечить дополнительное вливание финансовых средств в бюджет Фонда ОМС. Следствием этих мер и усилий явился показатель роста объема взысканной недоимки в общей сумме поступлений.

К сожалению, в результате введения в 2001 году единого социального налога и передачи функции сбора налоговым органам, ситуация осложнилась. Снижение общего объема поступлений страховых взносов в части ЕСН в связи с занижением показателей плановых поступлений, привели к недостаточности средств в системе ОМС и появлению в 2002-2003 годах (как и в 1996-1997 гг.) задолженности по заработной плате медицинским работникам.

Особенно трудно было работать с местными администрациями по взысканию платежей на ОМС неработающего населения. В связи с недостаточным урегулированием размера платежей на ОМС неработающего населения на законодательном уровне, дефицитом местных бюджетов, имел место рост задолженности местных администраций. Филиалом применялись различные меры по взысканию задолженности от администраций подведомственных территорий: и убеждение в социальной значимости платежей данного вида посредством личных контактов и служебной переписки, и защита интересов Фонда в судебных органах. В большинстве случаев воздействие оказывалось успешным. После издания Федеральным фондом ОМС приказа о реструктуризации задолженности плательщиков взносов на обязательное медицинское страхова-

ние неработающих граждан по состоянию на начало 2001 года, принятия совместных соглашений и графиков, Филиалу удалось добиться погашения задолженности местными администрациями.

Несмотря на передачу в 2001 году функции сбора страховых взносов в налоговые органы, по инициативе Филиала продолжили свою деятельность Экономические Советы администраций подведомственных территорий, в работе которых попрежнему участвует директор Филиала. И хотя главную роль в оценке действий руководителей предприятий-неплательщиков теперь играют налоговые инспекции, руководитель Филиала фонда имеет возможность влиять на ситуацию.

Кроме того, на заседаниях Экономических Советов вырабатывается концепция взаимодействия администрации, налоговых органов, казначейства в решении возникающих проблем.

Следующей приоритетной задачей деятельности Филиала является распределение аккумулированных средств через СМО в ЛПУ.

На заре становления системы ОМС очень активно росло количество страховых медицинских организаций. В 1993 году насчитывалось девять СМО. Их состав постоянно менялся, и в общей сложности Филиалу пришлось взаимодействовать с 20 страховыми компаниями. И, будь то небольшие страховщики с незначительной численностью застрахованных, или крупная страховая компания, контролировать требовалось всех. Часть страховщиков ликвидировались и реорганизовались, на их смену приходили другие, в том числе из других регионов. На 01.01.2008 г.на территориях, подведомственных Новокузнецкому филиалу, в системе ОМС работают шесть СМО. Из них самой крупной и стабильно работающей является ОАО СМО «Сибирь», которая имеет 88 % страхового поля. Именно этой страховой организации с 1994 года администрация города доверила страхование всего неработающего населения.

На начало 2008 года численность застрахованных граждан составляет 649,5 тыс. человек или 91,1 % от статистической численности населения подведомственных Новокузнецкому филиалу ТФ ОМС территорий. Причинами такого состояния дел являются:

- недобросовестность страхователей-работодателей, сознательно скрывающих реальную численность своих работников, чтобы избежать налоговых обязательств;
- пассивность граждан, не желающих обращаться за полисом ОМС;
- искажение статистических данных о численности населения.

Однако Новокузнецкий филиал не «опускает рук» и совместно со страховыми организациями добивается 100-процентного уровня страхования населения. Для этого Филиалом ведется большая работа посредством размещения разъяснительной информации в СМИ, выпуска брошюр, плакатов о системе ОМС, о правах и возможностях застрахованных граждан.

Проблема рационального использования ресурсов является одной из наиболее актуальных для здравоохранения. Именно с этой проблемой связано большинство задач, ежедневно решаемых организаторами здравоохранения различного уровня. Следует отметить, что управление ресурсами начинается не тогда, когда данные ресурсы уже поступили в медицинское учреждение, а на этапах их планирования. Введение с 2001 года Муниципальных заданий территорий позволило определить степень соответствия потребностей для решения поставленных задач и выделенных на эти цели ресурсов.

Новокузнецкий филиал с первых дней его существования проводил четкий учет необходимого финансирования не только каждой СМО, но и каждого ЛПУ в разрезе статей расходов по ОМС. Первоначально эта работа вызывала неодобрение со стороны СМО и руководителей ЛПУ. Но ее необходимость подтвердила сама жизнь. В 1996-1997 гг., когда задолженность по заработной плате медицинских работников достигла 7-8 месяцев, практика распределения средств на выплату заработной платы в Филиале фонда позволяла использовать каждую копейку строго по целевому назначению. Именно тогда правомерность такого подхода была признана всеми участниками системы ОМС, в том числе и управлениями здравоохранением территорий.

Целевое и рациональное расходование средств ОМС лечебными учреждениями осуществляется контрольно-ревизионной группой Филиала во время комплексных и тематических проверок, которые до 2000 года ежегодно проводились в ЛПУ и СМО, с 2000 г. в ЛПУ – раз в два года. Благодаря этой работе в систему ОМС за период с 1999 г. по 1 квартал 2008 г. было возвращено нерационально израсходованных средств в размере 53098 тыс. рублей.

Новокузнецкий филиал задействован и в обеспечении функции всеобщности обязательного медицинского страхования. Работа в этом направлении строится не только в части экономического контроля обоснованности предъявленных счетов ЛПУ за оказанные медицинские услуги незастрахованным и инообластным гражданам, но и рассмотрения обращений и жалоб граждан.

Кроме экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), было проведено 43 тыс. экспертиз реестров оплаты законченных случаев по «всеобщности», в 56 % случаев выявлены нарушения.

Рост числа проведенных экспертиз произошел вследствие увеличения количества направленных реестров за пролеченных незастрахованных и инообластных граждан, в основном за счет увеличе-

ния числа пролеченных в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В медицинских учреждениях введен персонифицированный учет посещений, который дает возможность более полно представить информацию для экономического отчета.

По результатам ЭКМП и первичного экспертного контроля реестров, сумма оплаты по счетам медицинских учреждений снижена на 15,1 млн. руб. Все средства, снятые по результатам вневедомственного контроля качества медицинской помощи, направлены на оплату медицинских услуг.

Прошедшие 15 лет становления системы ОМС для Филиала подтвердили, что любая теоретическая модель становится жизненно оправданной и необходимой только тогда, когда ее внедрением занимается творческий коллектив. Коллективу Новокузнецкого филиала удалось это доказать, направив усилия на создание атмосферы взаимного уважения со СМО и ЛПУ за счет открытости своих действий, самоотдачи в работе, неравнодушия, горячей заинтересованности в реализации любой задачи, ответственности за порученное дело.

ЗАБАЛУЕВА И.В., ВАСИЛЬЕВА Т.В.
Междуреченский филиал Территориального фонда ОМС Кемеровской области, г. Междуреченск

ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЕЙ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Междуреченский филиал ТФ ОМС Кемеровской области осуществляет работу по регистрации страхователей в соответствии с Федеральным законом РФ от 23.12.2003 г. № 185-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты РФ в части совершенствования процедур государственной регистрации и постановки на учет юридических лиц и индивидуальных предпринимателей». В Законе закреплено, что порядок регистрации страхователей устанавливается Правительством РФ. Во исполнение этой нормы, Правительством РФ принято постановление от 15.09.2005 года № 570 «Об утверждении правил регистрации страхователей в ТФ ОМС при обязательном медицинском страховании и формы свидетельства о регистрации страхователя при обязательном медицинском страховании».

Регистрации в ТФ ОМС в качестве страхователя для работающего населения подлежат:
- организации;
- индивидуальные предприниматели;
- физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками;
- частные нотариусы;
- адвокаты;
- организации, имеющие обособленные подразделения.

Регистрация страхователей в ТФ ОМС осуществляется двумя способами:

1. На основании сведений из единых государственных реестров юридических лиц и индивидуальных предпринимателей (ЕГРЮЛ, ЕГРИП), поступающих в Исполнительную дирекцию ТФ ОМС из Управления и инспекции Федеральной налоговой службы (ФНС) в электронном виде в рамках концепции «одного окна». Еженедельно в электронном виде осуществляется обмен сведениями о регистрации между Междуреченским филиалом ТФ ОМС и ИД ТФ ОМС. В адрес вновь зарегистрированных в ТФ ОМС страхователей по почте направляется Свидетельство о регистрации установленной формы с указанием регистрационного номера.
2. Регистрация на основании заявления и документов страхователя, предоставляемых в ТФ ОМС. В соответствии с действующим законодательством, самостоятельно регистрируются в ТФ ОМС следующие категории страхователей:
   - организации, имеющие обособленные подразделения (по месту нахождения обособленных подразделений);
   - частные нотариусы;
   - адвокаты;
   - физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками.

Для осуществления регистрации этим категориям страхователей необходимо обратиться в ТФ ОМС с заявлением и приложить копии документов, перечень которых установлен Правилами регистрации. Страхователю при регистрации вручается Свидетельство о регистрации в ТФ ОМС установленной формы, в котором указан присвоенный регистрационный номер.

По состоянию на 01.01.2008 г. на учете в Междуреченском филиале ТФ ОМС состоит 3882 страхователя (налогоплательщика). Структура страхователей МФ ТФ ОМС: предприниматели – 2399, юридические лица – 1427, филиалы – 47, адвокаты – 8, нотариусы – 1.

За работающих граждан отчисления на ОМС производит работодатель, являющийся страхователем своих сотрудников.

Ежедневно в филиал фонда от ИД ТФ ОМС поступают в электронном виде сводные реестры поступивших доходов по налогоплательщикам.

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 05.08.2000 г. № 118-ФЗ «О введении в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах», с 1 января 2001 года контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью внесения взносов в государственные социальные внебюджетные фонды, в том числе и фонды обязательного медицинского страхования, осуществляется налоговыми органами Российской Федерации.

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

Ежеквартально, в соответствии с действующим соглашением об информационном взаимодействии, ИФНС № 8 предоставляет в филиал Фонда сведения о предприятиях, имеющих задолженность свыше 30 тыс. руб. по уплате ЕСН в части страховых взносов на ОМС. В адрес руководителей-неплательщиков направляются письма с требованием принятия мер по нормализации налоговых платежей.

Ежеквартально проводятся сверки с предприятиями-должниками по задолженности в ТФ ОМС

с оформлением справок по итогам отчетного периода за подписью плательщика.

Ежемесячно осуществляется учет и контроль исполнения администрацией территории соглашения о рассрочке погашения задолженности по страховым взносам на ОМС неработающего населения в соответствии с решением Арбитражного суда. За 2007 год задолженность на ОМС неработающего населения была погашена в соответствии с графиком в размере 3 млн. рублей.

В 2007 году закончена работа по учету и мониторингу информации о плательщиках, участвующих в реструктуризации задолженности, согласно Постановлению Правительства РФ от 01.10.2001 г. № 699. В 2007 году предприятиями, участвующими в реструктуризации, было погашено задолженности в сумме 8,5 млн. руб., сумма списанной пени составила 48,3 млн. руб.

Сложилась положительная динамика по уменьшению задолженности налогоплательщиков в ТФ ОМС. За период с 01.02.2005 года по 01.02.2008 года общая сумма задолженности по ЕСН, подлежащая зачислению в ТФ ОМС, снизилась более чем в 4 раза – с 24,5 млн. рублей до 6,1 млн. рублей.

Из 6,1 млн. рублей задолженности, 90 % – «проблемная» к взысканию, которая числится за предприятиями, находящимися в процессе банкротства и в стадии ликвидации.

Нужно отметить, что в целом налоговая дисциплина предприятий города заметно улучшилась. Основная часть платежей уплачивается налогоплательщиками своевременно и в полном объеме, что позволяет своевременно и в более полном объеме финансировать лечебные учреждения, работающие в системе ОМС.

СУББОТИНА Г.Н.
Беловский филиал Территориального фонда ОМС Кемеровской области

РОЛЬ ФИЛИАЛОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДАЧ СИСТЕМЫ ОМС НА ТЕРРИТОРИЯХ ОБЛАСТИ

Для меня, как и многих коллег, 2008 г. является годом 15-летия системы обязательного медицинского страхования в Кузбассе.

Мудро замечено, что тот, кто знает, помнит и ценит прошлое, тот имеет полноценное настоящее и перспективное будущее.

Возглавляя Беловский филиал ТФ ОМС со дня его основания (01.11.1993 г.), коснусь немного истории становления системы ОМС в нашей области.

1992-1993 гг. – начало организации страховой медицины в Кузбассе.

Дело совершенно новое, не имеющее еще никакой практической базы и, думаю, без преувеличения скажу, что Альберт Иванович Траутер проявил настоящую гражданскую смелость, возглавив эту работу.

В то время в систему пришли Мелехова Н.А., Рычагов И.П., Бабарыкина С.В., Матвеева Н.А., вместе со мной – Султанов В.М., Лопатин В.Н., Климов С.А., Костерин И.А. и другие. Пришли из успешно функционирующих учреждений, понимая, что рискуем, но, как выходцам из здравоохранения, нам было понятно и то, насколько необходимы дополнительные финансовые ресурсы нашим медицинским учреждениям.

Среди нас – многие медики и врачи по образованию, не просто было постигать основы и язык практической экономики и финансов. Работали с большим энтузиазмом и верой в успех.

И Территориальный фонд ОМС Кемеровской области, имея за плечами год работы, сразу зарекомендовал себя как динамично развивающийся.

Мы охотно делились своими наработками на Всероссийских и региональных семинарах и совещаниях по проблемам развития страховой медицины в России.

Территориальный фонд ОМС Кемеровской области и его филиалы, на мой взгляд, за 15 лет прошли 5 этапов своего развития.

I этап (1993-1994 гг.):

- формирование системы ОМС (нормативно-правовая база);
- создание и представление нового государственного внебюджетного фонда – Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кемеровской области и его 11 филиалов.

II этап (1995-1998 гг.):

- становление системы ОМС – отработан нормативно и практически механизм взаимодействия всех субъектов ОМС;
- применение нестандартных путей решения наполнения бюджета Территориального фонда ОМС в период экономического кризиса в стране – взаимозачеты с хозяйствующими субъектами по погашению их кредиторской задолженности по страховым взносам на ОМС, начисленным пени и штрафам.

III этап (1999-2001 гг.):

- развитие и модернизация системы ОМС – передача функции контроля за поступлением страховых взносов на ОМС налоговым органам, усиление контроля целевого и рационального использования средств ОМС в страховых медицинских организациях и медицинских учреждениях системы ОМС;
- обеспечение всеобщности ОМС;
- достижение относительной финансовой устойчивости системы ОМС.

IV этап (2002-2004 гг.):

- совершенствование системы ОМС – новые нормативно-методические документы областного уровня о мониторинге лекарственных средств и изделий медицинского назначения, о рейтинге медицинских учреждений, о целевых областных программах за счет средств резервного фонда превентивных мероприятий, компьютеризация медицинских учреждений и информатизация системы ОМС с созданием ряда областных баз данных;
- подведение итогов деятельности системы ОМС и Территориального фонда ОМС за десятилетний период (2003 г.);
- появление предпосылок реформирования системы ОМС и здравоохранения;

V этап (2005 г. – по настоящее время):

- реализация новых государственных задач в сфере здравоохранения – дополнительное лекарственное обеспечение, приоритетный национальный проект «Здоровье»;
- развитие новых информационных технологий в системе ОМС;
- определение новых путей развития здравоохранения Кузбасса – отраслевая система оплаты труда в медицинских учреждениях, фондодержание (способ оплаты и механизм финансирования медицинской помощи, образование

межтерриториальных медицинских объединений и другое).

В таком успехе Территориального фонда большую роль сыграл правильный выбор руководителей фонда, их преемственность в руководстве деятельностью фонда, и с их именами связано становление и развитие системы ОМС в Кемеровской области:

- Траутер Альберт Иванович – формирование и создание системы ОМС и Территориального фонда ОМС Кемеровской области – родоначальник страховой медицины в Кузбассе;
- Хайновская Ирина Яковлевна – решение огромного пласта задач по стабилизации, развитию и совершенствованию деятельности фонда;
- Пачгин Игорь Вадимович – решение новых, глобальных государственных задач в области здравоохранения и системы ОМС; поиск и реализация новых, перспективных путей организации медицинской помощи гражданам Кемеровской области и организационно-финансового взаимодействия субъектов ОМС.

Эффективно реализовывать поставленные задачи на каждом из этапов можно только при имеющейся сети филиалов Территориального фонда ОМС по области. Ведь именно филиалы обеспечивают непосредственное тесное взаимодействие и координацию деятельности всех субъектов ОМС (страхователи, страховщики, медицинские учреждения и застрахованные граждане) на каждой отдельно взятой территории со своими специфическими особенностями, кадровым потенциалом, подходом к решению задач и проблем в системе ОМС и здравоохранении.

Кроме того, для решения поставленных задач осуществляется широкое взаимодействие с администрациями территорий, налоговыми органами и прокуратурой, отделениями Федерального казначейства и банками, другими государственными внебюджетными фондами, средствами массовой информации и т.д.

Система ОМС за эти годы прошла путь от непонимания и непринятия страхования как такового до доверия, конструктивного сотрудничества и перспективного планирования. Кратко остановлюсь на некоторых, наиболее значимых аспектах и итогах деятельности нашего Беловского филиала в разные периоды времени.

Так, главной задачей филиалов в 1993-2000 гг. являлось практическое наполнение бюджета Территориального фонда ОМС, осуществление контроля за полным и своевременным поступлением средств ОМС от хозяйствующих субъектов всех форм собственности и администраций территорий на неработающее население с приемом ежеквартальных отчетов от них о состоянии уплаты взносов и платежей в Территориальный фонд ОМС и Федеральный фонд ОМС.

Для выполнения этой задачи в филиалах была организована служба уполномоченных Территориального фонда ОМС с правами налоговой инспекции.

И нашим специалистам при защите своих актов проверок с обозначением в них солидных сумм недоимки, пени и штрафа успешно удавалось отстаивать их перед опытными главными бухгалтерами, юристами, начальниками экономических служб и руководителями предприятий.

В результате на счету у филиалов за эти годы десятки тысяч документальных и камеральных проверок предприятий, организаций и учреждений, и уровень поступлений в бюджет Фонда год от года увеличивался. Эти средства сыграли огромную роль в стабилизации финансового состояния учреждений здравоохранения в этот период.

В последующем, вплоть до 2005 г., акцент в работе филиалов сместился в сторону планирования и организации финансирования муниципальных заданий территорий, его мониторинга, обеспечения всеобщности ОМС, проведения контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС в медицинских учреждениях и страховых медицинских организациях.

Так сложилось, что наш филиал все 15 лет организует работу территориальной согласительной комиссии и рабочей группы на всех четырех административных территориях (г. Белово, пгт. Краснобродский, Беловский и Гурьевский районы). Идет конструктивное обсуждение и утверждение всех нормативных и актуальных вопросов по планированию, оказанию и финансированию медицинской помощи на территориях совместно с Управлением здравоохранением администрации г. Белово, руководителями и специалистами медицинских учреждений и страховых медицинских организаций (особенно ОАО СМО «Сибирь» и ООО «ЖСО-М»).

Коллеги не понаслышке знают, насколько ответственно и трудозатратно каждый год осуществляется формирование, согласование и утверждение муниципального задания на оказание жителям территорий бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной Программы государственных гарантий по ОМС.

В решении этого вопроса специалисты филиала не просто принимают участие, а возглавляют и курируют эту работу также на всех территориях филиала. По нашей инициативе и с участием программиста филиала в 2008 г. установлены программы по муниципальному заданию непосредственно в медицинских учреждениях всех территорий.

Полным ходом на территориях филиала идет реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» и мы в этом активно участвуем.

Особо хочется отметить вклад специалистов филиала (врачей) по выполнению программ допол-

нительного лекарственного обеспечения в части организации и проведения медико-экономического контроля. Цифры говорят сами за себя (табл.).

На уровне филиала за «круглым столом», совместно со страховщиками и медицинскими учреждениями, постоянно идут различного рода обсуждения, мониторинг муниципального задания, его корректировка в течение года, определение рейтинга медицинских учреждений и многое, многое другое.

Все это побуждает медицинские учреждения считать, анализировать, прогнозировать и влиять на улучшение показателей своей деятельности.

Таким образом, система здравоохранения из просто бюджетной сферы на глазах начинает превращаться в достаточно динамичную отрасль экономики.

На протяжении всех лет филиал активно позиционирует свою деятельность во всех средствах массовой информации. О ходе дел в здравоохранении и системе ОМС жители территорий читают на страницах газет местной печати, слушают по радио, смотрят по трем каналам местного телевидения и более подробную информацию узнают из видеосюжетов и документальных фильмов. И это играет огромную роль в информированности населения и повышении его страховой культуры.

Большинство специалистов работают в филиале уже 10-15 лет, высокопрофессиональны и оперативны в работе. Филиал на территории стал своего рода консультативно-методическим центром по вопросам ОМС. Мы благодарны своим коллегам за доверие к нам, понимая, что это и огромная ответственность.

Таким образом, пройдя пятнадцатилетний путь работы в Фонде, на мой взгляд, филиалы Фонда играют организационную, консультативно-методическую, координирующую и консолидирующую роль на территориях в реализации задач в сфере здравоохранения и системы ОМС, и эта роль достаточно велика.

Таблица

Динамика результатов проверок по ДЛО (льготников федерального уровня ответственности) за 2005–2007 гг. по г. Белово

Территория г. Белово	Всего проверок	Амбулаторных карт	Проверено рецептов	Выявлено нарушений	Сумма снятия, руб.
2005 г.	86	1082	2968	548	390812
2006 г.	97	1707	11947	2413	2813845
2007 г.	200	4090	20302	2826	2511793

БЕЗГИНА Н.С., ГЕЙКО Т.В., КУРТУКОВА С.Ю., КИСЕЛЕВА Л.В.
Прокопьевский филиал Территориального фонда ОМС Кемеровской области, г. Прокопьевск

РАБОТА ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ОХВАТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ – ГАРАНТИЯ ФИНАНСОВОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Система обязательного медицинского страхования существует с 1993 года. На территориях г. Прокопьевска, г. Киселевска и Прокопьевского района система представлена Прокопьевским филиалом Территориального фонда обязательного медицинского страхования, пятью страховыми медицинскими организациями (ОАО СМО Сибирь – 92,45 %, ГСМК – 5,2 %, СМК АСК-Мед – 1,45 %, ЖСО-Медицина – 0,5 %, СибСпасМед – 0,4 %) и четырнадцатью самостоятельными амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями.

Важнейшей целью введения системы обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных прав гражданина на получение бесплатной медицинской помощи. Документом, подтверждающим право застрахованного гражданина на получение бесплатной медицинской помощи, является Страховой полис обязательного медицинского страхования.

К сожалению, на территории Прокопьевского филиала не все жители застрахованы. Если в целом в Кемеровской области на 01.01.2008 года обязательным медицинским страхованием охвачено 93 % населения, то на территориях Прокопьевского филиала охват страхованием составляет 89 %.

При сложившейся ситуации страдает не только житель, так как, не имея полиса, он может получить только экстренную медицинскую помощь, но и ухудшается финансовая ситуация в медицинских учреждениях. Финансирование медицинских услуг осуществляется по подушевым нормативам в соответствии с численностью застрахованных, в рамках Территориальной программы государственных гарантий.

На сегодняшний день подушевой норматив в месяц на каждого застрахованного составляет 210 рублей. Исходя из количества застрахованных, сумма подушевого норматива для территорий Филиала ежемесячно составляет 62 млн. рублей, что на 7 млн. рублей меньше, чем если бы количество застрахованных было на уровне областного показателя.

Для улучшения финансовой ситуации в здравоохранении территорий, Прокопьевский филиал проводит ряд мероприятий по увеличению процента охвата страхованием.

Работа с предприятиями и индивидуальными предпринимателями, зарегистрированными в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования

Еженедельно в Филиал в рамках «одного окна» поступают сведения из налоговых органов о зарегистрированных в установленном порядке юридических лицах и индивидуальных предпринимателях, на основании которых формируются списки вновь зарегистрированных Страхователей. Данная информация один раз в месяц направляется в страховые медицинские организации для заключения договоров обязательного медицинского страхования. За 2007 год и первый квартал 2008 года в страховые медицинские организации было направлено 68 информационных писем. После проведенной работы 369 налогоплательщиков заключили договоры ОМС, что позволило увеличить количество застрахованных на 4700 человек.

Страхование безработных граждан, состоящих на учете в Центрах занятости

По достигнутой договоренности, Центры занятости населения передают в Филиал в электронном виде информацию о безработных гражданах. На основе сведений, содержащихся в Интегрированной базе данных застрахованных Территориального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляется проверка полученной информации. После этого в страховые медицинские организации направляются списки незастрахованных граждан данной категории для последующей работы по их страхованию, что дает положительный результат. В 2007 году по спискам Центров занятости на учете состояло 4816 человек, из них на сегодняшний день застраховано 4627 человек (96 %). Результат налицо.

С 2004 года в Филиале работает программа электронной сверки информации о факте страхования граждан в момент нахождения в стационаре. Из десяти стационаров территорий филиала восемь работают в данной программе. Они передают информацию о госпитализированных два-три раза в неделю. Информация сверяется с Интегрированной базой данных и в течение 24 часов уточненные сведения (наличие факта страхова-

ния, ошибки в ФИО, № полиса и др.) передаются в лечебно-профилактические учреждения и страховые медицинские организации для последующего страхования лиц, не имеющих полиса. За 2007 год и первый квартал 2008 года госпитализировано более 71 тыс. человек, из них было застраховано 5 тыс. человек.

Страхование новорожденных детей

Налажена четкая работа с родильным домом по страхованию новорожденных до момента выписки. Еженедельно ответственное лицо подает списки родившихся детей в страховые медицинские организации. В 2007 году родилось 3443 ребенка, застрахованы 98 %.

Работа с Интегрированной базой данных застрахованных по Кемеровской области

Для осуществления контроля за работой страховых медицинских организаций проводится анализ Интегрированной базы данных застрахованных по Кемеровской области, по результатам которого ежемесячно направляются письма с выявленными ошибками для дальнейшей работы по их устранению. Анализ Интегрированной базы данных проводится по следующим параметрам:

- ошибки в ФИО;
- возможные ошибки в дате рождения;
- ошибки в номере полиса;
- отсутствие сведений о паспортных данных, другие ошибки.

В январе 2007 года количество ошибочных записей по всем страховым медицинским организациям, работающим на территории Прокопьевского филиала, составляло 13777 записей. В течение 2007 года произошло снижение ошибок почти в два раза, что составило 7285 записей. Совместная работа Филиала и страховых медицинских организаций по устранению ошибок позволяет содержать Интегрированную базу данных в достоверном и актуальном состоянии. На сегодняшний день стало возможным использовать Интегрированную базу данных по удаленному доступу через Интернет, как для специалистов Филиала, так и для страховых медицинских организаций.

Встречные проверки численности застрахованных граждан

В рамках контрольно-ревизионных и тематических проверок страховых медицинских организаций проводятся встречные проверки численности застрахованных на предприятиях, во время которых проводятся разъяснения о необходимости страхования работников. Отделами кадров предоставляются сведения о вновь принятых сотрудниках, не имеющих на момент проверки полисов обязательного медицинского страхования. Всего за 2007 год было проверено 64 предприятия (в том числе индивидуальных предпринимателей). И, как итог, отделами кадров были предоставлены списки по 119 работникам, не имеющим медицинского полиса, которые впоследствии переданы в страховые организации для страхования выявленных незастрахованных работающих граждан.

С 2008 года по данному разделу работы внедряется новое направление. Амбулаторно-поликлиническая сеть предоставляет перепись населения по участкам, по которой мы так же проводим углубленный анализ. В перспективе, работая совместно с медицинскими учреждениями, мы надеемся на достижение поставленной цели.

Все наши мероприятия нацелены на конкретные результаты – это увеличение процента охвата страхованием, обеспечение финансовой стабильности лечебно-профилактических учреждений, а в конечном итоге – повышение доступности и качества бесплатной медицинской помощи населению.

ОСЬМИНКИНА Н.В.
Юргинский филиал Территориального фонда ОМС,
г. Юрга

РАБОТА С ПЛАТЕЛЬЩИКАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

Юргинский филиал Территориального фонда обязательного медицинского страхования осуществляет реализацию государственной политики в области обязательного медицинского страхования на территориях городов Юрга, Тайга, Юргинского и Яшкинского районов.

Для стабильного финансирования здравоохранения территорий специалисты Филиала проводят постоянную и целенаправленную работу по привлечению средств в систему ОМС.

Доходы системы ОМС складываются из налоговых поступлений предприятий и организаций и платежей органов исполнительной власти на застрахованное неработающее население территорий.

База данных страхователей (налогоплательщиков) формируется в филиале с 1993 года и поддерживается в актуальном состоянии. По состоянию на 01.01.2008 г., в базе данных числится 4756 страхователей.

Стабильно и своевременно рассчитывается областная администрация по платежам за неработающее население. За 2007 год поступило 116,4 млн. рублей или 103 рубля на одного застрахованного в месяц.

За 2007 год с территорий поступило более 90 млн. руб. единого социального налога, а выполнение плана составило 102 %, что превысило показатели 2006 года на 16 %.

Филиал активно взаимодействует с налоговыми инспекциями территорий, финансовыми управлениями администраций, страховыми медицинскими организациями.

С налоговыми инспекциями достигнуто соглашение о предоставлении информации о предприятиях, имеющих задолженность по уплате ЕСН в части страховых взносов на ОМС. Таких предприятий в прошлом году было 18, их задолженность составила 4831 тыс. руб., за первый квартал этого года было погашено около 800 тыс. руб. Предприятиям-неплательщикам направляются информационные письма, проводятся встречи с руководителями.

Ежеквартально в адрес Глав администраций направляется информация о поступлении налоговых платежей в Территориальный фонд ОМС и предприятиях-неплательщиках для принятия мер административного воздействия. Доля налоговых поступлений, в том числе ЕСН, от территорий в 2007 г. составила 32 % от общей суммы финансирования филиала. Дополнительно мы получили более 400 тыс. рублей от предприятий, участвующих в реструктуризации задолженности. Хотя в целом территории выполнили план по налоговым платежам на 102 %, проблемы еще остаются.

В течение всего 2007 года филиал активно взаимодействовал с муниципалитетами по вопросам погашения задолженности по платежам на неработающее население, сложившейся в 1993-2000 годах. К сожалению, в эти годы финансовая ситуация в стране была такова, что не всегда муниципалитеты выполняли свои обязательства. Поэтому были составлены графики погашения задолженности с ежегодными платежами.

На 1 марта 2008 г. администрацией г. Юрги и Юргинского района полностью погашена сумма, предусмотренная в графике рассрочки 2008 года – 1310 тыс. руб.

Благодаря финансовой помощи администрации области и целенаправленной работе филиала, администрации территорий полностью погасили задолженность, предусмотренную графиком на 2007 год – 5578,7 тыс. рублей (по сравнению с 2006 годом, рост составил 33 %). Однако не все территории имеют возможность исполнять обязательства по погашению сложившейся задолженности на ОМС неработающего населения в полном объеме. Так, для территории пгт. Яшкино, имеющей высокий уровень дотационности, самостоятельное погашение задолженности проблематично.

Исполнительной дирекцией Территориального фонда ОМС в 2007 году на выравнивание подушевого норматива в Филиал поступила субвенция в сумме 22,7 млн. рублей, что значительно улучшило финансирование территориальной программы.

Работа по мобилизации доходов во все времена существования системы обязательного медицинского страхования была одним из важнейших направлений деятельности Территориального фонда ОМС и его филиалов. И сегодня, несмотря на пройденный 15-летний путь, эта работа остается актуальной. Ведь от этого напрямую зависит своевременное финансирование лечебных учреждений, работающих в системе ОМС Кузбасса.

ПЕХОТА Т.А., КИСЕЛЕВА Н.В.
Территориальный фонд ОМС Кемеровской области

ОБЗОР СТРАХОВОГО ПОЛЯ ПО ОМС НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА 01.01.2008 Г.

По состоянию на 01.01.2008 года численность жителей Кемеровской области, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, составила 2558747 человек.

Процент охвата страхованием по ОМС жителей Кемеровской области с учетом граждан, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию, составляет 93 % от статистической численности, которая, по данным территориального органа государственной статистики на 01.01.2007 г., составляла 2826300 человек. По отношению к началу года охват страхованием уменьшился на 12950 человек, в процентном соотношении он не изменился в связи с увеличением числа жителей Кемеровской области, застрахованных СМО, работающими на других территориях РФ, прирост таких граждан составил 5,0 тыс. человек.

На диаграмме 1 представлена динамика изменения статистической численности населения и численности застрахованных за 5 лет. За 5 лет статистическая численность населения сократилась на 92,5 тыс. человек или 3 %. Сокращение числа застрахованных происходит более быстрыми темпами, в абсолютных цифрах – 100273 человека или 3,7 %. Число незастрахованных составляет 267553 человека.

На 21 территории области процент охвата страхованием не превышает 90 %. Особенно низкий процент охвата страхованием наблюдается на следующих территориях: г. Тайга (80,7 %), г. Мариинск (84,2 %), Новокузнецкий р-н (82,9 %) Юргинский р-н (84,1 %), г. Калтан (83,2 %).

По территории г. Мыски численность застрахованных превышает статистическую на 1,7 тыс. человек или на 3,8 % (по статистике – 44500 человек).

По отношению к началу года, численность застрахованных граждан сократилась на 12950 человек (в начале года – 2571697 чел., в конце года – 2558747 чел.).

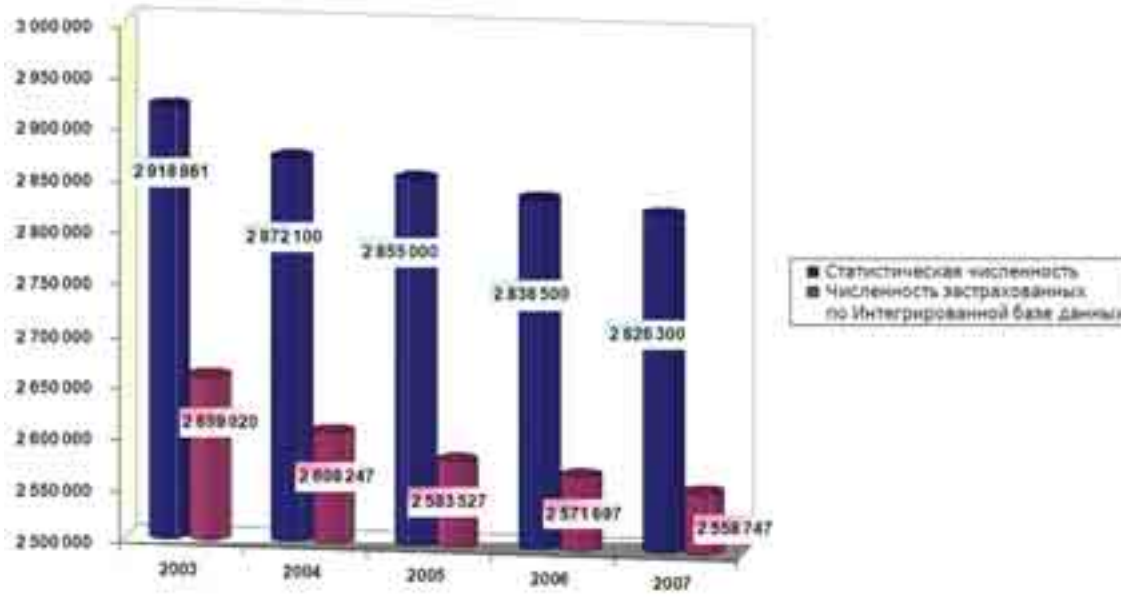
В численность застрахованных включены 11557 инообластных жителей, которые работают на территории нашей области, но зарегистрированы по постоянному месту жительства на различных территориях РФ, например:

- Республика Хакасия – 2783 человека,
- Республика Алтай – 79 человек,
- Алтайский край – 1638 человек,
- Новосибирская обл. – 1461 человек,
- Красноярский край – 2075 человек,
- Томская область – 1943 человека,
- г. Москва – 280 человек,
- Московская область – 89 человек.

Остальные области представлены единичными застрахованными.

По сравнению с началом 2007 г., инообластных жителей застраховано на 2284 человека больше.

Диаграмма 1
Динамика изменения статистической численности населения и численности застрахованных за 5 лет



По информации, предоставленной Территориальными фондами различных субъектов РФ, 16920 жителей Кузбасса застрахованы СМО других регионов, среди них наибольшее число в:

- Новосибирской области – 10406 человек,
- Томской области – 2107 человек,
- Республике Алтай – 1438 человек,
- г. Санкт-Петербург – 812 человек,
- Республике Хакасия – 391 человек и т.д.

Распределение страхового поля между страховыми медицинскими организациями

На 01.01.2008 года в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области работали 7 страховых медицинских организаций.

1 июля 2007 года Страховое закрытое акционерное общество «Кузбассуглемед» прекратило свою страховую деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Кемеровской области на основании приказа Федеральной службы Страхового надзора № 834 от 02.07.2007 года.

С 1 августа 2007 года на поле обязательного медицинского страхования Кемеровской области начала работать ОАО Медицинская страховая компания «Шексна-М» (г. Череповец). Указанная страховая компания представлена в виде Кемеровского филиала, который страхует работающее население в г. Кемерово, г. Киселевск и г. Ленинск-Кузнецкий.

Распределение страхового поля Кемеровской области между СМО по состоянию на 01.01.2008 года представлено на диаграмме 2.

Всеми СМО на 01.01.2008 года было заключено 35376 договоров ОМС. На 01.01.2007 года всеми СМО было заключено 30883 договора. По сравнению с началом года, договоров стало больше на 4493, прирост составил 14,5 %.

Это связано с увеличением числа зарегистрированных в налоговой инспекции индивидуальных предпринимателей и последующим заключением договоров ОМС работающих граждан.

Структура застрахованных по месту проживания

Численность застрахованного городского населения области по Интегрированной базе данных на 01.01.2008 года составила 2178559 человек или 85,1 % от числа всех застрахованных, сельского населения – 380188 человек или 14,9 %. По отношению к началу прошлого года городское население уменьшилось на 27810 человек, сельчан стало больше на 2457 человек.

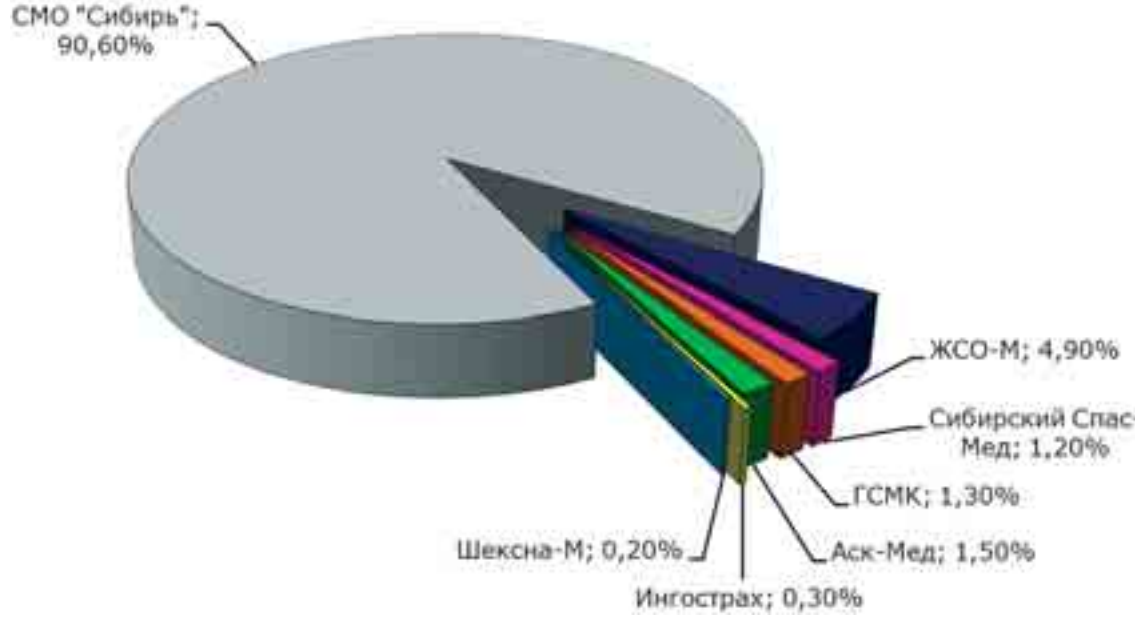
Структура застрахованных в разрезе статусов

На 01.01.2008 года структура застрахованных по ОМС жителей Кемеровской области выглядит следующим образом:

- работающих граждан – 1050903 человека (41,1 %),
- неработающих граждан – 1507844 человека (58,9 %).

Динамика изменения числа работающих и неработающих граждан представлена ниже на диаграмме 3.

Диаграмма 2
Распределение страхового поля между СМО на 01.01.2008 года

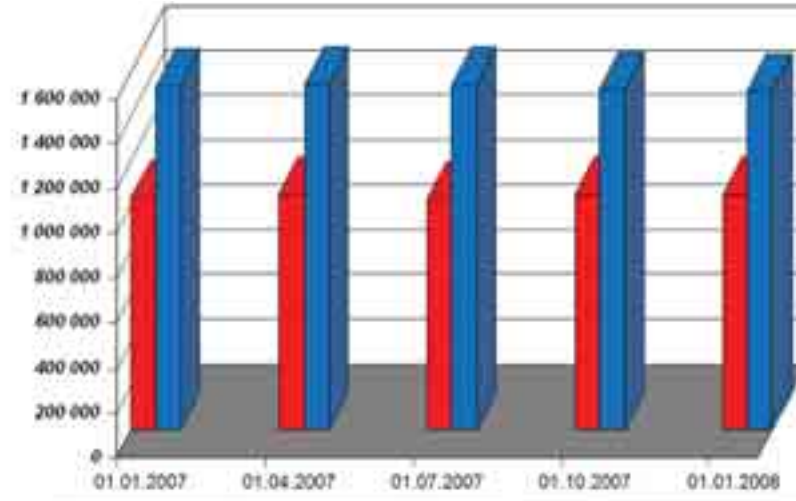


Численность неработающего населения за прошедший 2007 год не имела постоянной динамики. Если во втором квартале численность неработающих граждан выросла, то в последующих она постоянно снижалась. Практически на всех территориях в четвертом квартале произошло сокращение числа неработающих граждан.

Снижение числа неработающих граждан связано с постоянной совместной работой ТФ ОМС и страховых медицинских организаций над актуальностью и действительностью Интегрированной базы данных (вывод сведений об умерших, выбывших застрахованных, давно получивших полисы, работа с потенциальными «двойниками»).

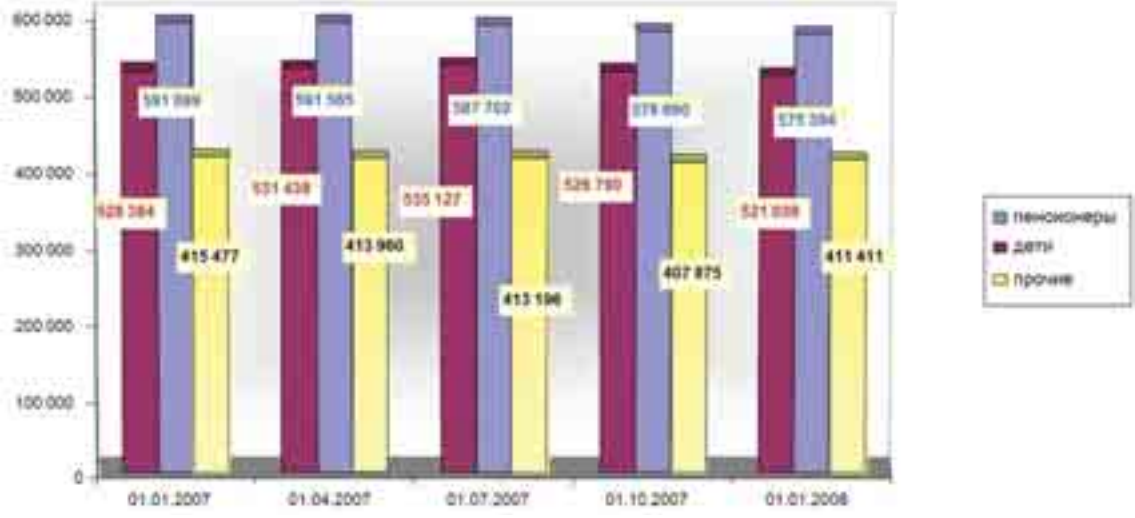
На 01.01.2008 года на 6 территориях Кузбасса, таких как г. Ленинск-Кузнецкий, г. Прокопьевск, Беловский, Кемеровский, Ленинск-Кузнецкий и Прокопьевский районы, наблюдается превышение численности застрахованных над численностью неработающего населения, утвержденной в рамках проведенного конкурса по отбору страховых медицинских организаций для осуществления обязательного медицинского страхования неработающего населения на территории Кемеровской области.

Диаграмма 3
Динамика изменения численности работающих и неработающих граждан за 2007 год



	01.01.2007	01.04.2007	01.07.2007	01.10.2007	01.01.2008
работающие	1 036 737	1 047 136	1 023 221	1 048 215	1 050 903
неработающие	1 534 960	1 536 964	1 536 025	1 513 555	1 507 844

Диаграмма 4
Динамика изменения структуры неработающего населения



Структура неработающего населения

Неработающее население Кемеровской области делится на 3 категории:

- дети до 18 лет – 521039 человек (34,5 %),
- пенсионеры – 575394 человека (38,2 %),
- прочие категории – 411411 человек (27,3 %).

Численность социально-незащищенных слоев населения Кемеровской области, охваченных обязательным медицинским страхованием, по сравнению с началом года уменьшилась на 27116 человек (диагр. 4). В разрезе категорий это изменение выглядит следующим образом:

- «дети до 18 лет» – число их уменьшилось на 7345 человек или 1,4 %,
- «пенсионеры» – их число уменьшилось на 15705 человек или менее 2,6 %,
- «прочие неработающие» – их число уменьшилось на 4066 человек или 1 %.

На протяжении всего 2007 года численность статуса «пенсионер» имела тенденцию к снижению, что связано с естественной убылью пожилых людей. Самое большое число «пенсионеров» проживает в г. Новокузнецке.

Численность «детей» в первом полугодии увеличивалась, во втором имела тенденцию к сниже-

Диаграмма 5
Половозрастная структура застрахованных в четвертом квартале 2007 года

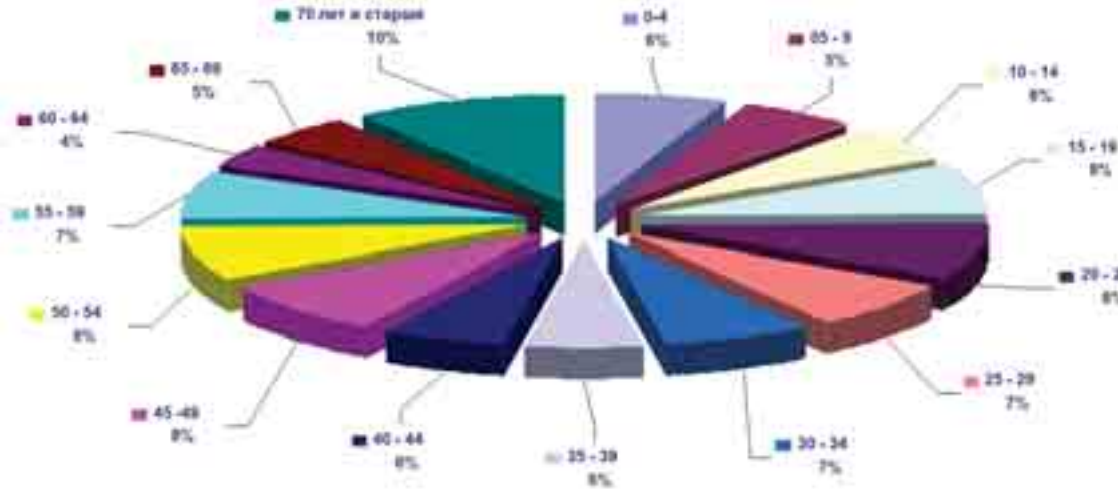
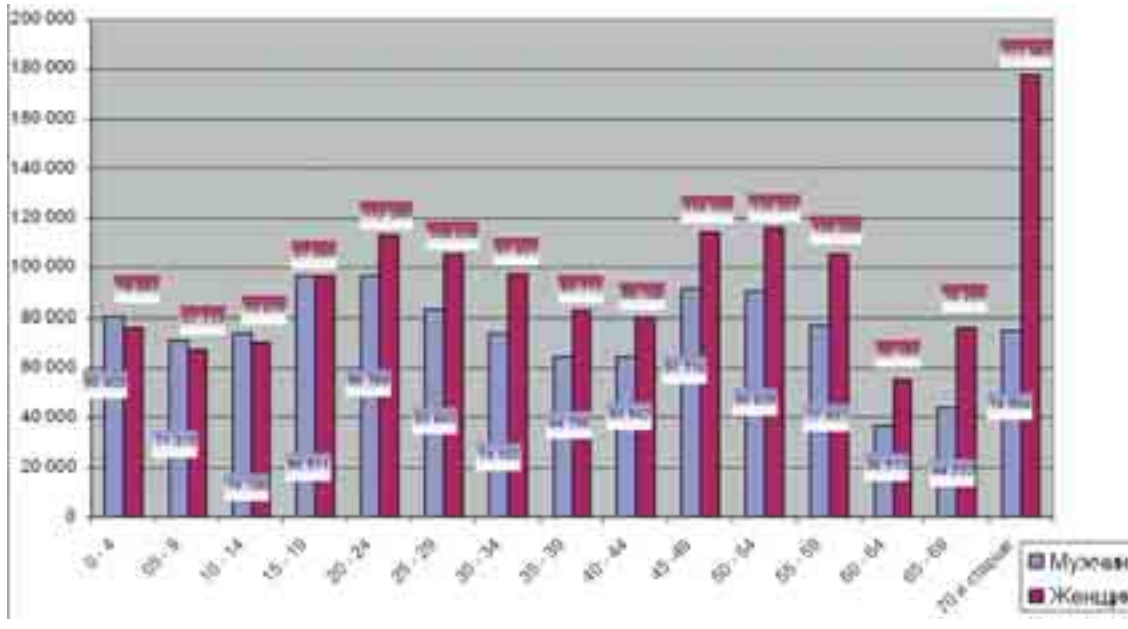


Диаграмма 6
Соотношение мужчин и женщин в разбивке по возрастным категориям



нию. Можно предположить, что увеличение численности детей в первом полугодии связано с увеличением рождаемости, снижение произошло в связи с поступлением подростков в высшие учебные заведения за пределами Кемеровской области.

Численность статуса «прочие неработающие» не имеет постоянной динамики, в одном квартале их число увеличивается, в другом уменьшается.

Структура застрахованных по полу

На 01.01.2008 г. было застраховано 1122421 мужчин (43,9 %) и 1436326 женщин (56,1 %), т.е. среди застрахованных преобладают женщины.

По сравнению с началом года, число застрахованных мужчин уменьшилось на 5139 человек (0,5 %), женщин стало меньше на 7811 человек (0,5 %).

Структура застрахованных по возрастным категориям

Диаграмма 5 показывает половозрастную структуру застрахованного населения Кемеровской области.

Соотношение мужчин и женщин в возрастных группах на 01.01.2008 года показано на диаграмме 6.

Соотношение числа застрахованных в каждой отдельной возрастной категории на протяжении 2007 года оставалось прежним.

Самая большая разница между застрахованными мужчинами и женщинами отмечается в возрастной группе 70 лет и старше, что составляет более 103 тыс. человек.

БАБАРЫКИНА С.В., ЛЕОНТЬЕВА В.Г.
ОАО СМО «Сибирь»,
г. Кемерово

РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОАО СМО «СИБИРЬ» ПО МОНИТОРИНГУ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ

Страховая медицинская организация «Сибирь» работает на рынке обязательного медицинского страхования более 16 лет. Все эти годы компания была и остается надежным партнером и помощником застрахованных, страхователей и медицинских учреждений области.

Опыт нашей компании в обязательном медицинском страховании неоспорим, главная задача СМО «Сибирь» – эффективное взаимодействие с медицинскими учреждениями, организация защиты прав застрахованных и проведение активной разъяснительной работы. Для удобства застрахованных филиалы и представительства СМО «Сибирь» находятся во всех городах и крупных территориях Кузбасса. Мы стабильно и активно работаем над увеличением не только количества страхователей, но и над улучшением качества предоставляемых нами услуг, как на территории Кемеровской области, так и за ее пределами.

Филиалы СМО «Сибирь», помимо Кузбасса, работают в Абакане, Барнауле, Горно-Алтайске и во всех крупных населенных пунктах Краснодарского края.

Финансирование страховой компании ТФ ОМС

В 2007 году страховая медицинская организация финансировалась на основании Договора Территориального фонда ОМС Кемеровской области с ОАО СМО «Сибирь» с изменениями и дополнениями в рамках утвержденной Территориальной программы обязательного медицинского страхования и муниципальных заданий территорий.

В течение 2007 года уровень финансирования СМО «Сибирь» был выше относительно расчетного подушевого норматива, получаемого от ТФ ОМС. В 4 квартале рост уровня финансирования достиг 123 %

На протяжении нескольких лет наблюдается несоответствие плановых показателей ТП ОМС, среднеобластного норматива финансирования и фактически поступающих средств ОМС. В связи с этим, совместно с ТФ ОМС, страховая компания проводит мероприятия по выравниванию сложившейся ситуации. На территориях постоянно ведется работа по регулированию финансовых показателей путем утверждения дополнительных подушевых нормативов.

Результаты деятельности стратегического центра ОАО СМО «Сибирь»

СМО «Сибирь» выбрала для себя приоритетным направлением развитие служб по управлению ресурсами. В 2005 г. в структуре компании был создан стратегический центр, основной задачей которого является обеспечение максимальной эффективности использования ресурсов, направленных на оказание медицинской, в т.ч. лекарственной, помощи в рамках ТП ОМС.

Сотрудники Стратегического центра принимают активное участие в планировании объемов МЗ на основании проведенного анализа потребности медицинской помощи с учетом потоков пациентов и деятельности медицинских учреждений: эффективности работы койки, ее оборота, длительности лечения, обоснованности пребывания на этапах оказания медицинской помощи, анализа финансовых возможностей. Функцией Стратегического центра является регулирование потоков медицинской помощи, как на стадии планирования, так и при направлении на госпитализацию, дорогостоящие виды обследования и лечения с целью обеспечения доступности.

Проводимый ежеквартально в течение трех лет мониторинг выполнения МЗ выявил ряд проблем, связанных с подходами к планированию и организации медицинской помощи в ЛПУ области. Результаты мониторинга учитываются при планировании МЗ территорий на следующий период.

Результаты мониторинга стационарной помощи

В целом по Кемеровской области за 2005-2007 годы выполнение МЗ близко к запланированному. Тем не менее, в 2005 г. фактически «простояли» 148 коек, а в 2007 г. – 459 коек. При этом количество коек для оказания медицинской помощи по межтерриториальным потокам значительно больше запланированного: в 2005 г. – на 208 коек, в 2006 г. – на 206, в 2007 г. – на 574, за счет уменьшения коечного фонда, развернутого для жителей.

Планирование не всегда осуществляется с учетом функции койки. Например, в одной из территорий работа реанимационной койки за год должна составить 496 дней – больше, чем дней в году; а в другой, наоборот, 181 день – о какой эффективности работы койки может идти речь?

Таблица 1

Результаты мониторинга стационарной помощи и проблемы, имеющиеся при этом

		2005	2006	2007
Пролечено всего	План	637335	558865	474288
	Факт	684869 - 107,5 %	599274 - 107,2 %	516282 - 108,9 %
Койко-дни	План	6068053	5618475	5679478
	Факт	6278704 - 103,5 %	5626174 - 100,1 %	5473006 - 96,4 %
Средняя длительность лечения	План	9,5	10,1	12,0
	Факт	9,2 - 96,3 %	9,4 - 93,4 %	10,6 - 88,5 %
Работа койки	План	327,4	323,6	323,7
	Факт	338,7 - 103,5 %	324 - 100,1 %	311,9 - 96,4 %
Количество коек	План	18536	17363	17547
	Факт	18388 - 99,2 %	17386 - 100,1 %	17088 - 97,4 %

На некоторых территориях при планировании продолжается использование среднеобластных сроков лечения без учета сложившейся фактической длительности. В первую очередь, от этого пострадали сами ЛПУ, которые не вошли в коридор риска по экстренной помощи и не получили запланированный доход. Таким образом, очевидны дефекты в планировании показателей работы коечного фонда.

Объемы помощи, которые планируют территории за своими пределами, значительно занижены, что связано с желанием ЛПУ максимально сохранить свой коечный фонд, несмотря на невозможность оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи. В 2007 г. лечебные учреждения за пределами своего муниципального образования запланировали пролечить 56892 человека, фактически пролечено 80347 человек – 141,2 % (данные ОАО СМО «Сибирь»). На некоторых территориях превышение объемов медицинской помощи за пределами своего муниципального образования составило от 140 % до 628 %.

Еще на стадии планирования ЛПУ практически на всех территориях продолжают завышать процент экстренности. По данным экспертизы, при госпитализации в 10-15 %, а по некоторым ЛПУ и в 25 %, имеет место перевод плановых больных в разряд экстренных, в результате чего объемы МЗ по плановой помощи не выполняются, а экстренной – перевыполняются. Невыполнение плановой помощи происходит и в случаях, когда:

- поликлиники выдают застрахованным не все квоты, часть талонов возвращается в СМО. Если талоны возвращают вовремя, СМО передает их в другое АПУ с очередностью на плановую госпитализацию;
- плановые больные не доходят до лечебных учреждений, а врачи, направившие больного на госпитализацию, не отслеживают факт госпитализации;
- квоты, определенные для жителей, перераспределяются иногородним.

С целью исправления ситуации необходимо повышение ответственности поликлиник по контролю за госпитализацией, что реально при переходе на полное фондодержание.

Следующая проблема – несоответствие показателей мониторинга стационарной помощи и статистических данных 14 формы. В 2008 г. эта проблема получила разрешение, т.к., по распоряжению ТФ ОМС, теперь в 14 форму должны включаться только те объемы, которые приняты к оплате страховщиками.

Проблемы в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (табл. 2)

С введением персонифицированного учета уменьшился разброс по территориям процента выполнения посещений, который достигал значительных размеров. В 2005 г., например, от 82,3 % до 167,7 %. В 2007 г. превышения плана посещений более чем на 10 % не наблюдается.

Обращает внимание рост пролеченных по стационарзамещающим технологиям, вследствие чего в 2007 г. в области развернуто дополнительно 95 коек. Рост объемов по СЗТ не всегда обоснован, в ряде случаев вызван подменой амбулаторной помощи стационарзамещающими технологиями. По части территорий это четко прослеживается: при невыполнении плана посещений объемы помощи по СЗТ значительно перевыполнены, несмотря на снижение длительности лечения. Койки дневного стационара занимают амбулаторные больные, в то время как на них необходимо направить потоки стационарных больных, не нуждающихся в проведении интенсивной терапии и круглосуточном врачебном наблюдении. Таким образом, при уже существующем коечном фонде дневного стационара имеются резервы уменьшения коечного фонда круглосуточных стационаров до 10-15 %. При развитой сети дневных стационаров остается проблемой оказание помощи в стационарах на дому; даже в крупных городах объемы медицинской помощи в них свертываются.

Таблица 2
Проблемы в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений

		2005	2006	2007
Посещения	План	22559135	23200753	22615593
	Факт	22282735 - 98,8 %	22969407 - 99 %	22653732 -100,2 %
СЗТ: всего пролечено	План	181731	179258	162981
	Факт	174813 - 96,2 %	177887 - 99,2 %	171429 - 105,2 %
СЗТ: всего к/дней	План	1492146	1593650	1594290
	Факт	1506689 - 100,9 %	1585889 - 99,5 %	1649106 - 103,4 %
Средняя длительность	План	8,2	9,0	9,9
	Факт	8,6 - 95,3 %	9,0 - 100 %	9,7 - 98,3 %
Количество коек	План	2574	2742	2567
	Факт	2526 - 98,1 %	2739 - 99,9 %	2662 - 103,7 %

Недостаточное количество в области центров амбулаторной хирургии (всего 5), а это – реальный механизм эффективного использования средств ОМС. На нескольких территориях работает дневной стационар при стационаре. Эта форма работы – перспективная, но на данном этапе малоэффективная, т.к. запланирована работа в одну смену и ожидаемого результата (снижения длительности лечения в стационарах круглосуточного пребывания) пока нет.

Таким образом, выявленные мониторингом дефекты необходимо учитывать для максимальной эффективности использования ресурсов, в т.ч. для рационального использования коечного фонда:

- сокращения неработающих коек,
- перераспределения потоков стационарных больных на СЗТ, исключив подмену амбулаторной помощи,
- развития однодневной хирургии в стационарах без увеличения коечного фонда.

Информационно-разъяснительная работа СМО «Сибирь»

Информационно-разъяснительная работа ведется страховой медицинской организацией «Сибирь» с использованием средств массовой информации и прямого контакта с населением Кемеровской области.

За 2007 год в СМИ размещено более 211 информационных материалов СМО «Сибирь». Из них, 120 материалов подготовлены генеральной дирекцией и размещены в федеральных и областных СМИ.

Информационные стенды СМО размещены практически во всех лечебных учреждениях. На территории Кемеровской области работают 132 информационных стенда в ЛПУ, где информация регулярно обновляется.

С марта 2007 года используется новая форма информирования населения – консультативный центр, открытый СМО «Сибирь» в городе Кемерово для жителей области. Жители области могут задать вопросы, касающиеся ОМС, ДМС и ДЛО. В 2007 году за 10 месяцев работы центра обратились более 7,2 тыс. человек, преимущественно с вопросами, связанными с лекарственным обеспечением (около 67 % обратившихся). Услугами центра пользуется не только население, но и работники медицинских учреждений, особенно по вопросам наличия льготных лекарственных средств в аптеках.

В 2007 г. СМО «Сибирь» стала победителем в самых престижных конкурсах Кузбасса. В конкурсе «Брэнд Кузбасса» СМО «Сибирь» награждена знаком «Лучшая торговая марка Кузбасса-2007» в сфере «Медицинское страхование». 17 декабря 2007 года в администрации Кемеровской области прошел заключительный этап областного конкурса «Золотой полис», проводимого изданием Правительства РФ «Российская газета» и Администрацией Кемеровской области. СМО «Сибирь» была признана победителем в номинации «Лучшая медицинская страховая компания», а также в номинации «Развитие и популяризация страхования». С 2007 года ведется плодотворная работа над сайтом СМО «Сибирь» (www.smo-siberia.ru).

ДИМИТРЮК Л.А.
ЗАО СМК «АСК-Мед Кузбасс»

«АСК-МЕД КУЗБАСС»

Плодотворная деятельность любой организации невозможна без тщательного и глубокого анализа выполненной работы, без выявления «слабых звеньев» и «узких мест», мешающих или затрудняющих работу, без разработки тех мероприятий, которые могли бы улучшить, повысить эффективность последующей деятельности в плане совершенствования стратегии и тактики работы.

Закрытое акционерное общество страховая медицинская компания (СМК) «АСК-Мед Кузбасс», имеющая двухлетний опыт работы на рынке обязательного медицинского страхования Кемеровской области, осваивает новые пути совершенствования своей деятельности для более качественной медицинской помощи застрахованным.

На 01.06.08 г. штатная численность сотрудников составляла 15 человек (в т.ч. 8 человек в головной компании, 1 человек в представительстве г. Осинники, 3 – в г. Ленинске-Кузнецком, 3 – в г. Киселевске). В настоящее время компания не полностью укомплектована специалистами – работают всего 3 врача-эксперта, что не позволяет в полном объеме проводить плановую экспертизу качества оказания медицинской помощи.

Открытые в 2006 г. на территории Кемеровской области два филиала Санкт-Петербургской страховой медицинской компании «АСК-Мед» в городах Кемерово и Новокузнецк с 1 января 2008 г. было решено объединить на базе филиала «АСК-Мед Кузбасс».

Филиал федеральной СМК «АСК-Мед» в Кемеровской области в 2007 году осуществлял свою деятельность на территориях гг. Новокузнецк, Киселевск, Таштагол, Осинники, Ленинск-Кузнецкий, Полысаево, Юрга, и на территориях районов Новокузнецкий, Ленинск-Кузнецкий, Юргинский. Были открыты представительства филиала «АСК-Мед Кузбасс» в гг. Киселевск и Ленинск-Кузнецкий.

Количество застрахованных физических лиц по договорам ОМС на 01.06.2008 г. составило 36526 человек (работающее население); число организаций и предприятий Кузбасса, заключивших с нами договоры по обязательному медицинскому страхованию – 1049. За время существования СМО «АСК-Мед Кузбасс» в рамках Территориальной программы государственных гарантий медицинскую помощь получили более 77360 человек, на сумму 73058693 рубля. Заключено также 127 договоров с основными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) региона. Расходы на собственную деятельность и материально-техническое обеспечение остаются плановыми (3 % от общей суммы расходов).

Финансирование в 2007 году производилось на основании Договора ТФ ОМС Кемеровской области и СМО на 2007 год. Получено от ТФ ОМС 44 млн. 310 тыс. рублей. Выплаты лечебным учреждениям из резерва оплаты медицинских услуг составили 43 млн. 511 тыс. рублей.

Сложившаяся система финансирования лечебных учреждений (только на заработную плату) приводит к неравномерности их финансирования (авансы лечебным учреждениям на данной территории страхования и задолженность по межтерриториальным расчетам). Такая ситуация сложилась в гг. Новокузнецк, Киселевск, Ленинск-Кузнецкий.

Сумма удержанных средств в виде частичной или полной неоплаты медицинских услуг по результатам экспертизы качества – 879 тыс. руб., в том числе:

- по экономической экспертизе реестров – 741 тыс. руб.;
- экспертиза медицинской помощи по обращениям за взимание денежных средств по ОМС – 23 тыс. руб.;
- сумма удержанных средств, в виде недофинансирования ЛПУ (штрафные санкции) – 91 тыс. руб.

По сравнению с 2006 годом, изменилась структура санкций. Уменьшились суммы снятия по экономической экспертизе, увеличились снятия по обращениям за взимание денежных средств и средств удержанных, в виде недофинансирования ЛПУ.

Резерв финансирования предупредительных мероприятий по филиалу «АСК-Мед Кузбасс» был сформирован на 29 % больше планируемого поступления финансовых средств на 2007 год. Финансирование целевых программ увеличено на 64 %. Средства расходовались на программу «Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения социально-значимых заболеваний и категорий населения» и на программу «Охрана материнства и детства». Таким образом, обязательства по целевым программам, утвержденным Правлением ТФ ОМС Кемеровской области, компанией выполнены на 100 %:

1. Дополнительное финансирование лекарственного обеспечения социально-значимых заболеваний и категорий населения:

- приобретение электрокардиостимуляторов г. Кемерово, ГУ НППЛ РХСС СО РАМН – 72000 руб.;
- г. Новокузнецк, ГКБ № 1, приобретение эндопротезов коленных суставов – 50000 руб.;
- г. Новокузнецк, ГКБ № 1, приобретение эндопротезов тазобедренных суставов – 20000 руб.;

- г. Новокузнецк, ГКБ № 1, приобретение инструментария и расходных материалов – 80000 руб.;
- г. Новокузнецк, МЛПУ «Городская клиническая больница № 2» – дополнительное лекарственное обеспечение токсикологических центров – 50000 руб.

2. Охрана материнства и детства:
- г. Ленинск-Кузнецкий, МУЗ «Городская больница № 1» – 25000 руб.

Структура расходования средств РФПМ по целевым программам:
- целевые программы – 52 %,
- оздоровление производственной сферы на предприятиях – 14 %,
- развитие первичной помощи – 17 %,
- приобретение запасных и расходных материалов для ЛПУ – 17 %.

В отчетном году в стационарах пролечено 7689 человек (практически каждый пятый застрахованный), что в 5,6 раз выше показателей предыдущего года. Количество посещений превышает показатель 2006 года также в 5 раз. Рост этих показателей обусловлен увеличением страхового поля.

В 2007 году проведены 532 медицинские экспертизы контроля качества медицинской помощи в стационарах, что в 135 раз больше числа экспертиз, проведенных в 2006 году. Доля плановых экспертиз «АСК-Мед Кузбасс» составила 1,6 %, что явно недостаточно для выполнения плана.

При проведении плановой экспертизы из выбранных историй болезни выявлено 14 % нарушений. Структура нарушений, выявленных при проведении в 2007 году плановой экспертизы:
- оказание мед помощи не надлежащего качества – 25 %;
- повторная госпитализация по вине ЛПУ – 13 %;
- необоснованное завышение объема и стоимости оказанной медицинской помощи – 37 %;
- нарушение преемственности между различными этапами оказания медицинской помощи – 25 %.

Специалисты компании активно участвовали в проведении ЭКМП по дополнительному лекарственному обеспечению. Было проведено 388 экспертиз с оформлением актов.

Проведено 25 экспертиз по обращениям, выявлено 23 нарушения, большинство по необоснованному ограничению доступности медицинской помощи (взимание денежных средств с застрахованных).

В течение 2007 г., как и ранее, СМО «АСК-Мед Кузбасс» проводила анкетирование застрахованных, находившихся на стационарном лечении в ЛПУ. Некоторые пациенты предъявляли жалобы на недостатки в материально-техническом оснащении ЛПУ, недостаточное лекарственное обеспечение, питание, санитарно-гигиенические условия.

В 2007 году количество обращений граждан по представительствам филиала увеличилось в 3 раза, что связано как с увеличением количества застрахованных, практически в 3 раза, и соответственно пролеченных больных, так и с улучшением организации работы по защите прав граждан. Количество жалоб увеличилось в 10 раз, обоснованных – в 8 раз. Расширилась и структура жалоб. Наибольшее количество жалоб связано с необоснованным взиманием средств за медицинскую помощь по ОМС. В 2007 году зарегистрированы жалобы на отказ в медицинской помощи, организацию работы ЛПУ, нарушения этики и деонтологии медицинских работников, качество медицинской помощи.

СМО «АСК-Мед Кузбасс» берет на себя все заботы страхователя о дальнейшей организации по обеспечению прав сотрудников предприятия на получение медицинской помощи по программе ОМС и реализации на территории области приоритетного национального проекта «Здоровье». Руководители крупных предприятий регулярно, по индивидуальному запросу, получают квалифицированный отчет с анализом заболеваемости на предприятии, рекомендации по улучшению здоровья сотрудников. Подобный анализ предусматривает проведение профилактических и оздоровительных мероприятий при активном участии страховой компании.

В СМК «АСК-Мед Кузбасс» большое внимание уделяется ведению документальной базы пролеченных больных, качеству лечения, получению достоверной статистической информации с ее постоянным контролем, поддержанию принципа обратной связи со страхователями. Компания участвует в областной комиссии по согласованию страховой деятельности в системе ОМС Кемеровской области.

На 2009 год СМО «АСК-Мед Кузбасс» планирует усовершенствовать работу по ведению единой базы застрахованных, проводить дальнейшую работу по мониторингу и усовершенствованию базы ОМС, улучшить информирование населения о своих правах, углубить анализ заболеваемости, продолжить осуществление контроля качества медицинской помощи, способствовать формированию культуры страхования на территории Кузбасса. Это позволит обеспечить повышение качества оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования работающему населению Кемеровской области.

Согласно миссии компании, на первом месте для нас стоят интересы клиентов. Основные наши принципы в работе с клиентами – открытость и честность. Мы всегда обещаем клиенту только то, что в состоянии выполнить, и мы это выполняем.

МИЛОСЕРДОВА Е.М., КАМЕНЕЦКАЯ Л.З.
ООО СМО «Железнодорожное страховое общество – Медицина»

ЕДИНСТВО СИСТЕМЫ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В этом году исполняется 16 лет первым региональным страховым компаниям, занимающимся обязательным медицинским страхованием, и 15 лет Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Кемеровской области. Срок достаточный, чтобы при грамотном заинтересованном подходе к делу создать стройную, четко работающую, но и непростую, со многими тонкостями, постоянно совершенствующуюся систему.

Все участники системы ОМС – страхователь, страховщик, фонд ОМС, ЛПУ, застрахованный – тесно взаимодействуют между собой.

I. Страхователь и страховщик – фундамент всей системы

Активность страховщика на страховом поле, контакт работников страховой компании с руководителями предприятий, реакция на большие и малые проблемы застрахованных – от этого зависят охват страхованием населения, доверие к системе ОМС, ее авторитет в обществе.

2131 договоров и 124943 застрахованных имеет ООО «ЖСО-Медицина». Кроме железнодорожников, оправдывающих название компании, нам доверяют предприятия различных видов деятельности и форм собственности.

Большое количество договоров с малой численностью работающих создает свои трудности, вполне преодолимые, если основной принцип работы компании – предметная, адресная помощь каждому застрахованному.

Заботясь о здоровье своих застрахованных, и проводя на предприятиях мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости, «ЖСО-Медицина» использует на эти цели средства РФПМ (диагр. 1).

II. Взаимосвязь страховых компаний и лечебных учреждений

Трудно переоценить роль и значимость обязательного медицинского страхования в современном здравоохранении.

Во-первых, это финансовая основа существования больниц. Ведь средства ОМС являются базовыми и составляют от 50 % до 80 % в структуре их финансирования, как бы ни был критикуем этот источник.

Выплаты страховой компании «ЖСО-Медицина» в лечебные учреждения отражены в диаграмме 2.

Кроме этого, основного способа взаимодействия – предоставления счетов и оплаты по ним, за годы роста (или «врастания») в систему сложилось много сфер взаимодействия между страховой компанией и ЛПУ:

1) Определенное влияние страховщиков на качество лечебного процесса в ЛПУ.

Плановая и целевая экспертиза по всем структурным подразделениям ЛПУ, привлечение к анализу специалистов высокой квалификации, предполагающее и обмен мнениями, элемент учебы, сам факт подконтрольности действий медработников, несомненно, улучшает качество медицинских услуг (диагр. 3). Изменилась за эти годы и структура нарушений (диагр. 4).

Наряду с контролем, а порой и применением штрафных санкций, страховая компания оказывает поддержку ЛПУ из средств РФПМ.

Так, на приобретение оборудования (в т.ч. долевое участие), расходных материалов и запасных частей больницам выделяются средства: 2005 г. – 856 тыс. руб., 2006 г. – 879 тыс. руб., 2007 г. – 1039 тыс. руб.

Диаграмма 1

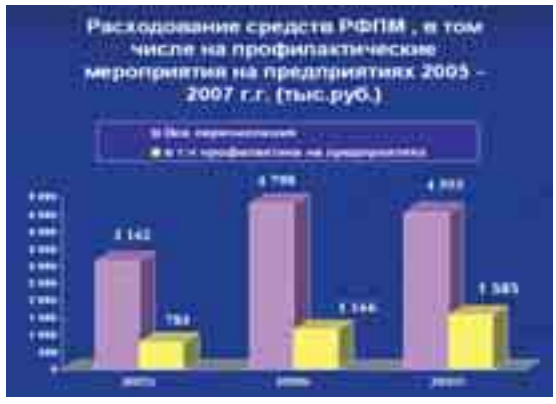


Диаграмма 2

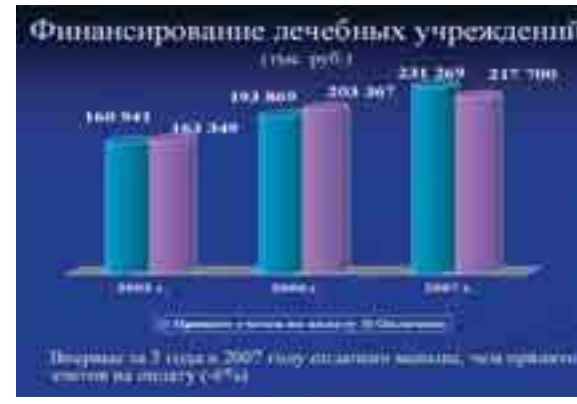


Диаграмма 3

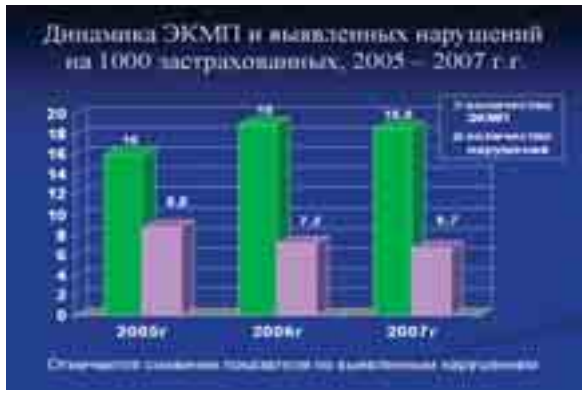


Диаграмма 4

2) Планирование объемных и финансовых показателей работы больниц с участием страховщиков.

Анализ потоков, формирование тарифов, обоснование поправочных коэффициентов и, наконец, расчеты муниципальных заданий по территориям и ЛПУ проводятся только совместными усилиями специалистов – страховщиков и медиков (ЛПУ, органы управления здравоохранением, страховые компании, Территориальный фонд ОМС).

3) Разработка и внедрение новых организационных форм работы ЛПУ, внедрение новых медицинских технологий – зачастую результат совместных усилий специалистов СМО и ЛПУ.

4) Упорядочение прикрепления застрахованных к ЛПУ, обучение медработников за счет средств ОМС, обмен информацией и многое другое тесно связали лечебные учреждения со страховыми компаниями и Фондом ОМС.

III. Взаимодействие страховых компаний с Территориальным фондом ОМС Кемеровской области и его филиалами

Лидерство в системе ОМС Кемеровского Территориального фонда обусловлено как задачами, поставленными федеральным законодательством, так и фактически сложившейся ситуацией в области.

Фонд выполняет функции контроля, адаптации федеральных законов под местные условия, разработку (порой на опережение) инициатив по совершенствованию системы ОМС и т.д.

Структура подразделений Фонда позволяет тесно и предметно взаимодействовать со всеми участниками системы ОМС.

Страховая компания «ЖСО-Медицина» работает как с исполнительной дирекцией, так и со всеми филиалами ТФ ОМС.

В диаграмме 5 отражено финансирование, поступающее из филиалов фонда.

Большая кропотливая работа проводится страховой компанией «ЖСО-Медицина» совместно со специалистами фонда по чистоте базы застрахованных (диагр. 6 и 7).

Ежегодные комплексные проверки ТФ ОМС страховых компаний – это сверка правильности действий, подсказка и выработка решений, контроль целевого использования средств ОМС.

А в ежедневной работе – это постоянные обращения к специалистам Фонда за советом в сложных и неясных ситуациях, как страховщиков, так и руководителей ЛПУ.

Диаграмма 5

Диаграмма 6

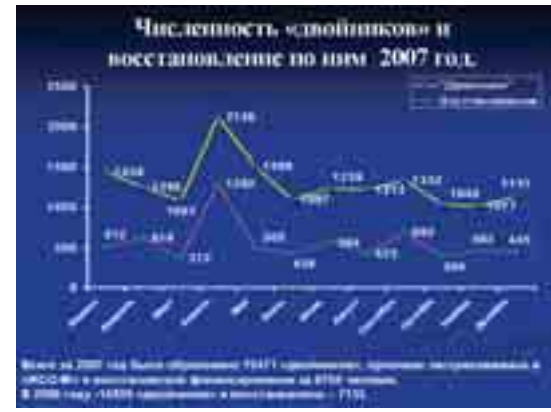


Диаграмма 7

Диаграмма 8

IV. Конечная цель деятельности всех структур ОМС – застрахованный

Вся эта достаточно сложная система взаимодействия, документооборота, учета и анализа, массово-разъяснительная деятельность – в конечном итоге направлена на совершенствование структуры здравоохранения, улучшение качества и расширение объемов бесплатной медицинской помощи для пациента, застрахованного по ОМС. Контакт с застрахованными происходит и путем обращения их в страховую компанию или ТФ ОМС.

Число обращений в страховую компанию «ЖСО-Медицина» не уменьшается, но меняется их структура (диагр. 8). Основную долю составляют обращения с целью консультаций, число обоснованных жалоб уменьшается:

Таким образом, в Кемеровской области существует четкая, эффективная, законопослушная система обязательного медицинского страхования с очень тесным деловым взаимодействием всех структур и лидирующим положением Территориального фонда, 15-летие которого отмечается в этом году.

АСТАНИН В.П., ПИЛЮКОВА Т.И.
ООО «Губернская страховая медицинская компания», г. Кемерово

ПРИНЦИП РАБОТЫ – ИНТЕРЕСЫ ЗАСТРАХОВАННОГО

ООО «Губернская Страховая Медицинская Компания» работает на страховом рынке с 1997 года, имеет лицензию на страховую деятельность по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, действующую на территории Кемеровской области.

Деятельность ООО «ГСМК» в 2007 и начале 2008 года характеризуется ростом страхового поля и расширением территорий страхования Кемеровской области. Страховое поле нашей компании представлено только работающим населением. Численность застрахованных на 01.01.2007 года составляла 12416 человек, на 31.12.2007 года численность возросла до 33897 человек, что составляет увеличение в 2,73 раза. За первый квартал 2008 года численность застрахованных увеличилась с 33897 человек до 42646 человек, что составило увеличение в 1,3 раза. Количество заключенных со страхователями договоров увеличилось за это время с 233 до 522, то есть в 2,2 раза.

Как увеличилось застрахованное население в разрезе территорий области, можно увидеть в приведенной ниже таблице.

ООО «ГСМК» сотрудничает со своими страхователями, стараясь учитывать их потребности. Именно поэтому расширение географии страхования вызвало необходимость открыть территориальные отделы компании на территориях Кемеровской области. Так, в 2007 году открыты территориальные отделы в городах: Прокопьевск, Киселевск, Ленинск-Кузнецкий. В 2008 году созданы отделы в городах: Белово, Березовский, Междуреченск, Новокузнецк, Осинники, Юрга. Тем самым, страховая компания получила возможность быть ближе к своим страхователям, быстрее реагировать на нужды застрахованных, увеличивая доступность медицинской помощи и повышая ее качество.

Выдать и заменить полис, принять заявление на возмещение потраченных средств, выписать талон на плановую госпитализацию, проконсультировать по вопросам обязательного медицинского страхования – все это теперь могут сделать специалисты территориальных отделов. При возникновении необходимости сверок с сотрудниками отделов кадров в целях уточнения каких-либо данных по застрахованным гражданам, сверки проводятся более оперативно, что позволяет ускорить выдачу полисов застрахованным.

Разъяснить права застрахованным и оказать помощь в реализации прав всегда готовы наши высококвалифицированные врачи-эксперты. При поступлении жалоб они проводят экспертизы уровня качества лечения застрахованных в стациона-

Таблица

Территория страхования	Договора 01.01.2007	Договора 01.04.2008	%	Человек 01.01.2007	Человек 01.04.2008	%
г. Гурьевск	8	1		2874	6	
г. Белово		3			124	
г. Кемерово	208	307		6748	9014	
г. Березовский	8	9		1131	1291	
г. Мариинск	3	4		1060	1023	
г. Новокузнецк	1	2		151	365	
г. Прокопьевск	1	127		11	16798	
Гурьевский район		5			92	
Кемеровский район		9			804	
Новокузнецкий р-н		1			627	
Промышленновский		2			173	
Прокопьевский р-н		7			809	
Тяжинский район		1			99	
Чебулинский район	4	2		441	526	
г. Киселевск		33			6756	
г. Полысаево		3			2575	
г. Ленинск-Кузнецкий		6			1564	
Итого:	233	522	224	12416	42646	343

рах. Если застрахованному, при прохождении стационарного лечения, пришлось приобрести медикаменты, входящие в формулярный список принятых к оплате по ОМС медикаментов, то ему (по его заявлению с приложенными чеками) возмещаются затраченные средства.

За 2007 год число обращений граждан в отдел защиты прав застрахованных увеличилось на 40,9 % и составило 61 случай (2006 год – 25 случаев).

Количество обоснованных обращений увеличилось на 29,2 % и составляет 41 случай (2006 год – 12 случаев) или 67,2 % от общего числа обращений.

В структуре обоснованных обращений на первом месте стоят обращения по поводу взимания денежных средств за медицинскую помощь по ОМС. Они составляют 36 случаев или 87,8 %. Оставшиеся 12,2 % (5 случаев) обоснованных обращений распределены: качество медицинской помощи (1 случай), отказ в медицинской помощи по ОМС (3 случая), лекарственное обеспечение в АПП по дополнительному лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан (1 случай).

Все обоснованные обращения были удовлетворены в досудебном порядке, в 87,8 % случаев – с материальным возмещением. Сумма возмещения, по сравнению с 2006 годом увеличилась в 7 раз и составила 55240 рублей (2006 год – 7810 рублей). Одно дело, разбиравшееся в судебном порядке, признано необоснованным.

ООО «Губернской страховой медицинской компанией» в 2007 году проведено 345 экспертиз качества медицинской помощи (2006 год – 127). Из них, 100 % составляют экспертизы качества медицинской помощи в стационаре.

В структуре ЭКМП – 289 случаев или 83,7 % составляют плановые экспертизы, 56 случаев или 16,3 % составляют целевые экспертизы.

По результатам ЭКМП, в 2007 году было выявлено 138 случаев нарушений, допущенных при обеспечении застрахованных медицинской помощью, что составляет 40 % от всех экспертиз (в 2006 году – 50 случаев или 39,3 %).

На первом месте стоит необоснованное ограничение доступности медицинской помощи – 110 случаев (2006 год – 7 случаев), которое увеличилось в 16 раз в сравнении с предыдущим годом.

На втором месте стоит число случаев оказания медицинской помощи ненадлежащего качества, которое снизилось в 1,7 раза в сравнении с предыдущим годом и составило 25 случаев (2006 год – 42 случая).

На третьем месте – необоснованная госпитализация, которая была выявлена в 3-х случаях.

По результатам экспертизы качества медицинской помощи в 2007 году удержано средств из-за частичной или полной неоплаты медицинских услуг медицинским учреждениям 82409 рублей (в 2006 году – 40681 рублей).

Застрахованные в нашей страховой компании граждане имеют возможность получить медицинскую помощь практически в любом медицинском учреждении на территории Кемеровской области. На 2008 год заключено и пролонгировано около 150 договоров на стационарную, амбулаторно-поликлиническую и стоматологическую помощь.

Страховые компании, занимающиеся обязательным медицинским страхованием, имеют равные возможности. Наша компания стремится к тому, чтобы каждый застрахованный был доволен нашей работой.

ДАРСКАЯ М.
ЗАО СМК «Сибирский Спас-Мед»

В ОДНОЙ СВЯЗКЕ С ПАРТНЕРАМИ

На страховом рынке Кемеровской области страховая группа «Сибирский Спас» работает с мая 1997 года. Она по праву считается одной из крупнейших в Сибирском федеральном округе. В ее состав входят три страховые компании: «Сибирский Спас», «Сибирский Спас-Жизнь», «Сибирский Спас-Мед», каждая имеет филиалы и представительства во всех городах Кузбасса, в Новосибирской области, Красноярском крае. Развитая региональная сеть филиалов, солидный страховой портфель компании позволяют вести эффективную деятельность на рынке страхования Сибири, максимально удовлетворять потребности клиентов.

Обязательное медицинское страхование является основным видом деятельности компании «Сибирский Спас-Мед». Она успешно сотрудничает со всеми структурами, работающими в системе ОМС: предприятиями, Территориальным фондом, его филиалами, лечебно-профилактическими учреждениями Кемеровской области, с которыми заключены договоры на предоставление медицинской помощи застрахованным. Это больницы и поликлиники городов: Кемерово, Новокузнецк, Междуреченск, Мыски, Прокопьевск, Белово, Ленинск-Кузнецкий, Киселевск, Осинники, Калтан и др.

Клиентами страховой компании «Сибирский Спас-Мед» являются крупные промышленные предприятия, такие как шахты «Большевик», «Антоновская», «Аллардинская», «Осинниковская», обогатительная фабрика «Антоновская», Северная угольно-энергетическая компания, предприятия «Томусинские железобетонные конструкции», «Монтажспецстрой», завод по ремонту горношахтного оборудования и многие другие. Есть фирмы малого и среднего бизнеса, банки, санатории, индивидуальные предприниматели. В общей сложности у страховой компании 50 тысяч застрахованных. «Это не так много, — говорит исполнительный директор Евгений Викторович Татаркин. — «Сибирский Спас-Мед» — предприятие молодое, развивающееся. Поэтому для нас не столько важны объемы — это дело наживное, сколько качество обслуживания застрахованных. Специалисты компании имеют возможность подойти к каждому предприятию, заключившему договор обязательного медицинского страхования, к каждому застрахованному индивидуально, тщательно прорабатывать все возникающие вопросы. В этом преимущества «Сибирского Спаса» перед другими компаниями, работающими в системе обязательного медицинского страхования».

Представители страховой компании «Сибирский Спас-Мед» решают вопросы своевременного обеспечения застрахованных полисами ОМС, разъясняют их права и обязанности, консультируют по вопросам предоставления медицинской помощи. Вопросов, как правило, много. Одних застрахованных интересует, за что надо платить в больнице или поликлинике, а за что не надо, другие спрашивают, имеют ли они право выбирать лечебное учреждение и лечащего врача, третьи хотят знать, как можно компенсировать денежные затраты на лекарства при стационарном лечении, и так далее. Каждый человек, имеющий медицинский полис страховой компании «Сибирский Спас-Мед», считается полноправным участником системы обязательного медицинского страхования. Позвонив по телефону, указанному в страховом полисе, он может получить всю необходимую ему информацию. Специалисты компании регулярно проводят разъяснительную работу на предприятиях, готовят публикации для корпоративных газет. Важно, чтобы люди знали, что полис обязательного медицинского страхования дает им право на получение бесплатной медицинской помощи, как в Кемеровской области, так и на всей территории России.

Ни для кого не секрет, что в существующей системе ОМС есть много проблем. И чаще всего они возникают у застрахованного в момент обращения за медицинской помощью. Так, многим пациентам, находящимся на стационарном лечении, иногда приходится приобретать необходимые лекарственные средства за свой счет. Это касается и тех препаратов, которые входят в территориальный перечень необходимых и жизненно важных лекарственных средств. Часто пациент не может получить нужную медицинскую услугу вовремя из-за большой очереди. Не всегда доступна специализированная высокотехнологичная медицинская помощь.

Специалисты страховой компании «Сибирский Спас-Мед» ставят своей задачей помочь застрахованному разобраться в своих правах и получить доступные и качественные медицинские услуги. Пациент может обратиться со своим заявлением в любой филиал компании, где оно будет своевременно рассмотрено. Для контроля над качеством оказания услуг проводится медицинская экспертиза. В компании «Сибирский Спас» работают 12 врачей-экспертов разных специальностей. Кроме этого, существуют независимые врачи-эксперты, к помощи которых можно прибегнуть в наи-

более сложных случаях. Медицинская экспертиза обеспечивает наиболее эффективное использование средств ОМС.

Кроме этого, каждая страховая компания формирует фонд предупредительных мероприятий, величина которого зависит от числа застрахованных. Задача фонда – финансировать целевые программы, направленные на профилактику и снижение заболеваемости. У компании «Сибирский СпасМед» таких программ три: ранняя диагностика онкологических заболеваний женской половой сферы, профилактика гриппа, клещевого энцефалита среди работающего населения. Из средств этого же фонда оказывается конкретная помощь лечебным учреждениям, работающим в системе ОМС. Например, в 2007 году в г. Белово для больниц № 8 и № 3 была приобретена оргтехника на сумму около 140 тысяч рублей для осуществления персонифицированного учета застрахованных. В этом году был приобретен переносной реанимационный аппарат и 2 аппарата для физиотерапии для новокузнецкой больницы № 2. Компания заинтересована в повышении квалификации медицинских работников. Так, в прошлом году на обучение двух врачей отделения ультразвуковой диагностики МУЗ «Центральная городская больница» г. Междуреченска было потрачено 30 тысяч рублей.

Объем финансирования системы ОМС с каждым годом увеличивается. Чтобы каждому застрахованному медицинская помощь была оказана качественно и своевременно, средства эти должны использоваться рационально. А это может быть достигнуто только совместными усилиями лечебного учреждения и страховой компании.

ЧЕЧЕНИН Г.И., ЖИЛИНА Н.М., ХАЗЕЕВА Г.Ш., ЛОШКАРЕВ В.Л.
МУ Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, г. Новокузнецк

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КУСТОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. НОВОКУЗНЕЦКА С УЧАСТНИКАМИ СИСТЕМЫ ОМС

Основной целью информатизации системы здравоохранения и ОМС муниципального уровня является совершенствование системы управления и повышение эффективности систем здравоохранения и ОМС за счет улучшения их взаимодействия.

В настоящее время, в связи с реализацией национального проекта «Здоровье», повышается значимость территориальных и муниципальных уровней. На муниципальном уровне выполняется основной технологический процесс по каждому направлению проекта «Здоровье»:

- проводится непосредственный медицинский осмотр граждан;
- происходит оказание первичной медико-санитарной помощи населению;
- проводится вакцинация населения;
- выполняется организация, установка получаемого медицинского оборудования и оперативный контроль за его использованием;
- осуществляется оперативное управление реализацией всех направлений проекта.

Схема проведения дополнительной диспансеризации представлена на рисунке 1.

В настоящее время система ОМС г. Новокузнецка включает в себя 28 медицинских учреждений (из них, 25 муниципальных медицинских учреждений и 3 ведомственных), 6 страховых медицинских организаций (Новокузнецкий филиал ОАО СМО «Сибирь», ООО «ЖСО-Медицина», ЗАО СМК «АСК-МЕД», СМК «Сибирский Спас-Мед», ООО «Губернская СМК», ИНГОССТРАХ Кемеровский филиал), Новокузнецкий филиал Фонда ОМС.

К основным направлениям взаимодействия КМИАЦ и системы ОМС относятся:

- совместное ведение и поддержка на уровне области единого нормативно-справочного фонда;
- выполнение единых требований формирования реестров на обслуженных пациентов на территории области;

Рисунок 1
Схема проведения дополнительной диспансеризации в рамках национального проекта «Здоровье»

- планирование и анализ деятельности лечебных учреждений на основе нормативов на врачебную должность по поликлиникам ЛПУ, на профиль койки по отделениям ЛПУ, на профиль койки в дневном стационаре при поликлинике, на профиль койки в дневном стационаре при стационаре по отделениям ЛПУ, на профиль бригады скорой помощи по подстанциям ССНМП. С 2006 года – планирование посещений по ЛПУ для прикрепленного населения согласно изменению в Положении об оплате медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области;
- ежеквартальный мониторинг выполнения муниципального задания на стационарную помощь, амбулаторно-поликлиническую и стационарозамещающие технологии группой представителей страховых компаний, Территориального фонда, лечебных учреждений и КМИАЦ;
- автоматизированнное формирование реестров об обслуженных контингентах населения в амбулаторно-поликлинических учреждениях и передача информации в СМО и ТФ в едином формате, принятом на уровне области;
- при формировании муниципального задания территории используется система, разработанная Территориальным фондом ОМС Кемеровской области, позволяющая работать в режиме реального времени.

Совместное сотрудничество в едином информационном пространстве позволяет повысить достоверность информационных баз данных ЛПУ, СМО, КМИАЦ и представлять информацию на все уровни управления по всем видам деятельности.

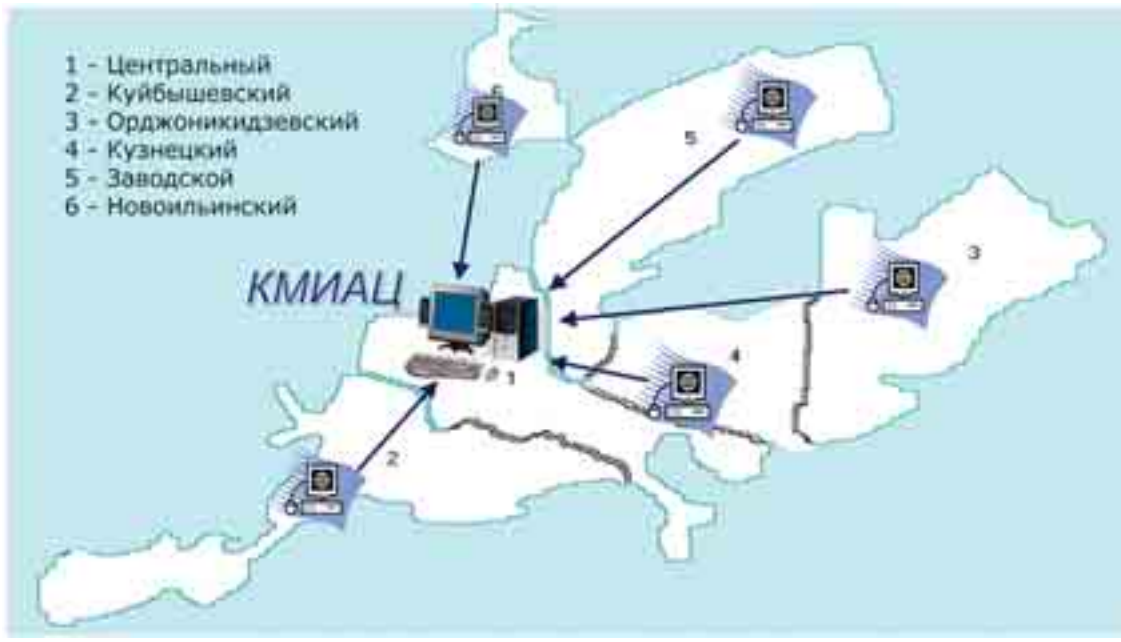
В настоящее время в г. Новокузнецке функционирует корпоративная медицинская сеть (рисунок 2).

Сеть имеет следующую структуру: в Кустовом медицинском информационно-аналитическом центре (КМИАЦ) г. Новокузнецка находятся: сервер баз данных; маршрутизатор CISCO для управления сетью передачи данных и защиты информации; почтовый сервер. Ведутся работы по созданию виртуальной частной сети (VPN) на базе сетей передач данных местных провайдеров.

К корпоративной медицинской сети подключено:
- 120 объектов;
- локальные вычислительные сети в поликлиниках и больницах города, объединяющие более 500 персональных компьютеров;
- 74 модема (для работы в режиме DIAL-UP).

Наряду с несомненными преимуществами ее использования, имеется и ряд проблем, которые необходимо решать:
- процесс наладки (неувязка маршрутизации, адресации, организации VPN – «виртуальной частной сети»);
- перенастройка системы (выявление причин низких скоростей, поиск и замена ПО, прокладка оптического волокна);
- содержание сети (желательно привлечение средств ОМС и областного бюджета, обеспечение безопасности информации, обучение пользователей);

Рисунок 2
Медицинская корпоративная сеть г. Новокузнецка



- развитие сети (системная увязка развития инфраструктуры и средств связи).

Развитие корпоративной сети, в первую очередь, предполагает следующие действия:

- создание информационных узлов ЛПУ с установкой серверов для оперативного контроля и управления подразделениями больницы;
- организация по сети телефонной связи (голосовые шлюзы и IP-телефоны) между учреждениями здравоохранения в целях экономии средств.

В настоящее время значительно усложнились задачи управления в системах здравоохранения и ОМС: увеличилось число участников, многократно увеличился объем информации и сложность расчетов, усложнилась система финансирования ОМС. Все это подчеркивает необходимость эффективной координации всех участников.

При этом современные возможности информационных технологий создают хорошие условия для взаимодействия систем здравоохранения и ОМС, что жизненно необходимо в настоящее время. Однако решающая роль в данном процессе принадлежит человеческому фактору, необходимости взаимопонимания и продуктивного сотрудничества.

ЧЕЧЕНИН Г.И., БОЛОВНЕВА О.В., ЛОШКАРЕВ В.Л.
МУ Кустовой медицинский информационно-аналитический центр, г. Новокузнецк

ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ БАЗЫ ДАННЫХ «НАСЕЛЕНИЕ» АДМИНИСТРАТИВНОЙ ТЕРРИТОРИИ КО

Планируемые преобразования в системе охраны здоровья населения Кемеровской области, направленные на обеспечение доступной высококачественной медицинской помощи, улучшение показателей общественного здоровья и снижение потерь по медико-биологическим аспектам, станут возможными при наличии достоверной информации о половозрастной структуре постоянно проживающего населения на каждой административной территории области. Именно такая информация необходима для определения потребности в различных видах медико-социальной помощи, устранения дублирования и повышения достоверности медико-статистических данных.

Компьютерная база данных (БД) «Население» послужит основой для формирования индивидуального паспорта здоровья каждого гражданина, что позволит проводить мониторинг выполнения планируемых лечебно-профилактических мероприятий и результативности. Организация БД «Население» и ее поддержка в актуальном состоянии значительно упразднит учет и медико-экономический анализ при внедрении новых форм оплаты труда медицинским работникам, обеспечит оптимальное взаимодействие всех субъектов и участников, задействованных в процессе медико-санитарного обслуживания.

СОЗДАНИЕ БД «НАСЕЛЕНИЕ»

Проектирование БД «Население» осуществляется в рамках Концепции «Региональная информатизация деятельности исполнительных органов государственной власти» (ИОГВ) Кемеровской области в информационной системе «Персональный учет населения» (СПУН). Информацию для нее должны предоставлять: органы УВД (паспортные столы), ЗАГСы (рождения и смерти), органы социальной защиты (инвалиды, пенсионеры, малоимущие), Пенсионный фонд (место работы), ТФ ОМС (касса и номер полиса ОМС). Прежде всего, потребуется решить вопрос о предоставлении информации на уровне Администрации Кемеровской области, определить форматы предоставления информации каждой структурой. Кроме того, необходимо определить качественный состав и объем информации, разработать стандарты (форматы) хранения информации на серверах ЦОД, КОМИАЦ, КМИАЦ, стандарты обмена информацией.

Учитывая исторически сложившееся наличие двух медицинских информационно-аналитических центров (в Новокузнецке – МУ «Кустовой медицинский ИАЦ», в Кемерово – КОЦМИ), а также наличие однотипных узкоспециализированных ЛПУ в Кемерове и Новокузнецке, логично будет закрепить сложившиеся потоки пациентов следующим образом: север Кемеровской области – в Кемерове, юг Кемеровской области – в Новокузнецке.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Для сбора и обработки полученных информационных потоков необходимо определить следующие технологические площадки:

- ЦОД области – Администрация КО;
- КОМИАЦ Кемерово – северные ТМО области;
- КМИАЦ Новокузнецк – южные ТМО области.

Поручить им сбор всей информации, ведение баз данных на население в ЦОД, КОМИАЦ и КМИАЦ с дополнительным финансированием.

КОМИАЦ и КМИАЦ могут обновлять на своих серверах свои фрагменты, согласно месту проживания граждан и обслуживания в ЛПУ «Паспортной части» из базы населения области своих территорий. Они должны предоставить возможность доступа к своим серверам для получения информации из любого учреждения обслуживаемой территории на каждого пациента. С этой целью необходимо разработать и внедрить единую клиентскую часть для получения информации с сервера и внесения туда новой, с жестко прописанными правами доступа, форматами предоставления информации, идентификацией – кто внес изменения, что и когда добавил или изменил на сервере.

На первом этапе обмен информацией между территориями следует производить по защищенному каналу VipNet. В дальнейшем необходимо предусмотреть финансирование на создание областной корпоративной сети с выделенными каналами. При наличии финансирования МУ КМИАЦ готов уже в этом году произвести подключение к корпоративной сети г. Новокузнецка учреждения областного подчинения городов Новокузнецка, Осинников, Калтана. Ориентировочная стоимость подключения одной точки 35-40 тыс. рублей. Содержание одной точки, подключенной к корпора-

тивной сети в г. Новокузнецке, 1120 рублей в месяц, в городах Осинники и Калтан – 2500 рублей в месяц. Цены представлены на 01.04.2008 года.

Для поддержания баз данных, сбора и хранения информации по югу Кемеровской области необходимо дополнительное обеспечение вычислительной техникой:

- серверы 2 штуки стоимостью 200 тыс. рублей за каждый;
- компьютеры для КМИАЦ 8 штук стоимостью 20 тыс. рублей за каждый;
- компьютеры для Новокузнецка, Осинников, Калтана – ориентировочно 60 штук стоимостью 20 тыс. рублей за каждый.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПАЧГИН И.В.
ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ЗА 2007 ГОД И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ В 2008 ГОДУ 5
ВВЕДЕНИЕ 5
СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 5
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ СИСТЕМЫ ОМС 5
РАБОТА С ПЛАТЕЛЬЩИКАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОМС 7
ИСПОЛНЕНИЕ БЮДЖЕТА ТФ ОМС 10
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ 13
РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС 14
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС 21
ЗАЩИТА ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС ГРАЖДАН 21
РАБОТА В РАМКАХ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» 24
РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ УЯЗВИМЫХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ (ДЛО) 26
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВСЕОБЩНОСТИ ОМС НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 28
КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТФ ОМС 29
ИНФОРМАЦИОННО-ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОМС 30
РАБОТА ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 31
ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ЗАДАЧИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС НА 2008 ГОД 31

КЛИМКИНА В.В.
ДИНАМИКА ПОСТУПЛЕНИЯ НАЛОГОВ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ
В БЮДЖЕТ ТФ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2005-2007 ГГ. 33

МАТВЕЕВА Н.А.
ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ТФ ОМС ЗА 2007 ГОД 36

ПАРФЕНОВА И.В.
СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ 39

МАТВЕЕВА Н.А.
НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 42

ОСИПОВА Ю.В.
ВНЕДРЕНИЕ ОТРАСЛЕВОЙ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 44

ХОЛКИНА Л.М., КОРШУНОВА С.К.
КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 46

ДРУШЛЯК И.А.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПУТЕМ СОЗДАНИЯ МУНИЦИПАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕДИНЕНИЙ 48

ИВАНОВ И.Г.
ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ОМС КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ГРАЖДАН, 2007 ГОД 50

ЗАЛЕСОВА О. Б.
ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ ФОНДОМ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2006-2007 ГГ. 57

ХАКИМОВА О.Г., КЕРИМОВА И.В.
О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС
И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО УЧЕТУ
ПРИКРЕПЛЕННЫХ К МЕДИЦИНСКИМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН 60

ДРУШЛЯК И.А., ХАКИМОВА О.Г., ЕФРЕМЕНКО Ж.В.
ИТОГИ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ЦЕН
НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА И ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ЗА 5 ЛЕТ 63

ХАКИМОВА О.Г., ЧИСТЮХИНА И.А.
О ЦЕНТРАЛИЗОВАННЫХ ЗАКУПКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС 67

ХАКИМОВА О.Г., ЧИСТЮХИНА И.А.
О ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЕ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 70

ЛОМАКИНА Я.М., АФАНАСЬЕВА Е.А.
РЕГРЕССНЫЕ ИСКИ В СИСТЕМЕ ОМС. ПРАВОВЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 72

СИТНИКОВ А.А., САДОВСКАЯ Е.Н.
ИНФОРМАЦИОННАЯ ИНФРАСТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС 73

ТИХОНОВ Д.А.
КАК СОЗДАТЬ ОТДЕЛ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ 77

КРАМАРЕНКО В.Г.
ЭТО НАШЕЙ ИСТОРИИ СТРОКИ (НАМ 15 ЛЕТ) 81

ЗАБАЛУЕВА И.В., ВАСИЛЬЕВА Т.В.
ПОРЯДОК РЕГИСТРАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЕЙ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ 84

СУББОТИНА Г.Н.
РОЛЬ ФИЛИАЛОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОМС В РЕАЛИЗАЦИИ ЗАДАЧ СИСТЕМЫ ОМС НА ТЕРРИТОРИЯХ ОБЛАСТИ 86

БЕЗГИНА Н.С., ГЕЙКО Т.В., КУРТУКОВА С.Ю., КИСЕЛЕВА Л.В.
РАБОТА ПО УВЕЛИЧЕНИЮ ОХВАТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ – ГАРАНТИЯ ФИНАНСОВОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ 89

ОСЬМИНКИНА Н.В.
РАБОТА С ПЛАТЕЛЬЩИКАМИ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ 91

ПЕХОТА Т.А., КИСЕЛЕВА Н.В.
ОБЗОР СТРАХОВОГО ПОЛЯ ПО ОМС НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА 01.01.2008 Г. 92

БАБАРЫКИНА С.В., ЛЕОНТЬЕВА В.Г.
РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОАО СМО «СИБИРЬ» ПО МОНИТОРИНГУ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗАДАНИЯ 97

ДИМИТРЮК Л.А.
«АСК-МЕД КУЗБАСС» 100

МИЛОСЕРДОВА Е.М., КАМЕНЕЦКАЯ Л.З.
ЕДИНСТВО СИСТЕМЫ ОМС В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ 102

АСТАНИН В.П., ПИЛЮКОВА Т.И.
ПРИНЦИП РАБОТЫ – ИНТЕРЕСЫ ЗАСТРАХОВАННОГО 105

ДАРСКАЯ М.
В ОДНОЙ СВЯЗКЕ С ПАРТНЕРАМИ 107

ЧЕЧЕНИН Г.И., ЖИЛИНА Н.М., ХАЗЕЕВА Г.Ш., ЛОШКАРЕВ В.Л.
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КУСТОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА Г. НОВОКУЗНЕЦКА С УЧАСТНИКАМИ СИСТЕМЫ ОМС 109

ЧЕЧЕНИН Г.И., БОЛОВНЕВА О.В., ЛОШКАРЕВ В.Л.
ОБОСНОВАНИЕ НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ БАЗЫ ДАННЫХ «НАСЕЛЕНИЕ» АДМИНИСТРАТИВНОЙ ТЕРРИТОРИИ КО 112