ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
«ЗАБАЙКАОЬСКОЕ ОБЩЕСТВО ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

ТФОМС
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО
КРАЯ

1993
2018

СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 25 ЛЕТ

Материалы юбилейной научно-практической конференции

г. Чита
25 мая 2018 г.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
"ЗАБАЙКАЛЬСКОЕ ОБЩЕСТВО ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХАНЕНИЯ"

СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 25 ЛЕТ

МАТЕРИАЛЫ ЮБИЛЕЙНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

г. Чита
25 мая 2018 г.

Редакционно-издательский центр ЧГМА

УДК 614.2
ББК 65.272

Системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края 25 лет: Материалы юбилейной научно-практической конференции, г. Чита, 25 мая 2018 г. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2018. - 178 с.

ISBN 978-5-904934-15-6

В сборник включены аналитические статьи, результаты научных исследований специалистов системы обязательного медицинского страхования, медицинских организаций Забайкальского края, сотрудников кафедр общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, организации здравоохранения ФПК ППС ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия", членов РОО "Забайкальское общество организаторов здравоохранения".

Материалы посвящены основным историческим этапам развития системы в регионе, актуальным вопросам деятельности медицинских организаций разных форм собственности в системе обязательного медицинского страхования, основным аспектам подготовки кадров на территории Забайкальского края.

Предназначен для специалистов системы обязательного медицинского страхования, организаторов здравоохранения, научных работников.

ISBN 978-5-904934-15-6

Под общей редакцией:

директора Территориального фонда ОМС Забайкальского края
к.м.н. ***С.Н. Чабана;***

зав. кафедрой организации здравоохранения ФПК ППС
ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия"
д.м.н., профессора ***Н.Ф. Шильниковой.***

© ТФОМС, 2018
© ЧГМА, 2018

УДК 614. 2

Чабан С.Н., Коннина М.В.

СИСТЕМЕ ОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 25 ЛЕТ. ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ, ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г.Чита

25 мая 2018 года исполняется 25 лет системе ОМС и Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Забайкальского края. Это не просто замечательная юбилейная дата - это целая эпоха в истории здравоохранения Забайкальского края. Период от зарождения и становления системы ОМС до сегодняшнего дня.

Сейчас уже сложно представить себе здравоохранение РФ и Забайкальского края вне системы обязательного медицинского страхования. За прошедшие годы она смогла доказать свою необходимость и полезность для медицины Забайкалья. Все началось в далеком 1993 году, когда Малый Совет Читинского областного Совета народных депутатов и Администрации Читинской области принял решение № с/а -34 о создании Территориального фонда обязательного медицинского страхования Читинской области в соответствии с Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан РФ". Руководство деятельностью Фонда было возложено на Правление и исполнительную дирекцию. Исполнительным директором был назначен Арефьев Григорий Никитович (Постановление Главы Администрации Читинской области от 10.06.1993 г.). По решению администрации Читинской области и Агинского Бурятского автономного округа Фонд осуществлял свою деятельность также и на территории округа.

На тот момент у Григория Никитовича был богатый профессиональный опыт, включающий в себя руководство двумя больницами (Новинской участковой больницей и Центральной районной больницей Читинского района) и работа в Комиссии по лицензированию и аккредитации медицинских учреждений в Управлении здравоохранения Читинской области. Организацию системы ОМС надо было начинать с нуля. Одним из первых стал приказ о создании филиалов фонда во всех муниципальных образованиях для сбора, учета и аккумулирования средств ОМС и проведения разъяснительной работы по ОМС.

На планерке Арефьева Г.Н.

А первыми отделами в Фонде были: финансово-экономический (начальник отдела - Полякова Т.К.), страхования и экспертизы (начальник отдела - Бордадымов И.И.), по кадрам и общим вопросам (Якушевская Г.Г.).

В то время вопросов по обязательному медицинскому страхованию было больше чем ответов. Все сотрудники Фонда (вместе с заместителем исполнительного директора Власовой Г.М., главным бухгалтером Сказиной Е.Я.) и работники медицинских учреждений проходили обучение не только в области, но и в крупных медицинских центрах различных регионов России. В СМИ размещались материалы для информирования населения об обязательном медицинском страховании. До конца 1993 года была проведена огромная подготовительная работа для внедрения системы ОМС. Были разработаны правила обязательного медицинского страхования на территории Читинской области, Территориальная программа обязательного медицинского страхования граждан Читинской области, единые тарифы на медицинские услуги, положение об оплате медицинских услуг и другие нормативно-правовые акты. Бюджет территориального фонда в 1993 году составлял всего 7 млн рублей.

С февраля 1994 года, в порядке эксперимента, в систему ОМС вошли первые медицинские учреждения трех районов области: Дульдургинского, Ононского и Чернышевского. Начало было положено, и после тщательного анализа работы этих учреждений в систему ОМС стали вступать медицинские организации 3-4 районов ежемесячно. В итоге к концу 1994 года в системе ОМС работало 89 лечебно-профилактических учреждений из 25 районов области, оставшиеся лечебно-профилактические учреждения вошли в систему ОМС до конца 1995 года. Одновременно проходило страхование граждан по ОМС. Страхование осуществляли пять страховых компаний, имеющих соответствующую лицензию. Процесс продвигался медленно, что отрицательно влияло на развитие системы ОМС - медицинские организации не могли предъявить реестры за всех пролеченных граждан и, соответственно, получить причитающиеся им средства, так как подавляющее большинство жителей области не были застрахованы по ОМС. Переломить ситуацию удалось в конце 1994 года, когда Комитетом по имуществу Администрации Читинской области была учреждена государственная страховая медицинская организация "Забайкалмедстрах", которую возглавил Раис Мухтарович Резетдинов, врач и экономист по образованию. К началу 1995 года совместными усилиями ТФОМС и СМО всё население области было застраховано.

Сотрудники СМО “Забайкалмедстрах”

Организация системы ОМС в Читинской области была завершена за два года. Для лечебных учреждений в условиях кризиса 90-х годов это имело огромное значение, ведь они стали получать внебюджетное финансирование, которое стало "глотком свежего воздуха" и позволило сохранить здравоохранение Читинской области. Результатом двухгодичной работы стало создание работоспособной модели системы ОМС в полном соответствии с законодательством. Тем самым был заложен фундамент действующей системы обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

Постепенно количество участников системы обязательного медицинского страхования увеличивалось, расширялись и функции территориального фонда, в перечень которых неизменно входили следующие:

- осуществление контроля за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования;
- разработка проектов нормативных правовых актов по вопросам реализации обязательного медицинского страхования в регионе;
- ведение консультативно-методической работы с участниками системы обязательного медицинского страхования;
- участие в разработке и стабильном выполнении Территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- обеспечение доступности медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования и осуществление постоянного контроля за ее качеством.

К 2000 году структура ТФОМС представляла уже 9 отделов и филиалов во всех районах области. В этом году сотрудниками Фонда и Комитета здравоохранения Читинской области была проведена огромная работа по подготовке и утверждению Программы государственных гарантий. В процессе работы были по-новому оценены многие законодательные акты, изучены новые методические материалы. От Фонда: Мурзин Н.Н., Яманова О.В. и другие сотрудники совместно с Комитетом здравоохранения (председатель Комитета - Сормолотов Б.П. и его заместитель Сариева Р.А.) разработали Территориальную программу обязательного медицинского страхования гражданЧитинской области на 2000 г; составили перечень финансируемых за счет ОМС видов медицинской помощи и перечень медицинских учреждений, допущенных к работе в системе ОМС; установили нормативы объемов и стоимости медицинской помощи в стационарах, амбулаторно-поликлинических учреждениях и порядок финансирования медицинских учреждений в системе ОМС, определили расчетную стоимость территориальной программы ОМС в 2000 году.

Структура Территориального фонда ОМС претерпела изменения в 2001 году. В связи с введением 2-й части Налогового кодекса районные филиалы ТФОМС были ликвидированы, а в Фонде были образованы новые отделы. В Агинском Бурятском автономном округе был создан Агинский территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Исполнительным директором стала Базарова Балжима Баировна, работавшая ранее директором филиала в п.Агинское. ТФОМС Читинской области оказал всестороннюю помощь своим коллегам в оформлении учредительных документов, подготовке нормативных актов, регламентирующих порядок работы и взаимодействия субъектов страхования округа в системе ОМС. Решением Правления ТФОМС Читинской области имущество Агинского филиала было безвозмездно передано в новообразованный Фонд.

Историю ТФОМС легко проследить по участию в реализации национальных проектов и программ, нацеленных на развитие отдельных сфер здравоохранения. Одним из таких мероприятий был национальный проект "Здоровье". С начала 2006 года ТФОМС Читинской области участвовал в данном проекте по ряду направлений. Национальный проект "Здоровье" предусматривал укрепление первичного звена здравоохранения за счет осуществления выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам

общей практики и медицинским сестрам. В рамках этого направления Территориальному фонду (ответственный - первый заместитель Рогалева Е.А.) совместно с Комитетом здравоохранения Читинской области (ответственный - заместитель председателя Лазарева Е.В.) за счет осуществления дополнительных выплат удалось за год привлечь в участковую службу 220 специалистов. Вторым важным направлением национального проекта "Здоровье", в реализации которого участвовал Фонд, являлось проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в бюджетной сфере. Дополнительную диспансеризацию прошли 26 тысяч человек данной категории граждан. В 2007 году национальный проект в сфере здравоохраненияпополнился еще одним блоком - проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Это важное направление смогло охватить своим вниманием 2817 детей. Благодаря проводимым мероприятиям значительно увеличилось финансирование медицинских организаций, участвующих в их реализации. Хочется отметить, что с тех пор диспансеризация отдельных категорий граждан прочно вошла в сферу интересов ТФОМС Забайкальского края. В 2017 году диспансеризацию определенных групп взрослого населения прошли 151 111 человек, а профилактические медицинские осмотры 53 126 человек. Профилактические осмотры несовершеннолетних - 171 964 человека. Особое внимание было уделено детям-сиротам и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации. Из пребывающих в стационарных учреждениях было осмотрено 2 532 человека, а принятых под опеку в приемную семью или усыновленных/удочеренных - 4325 человек.

Базарова Б.Б.

Очередные изменения в структуре ТФОМС Читинской области произошли в январе 2009 года. В связи с объединением двух территорий в Забайкальский край Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Читинской области был переименован в ТФОМС Забайкальского края и образован Агинский филиал.

Еще одним немаловажным проектом для здравоохранения Забайкалья, в котором принимал активное участие Фонд, стала реализация программы "Модернизация здравоохранения", основной целью которой было улучшение качества и обеспечение доступности медицинской помощи населению края. Основными задачами данной программы были:укрепление материально-технической базы; внедрение современных информационных систем в здравоохранение; внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Для обеспечения проведения программы модернизации было дополнительно выделено для Забайкальского края и успешно освоено 4,6 млрд рублей.

В 2011 году на заслуженный отдых ушел основатель и бессменный руководитель (на протяжении 18 лет) ТФОМС Забайкальского края - Григорий Никитович Арефьев. Ему на смену пришел Алексей Николаевич Бутыльский - первый заместитель министра здравоохранения Забайкальского края, ранее возглавлявший Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и другими инфекционными болезням.

Повышение эффективности использования ресурсов всегда являлось важной задачей

Бутыльский А.Н.

для здравоохранения не только Забайкальского края, но и всей России. С этой целью с января 2013 года произошел переход на одноканальную систему финансирования медицинских учреждений, которая основывается на принципах подушевого финансирования (получение средств за прикрепленных граждан) и оплаты за непосредственные результаты деятельности (объем оказанных услуг). Создание данной системы было нацелено в первую очередь на оптимизацию работы медицинских учреждений, что должно было положительно влиять на повышение качества оказания медицинской помощи населению.

Основной задачей системы обязательного медицинского страхования изначально было создание конкурентного рынка медицинских услуг. Но в период своего становления и развития система ОМС больше выполняла сохраняющую (90-е годы) и поддерживающую (начало 2000-х годов) функцию для здравоохранения нашей страны. Принятие в 2010 году Федерального закона Российской Федерации "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (ФЗ № 326-ФЗ от 29.11.2010 года) позволило законно войти в систему обязательного медицинского страхования негосударственным учреждениям здравоохранения. Приток новых медицинских учреждений положительно сказался на здравоохранении в целом, создав здоровую конкуренцию в системе обязательного медицинского страхования, что, безусловно, повысило качество обслуживания и дало возможность выбора застрахованным гражданам. Так к 2013 году доля частных медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, составила 14% от общего количества медицинских организаций с объемом финансирования 2,8 %. А в 2017 году негосударственные медицинские организации составляли уже 27% от общего числа, доля их финансирования выросла до 7%.

В 2017 году в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края осуществляли деятельность:

- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края и его Агинский филиал;
- 2 страховые медицинские организации - ГК "Забайкалмедстрах" (994 142 застрахованных) и филиал "Читинский" АО "СГ "Спасские ворота-М" (75 264 застрахованных);
- 71 медицинская организация, из которых 49 государственных учреждений здравоохранения Забайкальского края, 3 государственных учреждения ведомственного подчинения, 8 негосударственных учреждений здравоохранения и 11 частных медицинских организаций.

В зависимости от своего участия в системе взаиморасчетов медицинские организации распределились следующим образом: 40 обслуживающих медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (фондодержатели), 29 медицинских организаций-исполнителей и 3 медицинские организации, относящиеся к обеим категориям.

В реестр внештатных врачей-экспертов качества медицинской помощи включено 170 врачей-экспертов, из них первой квалификационной категории - 4, высшей квалификационной категории -163. Имеют ученую степень:

- кандидата медицинских наук -33;
- доктора медицинских наук -13.

26 врачей-экспертов являются главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Забайкальского края.

С каждым годом увеличивается финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в системе обязательного медицинского страхования, что повышает ее доступность для населения Забайкальского края.

В 2017 году на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи направлено 474, 8 млн. рублей из средств субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования. В целом расходы на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи из года в год увеличиваются: в 2014 году сумма финансирования составила 309, 2 млн руб., в 2015 году - 399 млн руб., в 2016 году - 417, 9 млн руб. и в 2017 году, как уже было сказано, 474, 8 млн руб.

Всего на территории Забайкальского края в 2017 году высокотехнологичную медицинскую помощь получили 3 410 человек, из которых наибольшее число случаев медицинской помощи был оказано по следующим профилям: сердечно-сосудистая хирургия - 746 человек; травматология и ортопедия - 654 человека, офтальмология -548 человек; онкология - 310 человек.

Наряду с возрастающей потребностью оказания высокотехнологичной медицинской помощи немалое значение в Забайкальском крае придается и укреплению первичного звена здравоохранения.

В результате законодательной инициативы правительства РФ родилась правовая норма о единовременных компенсационных выплатах сельским молодым врачам. Это положение закреплено в Федеральном законе № 236-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ". Основные моменты, регламентирующие различные аспекты государственной программы "Земский доктор", изложены в п.12.1. ст. 51 вышеуказанного закона. Забайкальский край участвует в этой программе с 2012 года. Итого по данным ТФОМС за эти годы заключены и оплачены договоры на 310 человек.

По данным министерства здравоохранения Забайкальского края, количество молодых специалистов, направленных в села, рабочие поселки и поселки городского типа, составляет 340 человек, среди которых 32 человека получили выплаты в размере 1 млн. рублей за счет средств краевого бюджета.

Таким образом, за эти годы у 60% молодых специалистов, уехавших в село, рабочий поселок, поселок городского типа, возраст составляет до 30 лет.

Переход к пациентоориентированной системе здравоохранения потребовал от ТФОМС организации новой службы - института страховых представителей. Задачей данной службы является не только координация взаимодействия застрахованных лиц и медицинских организаций с целью повышения качества и доступности медицинской помощи, но и формирование понимания важности профилактических мероприятий для сохранения здоровья у жителей края. Для успешного внедрения института страховых представителей Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, начиная с 2016 года, проводит учебные мероприятия на базах ведущих высших учебных заведений РФ. В ближайшей перспективе приоритетными направлениями деятельности ТФОМС Забайкальского края можно считать следующие:

- совершенствование института страховых представителей;
- модернизация информационного взаимодействия между участниками системы обязательного медицинского страхования, при внедрении в Забайкальском крае электронных амбулаторных карт и электронных историй болезни, развитии телекоммуникационных технологий в медицине (телемедицина), развитии в крае первичной медико-санитарной помощи в медицинских организациях нового образца ("бережливая поликлиника").

Подводя итоги деятельности системы ОМС в течение 25 лет, можно с уверенностью сказать, что её роль в сохранении службы охраны здоровья граждан неоценима. Если на начальном этапе своей деятельности, в годы экономического кризиса в нашей стране, система ОМС была больше "спасательным кругом" для здравоохранения, то сейчас она является основным источником финансирования. Все вышесказанное с полным правом можно отнести к системе ОМС Забайкальского края, которая с первых лет своего основания с честью выполняет поставленные перед ней задачи. Коллектив Фонда состоит из профессионалов своего дела, многие из которых пришли на работу в первые годы его работы и внесли свой посильный вклад в становление и развитие системы ОМС Забайкальского края. Из года в год, всей душой болея за свое дело, они все свои силы отдают работе, что бы система ОМС Забайкальского края крепко стояла на ногах.

Основными задачами, стоящими перед ТФОМС Забайкальского края, и приоритетными направлениями деятельности на 2018 год являются:

1. Совершенствование и сохранение устойчивости системы финансирования медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам Забайкальского края в рамках базовой программы ОМС, в том числе:
   1.1 контроль исполнения обязанностей страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
   1.2 осуществление мероприятий, в том числе и совершенствование регионального законодательства, связанных с формированием тарифов на медицинскую помощь в соответствии с утвержденными механизмами и способами оплаты медицинской помощи по ОМС, в том числе при оплате специализированной медицинской помощи по клинико-статистическим группам;
   1.3 обеспечение финансирования, в соответствии с действующим законодательством, мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников, приобретению и ремонту медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС Забайкальского края;
   1.4 контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, реализация мероприятий, направленных на недопущение ими нарушений законодательства в сфере ОМС.
2. Реализация мероприятий, связанных с защитой прав застрахованных лиц, в том числе:
   2.1 обеспечение информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи, в том числе привлечение населения к прохождению профилактических мероприятий через страховых представителей;
   2.2 проведение контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
   2.3 совершенствование института страховых представителей.
3. Информатизация системы обязательного медицинского страхования, в том числе:
   3.1 внедрение в рамках приоритетного проекта "Электронное здравоохранение" сервисов личного кабинета пациента "Моё здоровье" на Едином портале государственных и муниципальных услуг, в том числе:
      - сведения об оказанных медицинских услугах и их стоимости за указанный период времени, относящиеся к пользователю единого портала государственных и муниципальных услуг;
      - сведения о полисе обязательного медицинского страхования;
      - подача заявления о выборе страховой медицинской организации;
   3.2 запуск информационного ресурса ТФОМС Забайкальского края для работы страховых представителей 3 уровня.

Система обязательного медицинского страхования всегда была, есть и будет живой, меняющейся в направлении основных тенденций развития нашего общества.структурой. Поддерживая курс Президента и Правительства РФ во всем, что связано с охраной здоровья россиян и улучшения качества медицинского обслуживания в медицинских организациях, ФФОМС и Территориальные фонды обязательного медицинского страхования регионов четко выполняют поставленные задачи, в том числе защищая права граждан, застрахованных в системе ОМС.

Литература:

1. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
2. Федеральный закон Российской Федерации от 13 июля 2015 года №224-ФЗ "О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"
3. Постановление Правительства Забайкальского края "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края"
4. Бордадымов В.И. Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Читинской области 10 лет / В.И. Бордадымов. - Чита, - 2003.
5. Флек В.О. Анализ финансового обеспечения российского здравоохранения по системе счетов / В.О.Флек. - Москва, 2015. - 190 с.
6. Система обязательного медицинского страхования на территории Забайкальского края: прошлое и настоящее, перспективы развития: Материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию системы ОМС.- Чита, 2008. - 130 с.

УДК. 378.

Шильникова Н.Ф.

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ И НАУЧНЫЕ ПРОЦЕССЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ, Чита

Подготовка специалистов для системы обязательного медицинского страхования на территории Читинской области (ныне Забайкальского края) начата в 1994 году с создания в Читинском государственном институте (ныне Читинская государственная медицинская академия) Забайкальского регионального учебно-методического центра (ЗРУМЦ) на базе кафедры социальной медицины, экономики и управления здравоохранения (ныне кафедра общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения). Решение создания региональных учебных центров принадлежала Федеральному фонду ОМС, но немногие территории поддержали подобные начинания. В нашем же регионе благодаря инициативе первого директора ЗРУМЦ, зав. кафедрой СМЭУЗ, д.м.н., профессора Флека Виталия Олеговича и при поддержке руководства Читинского ТФОМС и его исполнительного директора Арефьева Григория Никитовича такой центр эффективно работал в течение длительного времени. При участии ТФОМС в короткое время подготовлены педагогические кадры, занимающиеся обучением специалистов, создана методическая база образовательного процесса.

Забайкальский региональный учебно-методический центр являлся структурным подразделением академии, факультета повышения квалификации, основной целью которого была подготовка и повышение квалификации специалистов системы обязательного меди-

цинского страхования, руководителей медицинских организаций, работающих в системе ОМС, проведение научных исследований и методическое сопровождение функционирования и развития системы ОМС на территории.

Образовательные программы дополнительного профессионального образования разрабатывались с учетом потребностей практического здравоохранения и задач развития системы обязательного медицинского страхования. Ежегодно формировались территориальная комплексная программа подготовки кадров, календарные планы и расписание циклов, согласовывались и утверждались ректором ЧГМА, председателем Комитета здравоохранения Читинской области, исполнительным директором Читинского ТФОМС. График проведения учебных мероприятий включался в план повышения квалификации специалистов системы ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования, II раздел (за счет средств территории).

Образовательный процесс строился в соответствии с методическими рекомендациями и согласованием учебных программ и планов с отделом подготовки специалистов Управления кадровой политики Федерального Фонда обязательного медицинского страхования.

Традиционно к проведению учебных мероприятий привлекались ведущие специалисты ТФОМС, страховых медицинских организаций, комитетов здравоохранения Администрации Читинской области и города (ныне Министерства здравоохранения Забайкальского края) лицензионно-аккредитационной комиссии (ныне Федеральных служб Росздравнадзора и Роспотребнадзора), медицинских организаций. Совместная деятельность ЗРУМЦ и ТФОМС осуществлялась на договорной основе на подготовку по отдельным направлениям и специальностям: организация здравоохранения для руководителей учреждений здравоохранения и системы ОМС, экономика здравоохранения, организация работы кадровых служб для медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, экспертиза качества медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Образовательные программы неразрывно связаны с реализацией основных направлений в рамках научной специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" и с теми структурными и политическими преобразованиями, которые переживает наше общество в целом и система здравоохранения и обязательного медицинского страхования в разные периоды его развития, в частности. Необходимость обоснования управленческих решений и подходов с позиции экономического анализа, действующей нормативно-правовой базы, принципов финансового обеспечения, поставили в центр профессиональных интересов проблемы менеджмента медицинских организаций, включая менеджмент качества, поиска эффективных методов управления на основе клинико-экономического анализа, оценку социальной удовлетворенности участников процесса оказания медицинской помощи. Реализация ведущего отраслевого документа - Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, регламентирующего основные принципы и механизмы предоставления гарантированных объемов бесплатной для населения медицинской помощи, стало основой для формирования приоритетных научных и образовательных направлений деятельности кафедры в течение последних двух десятилетий ("Формирование, экономическое обоснование и реализация тер. программ ОМС в составе территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" - цикл повышения квалификации в рамках специальности “Организация здравоохранения и общественное здоровье”).

Образовательная управленческая траектория чувствительна и призвана реагировать на все системные изменения в сфере охраны здоровья граждан, организации медицинской помощи и обязательного медицинского страхования. Принятие важнейших нормативных документов, в частности Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязатель-

ном медицинском страховании в Российской Федерации"; Приказа ФОМС № 230 от 01 декабря 2010 г, утвердившего "Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию", Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28 февраля 2011 года N 158н. Регламентированы новые виды контроля качества медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, требования к специалистам, осуществляющим все виды контроля принципиально изменили содержание образовательных программ их подготовки. До принятия нового закона повышение квалификации врачей-экспертов для системы ОМС осуществлялось в рамках государственного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по медицинской специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье". Новый закон установил определенные требования к допуску специалистов к экспертной работе, включая подготовку в рамках трехмодульной образовательной программы, направленной на овладение компетенциями, необходимыми для присвоения квалификации специалист медико-экономического контроля или эксперта в сфере обязательного медицинского страхования для осуществления медико-экономической экспертизы и экспертизы качества. Изменения в Правила обязательного медицинского страхования, внесенные в 2015 году определили новые функции страховых медицинских организаций, связанные с введением института страховых представителей, ориентированного на повышение эффективности работы по защите прав и законных интересов застрахованных граждан, усиление профилактической направленности системы обязательного медицинского страхования, повышение информированности застрахованных лиц, в том числе приверженности лечению и ведению здорового образа жизни, и осуществление информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи. Для реализации поставленных задач выделяют три уровня страховых представителей: 1 уровень - специалист контакт-центра страховой медицинской организации, 2 уровень - специалист страховой медицинской организации, 3 уровень - специалист эксперт страховой медицинской организации. Для каждого уровня страховых представителей разработаны и реализуются программы подготовки, страховые представители 1 уровня обучаются на базе учебных центров страховых медицинских организаций, страховые представители 2 и 3 уровней - на базе образовательных организаций. На территории Забайкальского края подготовка страховых представителей всех уровней начата в 2016 году и осуществляется в настоящее время в соответствии с потребностями страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в регионе.

В 2014 году на территории многих субъектов РФ, включая Забайкальский край, система обязательного медицинского страхования претерпела серьезные изменения, связанные с переходом на одноканальное финансирование, отразившиеся и на организации дополнительного профессионального образования в рамках специальности “Организация здравоохранения и общественное здоровье”. Деятельность ЗРУМЦа с 2015 года продолжена на кафедрах медицинской академии: общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, вновь созданной кафедре организации здравоохранения ФПК ППС и Региональной общественной организации "Забайкальское общество организаторов здравоохранения".

В настоящее время научная и образовательная деятельность направлена на оптимизацию образовательного процесса, совершенствование информационного обеспечения, поисков новых и удобных форм проведения циклов: выездных, очно-заочных, в том числе с применением дистанционных технологий.

Изменение формата образовательных технологий, содержания образовательных программ актуализирует совершенствование методического сопровождения с применением

принципов научного анализа обоснования решений. В рамках данного направления активно разрабатываются и внедряются в практическую деятельность методические пособия и рекомендации.

Разработан образовательный модуль по способам оплаты медицинской помощи в условиях стационара. В модуле представлен зарубежный и отечественный опыт формирования и использования клинико-статистических групп; преимущества и недостатки применения метода КСГ; алгоритм формирования КСГ как способ оплаты медицинской помощи в условиях стационара и в дневных стационарах; выделены основные и дополнительные классификационные критерии, определяющие группу заболеваний и соответствующие ей поправочные коэффициенты. Модуль рекомендован Координационным советом по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России для слушателей, обучающихся по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье".

Проблеме разработки комплексного подхода к организации работы с обращениями граждан посвящены методические рекомендации "Медико-правовой анализ обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования". Обращения граждан являются одним из критериев оценки удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи и важной составляющей комплексной системы измерения и мониторинга удовлетворенности потребителей медицинских услуг. Методические рекомендации содержат детализированный алгоритм работы с обращениями граждан по поводу неудовлетворенности медицинской помощью.

Приоритетным направлением методического сопровождения системы обязательного медицинского страхования является стратегическое планирование медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий - планирование дифференцированных объемов медицинской помощи по основным видам и условиям оказания, включая проведение аудита их реализации. Методические рекомендации "Алгоритм стратегического планирования скорой медицинской помощи на уровне муниципального образования" направлены на совершенствование организации данного вида медицинской помощи, обеспечение доступности в условиях низкой плотности населения, ограниченной транспортной доступности малочисленных населенных пунктов.

Современная организация управления качеством медицинской помощи на территориальном уровне должна использовать значимые и постоянно контролируемые результаты с целью предупреждения дефектов в процессе оказания медицинской помощи. С этой целью создано методическое пособие, предназначенное для практической деятельности экспертов качества по обязательному медицинскому страхованию. Пособие содержит методологические и теоретические основы проведения экспертизы качества, включающие алгоритм методики комплексной оценки качества медицинской помощи с формированием обоснованного экспертного заключения.

Эффективность функционирования системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования во многом зависит от качества подготовки управленческого звена отрасли. Для формирования управленческого потенциала в настоящее время предусмотрена система подготовки и аккредитации руководителей всех уровней с позиций компетентностного подхода в рамках утвержденного профессионального стандарта "специалиста в области организации здравоохранения". В этой связи первоочередной задачей является формирование механизмов реализации стандарта в медицинских организациях, а также интеграция процессов обучения, аккредитации и аттестации организаторов здравоохранении.

Таким образом, на территории активно реализуются основные принципы образовательной и исследовательской деятельности, дающей возможность применять полученные

результаты в повседневной практике медицинских организаций системы здравоохранения и обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Постановления Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (в ред.от 22.02.2017) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2011 № 158 (в ред.от 2.08.2015) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7.11. 2017 № 768 "Об утверждении Профессионального стандарта "специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья"
7. Флек В.О. Модернизация российского здравоохранения - основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению / В.О. Флек, Д.А. Зинланд. - СПб.: Изд-во Политехн. ун-та, 2011. - 440 с.
8. Ходакова О.В. Медико-правовой анализ обращений граждан в системе обязательного медицинского страхования: Методические рекомендации/ Михеева И.С., Ю.Е. Сенотрусова, О.В. Ходакова; - Чита: ИИЦ ЧГМА, 2012. - 27 с.
9. Шильникова Н.Ф. Методические рекомендации по стратегическому планированию скорой медицинской помощи на уровне муниципального образования" / Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Сенижук А.И., Богатова И.В., Бобрович В.В., Дударева В.А. // Учебно-методическое пособие. - Чита: РИЦ ЧГМА, 2017. - С. 56

УДК 614.2:336.5

Мурзина М.И.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ПРОГРАММАМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ, А ТАКЖЕ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ И ПРОВЕДЕНИЮ РЕМОНТА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА В 2016-2017 ГОДАХ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Для своевременного и качественного оказания медицинской помощи населению, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования, нужны медицинские работники, а также современное медицинское оборудование, соответствующее порядкам и стандартам оказания медицинской помощи.

До 2016 года медицинские организации могли расходовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказание медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования, на статьи, включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в

том числе на повышение квалификации медицинских работников и приобретение медицинского оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В конце 2015 года в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" внесены изменения, касающиеся формирования в составе бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования средств нормированного страхового запаса, предназначенного для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее - НСЗ на мероприятия). Необходимо отметить, что медицинские организации могут приобретать медицинское оборудование стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу.

Нормированный страховой запас формируется за счет средств от применения санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и включает средства от применения территориальным фондом и страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

а) 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 35 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 35 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 25 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Объем сфомированных средств нормированного страхового запаса в 2016-2017 гг. составил 144,4 млн рублей, в том числе в 2016 году - 138,4 млн рублей, в 2017 году - 96,0 млн рублей.

Таблица 1

Объем средств НСЗ, сформированный для реализации мероприятий, в 2016-2017 годах

(рублей)

Наименование показателя	2016 год	2017 год
Поступило средств в нормированный страховой запас территориального фонда обязательного медицинского страхования, всего, в том числе:	138 445 053,58	95 985 635,13
от медицинских организаций, из них:	2 934 927,66	1 052 617,13
по результатам проведения медико-экономического контроля	2 790 563,10	824 007,83
необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи	113 743,73	196 136,97
необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы	23 859,92	10 639,43
поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	6 760,91	21 832,90
от страховых медицинских организаций, из них:	135 510 125,92	94 933 018,00
по результатам проведения медико-экономического контроля	94 847 944,31	54 765 825,97
необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи	23 155 642,92	24 111 739,94
необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы	11 706 791,32	10 138 714,32
поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	5 799 747,37	5 916 737,77

Наибольший объем доходов средств нормированного страхового запаса на мероприятия поступает от страховых медицинских организаций - более 97% от всех поступлений. В структуре поступлений средств от страховых медицинских организаций наибольший удельный вес составляют средства от проведения медико-экономического контроля - более 60%.

Правила использования средств нормированного страхового запаса на финансовое обеспечение мероприятий определены постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 года № 332. В соответствии с указанным постановлением средства нормированного страхового запаса на мероприятия предоставляются медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, при соблюдении нормативно установленных условий на основании заключенного территориальным фондом обязательного медицинского страхования с медицинской организацией соглашения, типовая форма и порядок заключения которого утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Условиями использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса на мероприятия являются следующие:

1. Для всех мероприятий:
   а) наличие у медицинской организации заключенного договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на текущий финансовый год;
   б) включение медицинской организации в План мероприятий;
   в) внесение изменений (при необходимости) в план финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в целях реализации мероприятий.
2. Для повышения квалификации медицинских работников:
   а) наличие заявления медицинского работника руководителю медицинской организации о направлении на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, по выбору медицинского работника, который осуществляется в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения Российской Федерации;
   б) наличие у медицинской организации заключенного в соответствии со статьей 54 Федерального закона "Об образовании в Российской Федерации" договора об образовании на обучение по дополнительной профессиональной образовательной программе;
3. Для приобретения медицинского оборудования:
   а) наличие у медицинской организации потребности в приобретаемом медицинском оборудовании, предусмотренном утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи;
   б) наличие медицинского(их) работника(ов), имеющего(их) соответствующий уровень образования и квалификации для работы на приобретаемом медицинском оборудовании;
   в) наличие в медицинской организации помещения для установки приобретаемого медицинского оборудования (если приобретаемое медицинское оборудование требует специального помещения для установки и (или) использования);
   г) наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации контракта на поставку медицинского оборудования.
4. Для проведения ремонта медицинского оборудования:
   а) наличие у медицинской организации потребности в ремонте медицинского оборудования, предусмотренного утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации порядками оказания медицинской помощи;
   б) наличие документов, подтверждающих, что подлежащее ремонту медицинское оборудование находится в собственности (оперативном управлении) медицинской организации и принято к бухгалтерскому учету;

в) наличие регистрационного удостоверения на медицинское изделие;
г) наличие акта о вводе медицинского оборудования в эксплуатацию;
д) наличие документа, подтверждающего выход медицинского оборудования из строя;
е) истечение срока гарантийного обслуживания медицинского оборудования;
ж) наличие у медицинской организации заключенного в соответствии с законодательством Российской Федерации контракта на ремонт медицинского оборудования.

Распределение средств нормированного страхового запаса на мероприятия осуществляется в соответствии с Планом мероприятий, который утверждается Министерством здравоохранения Забайкальского края по согласованию с территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями или их ассоциациями (союзами) и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), представители которых включены в состав Краевой комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. При этом, Министерством здравоохранения Забайкальского края разрабатываются и утверждаются критерии отбора медицинских организаций для включения в План мероприятий.

План мероприятий утверждается ежеквартально, до 1-го числа первого месяца очередного квартала. В целях включения в план мероприятий медицинская организация направляет в Министерство здравоохранения Забайкальского края ежеквартально, за 15 календарных дней до начала очередного квартала, заявку по установленной форме. Утвержденный план мероприятий направляет в медицинские организации, в которых предусматривается реализация мероприятий, в установленные законодательством сроки.

На 2016 год в План мероприятий для приобетения медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса включено 19 медицинских организаций и запланировано закупить 152 единицы медицинского оборудования на общую сумму 104,2 млн рублей. На 2017 год в План мероприятий уже включено 28 медицинских организаций для приобретения медицинского оборудования и 26 медицинских организаций по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, планировалось приобрести 168 единиц медицинского оборудования на общую сумму 152,0 млн рублей и на дополнительное профессиональное образование медицинских работников по программам повышения квалификации на править средства в размере 1,6 млн рублей для 79 медицинских работников. Проведение ремонта медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса в 2016-2017 гг. не планировались.

Медицинскими организациями, включенными в План мероприятий, проведены закупочные процедуры по приобретению медицинского оборудования в соответствии с Федеральным законом от 05 апреля 2013 года № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд", а также заключены договоры по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации.

С целью направления средств нормированного страхового запаса на мероприятия в медицинские организации, необходимо заключать Соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (далее - Соглашение), между Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и медицинскими организациями, вкюченными в План мероприятий. Типовая форма и порядок заключения Соглашения утверждены приказом Минздрава России от 06 июня 2016 года № 354н.

Указанное Соглашение определяет вид мероприятия, на реализацию которого направ-

ляются средства нормированного страхового запаса, объем финансирования и график перечисления данных средств, условия использования полученных средств медицинской организацией, порядок взаимодействия сторон, а также ответственность сторон за нарушение условий соглашения.

К обязанностям территориального фонда относятся перечисление медицинской организации средств нормированного страхового запаса в соответствии с установленным графиком и осуществление контроля за реализацией медицинской организацией мероприятий и использованием средств, полученных в соответствии с Соглашением. К правам территориального фонда отнесено направление требования о возврате медицинской организацией средств нормированного страхового запаса в случае несоблюдения медицинской организацией условий, предусмотренных Соглашением.

В обязанности медицинской организации входит:

- представление в ТФОМС проекта Соглашения, а также документов, подтверждающих выполнение условий получения и использования средств нормированного страхового запаса;
- реализация мероприятий в полном объеме в сроки, установленные заключенными договорами (контрактами);
- направление учредителю предложений о внесении изменений в план финансово-хозяйственной деятельности в целях реализации мероприятий;
- использование средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий с соблюдением условий, установленных Соглашением;
- ведение раздельного аналитического учета средств нормированного страхового запаса;
- предоставление в ТФОМС отчетности о реализации мероприятий и использовании средств нормированного страхового запаса;
- создание условий для осуществления ТФОМС контроля за использованием средств нормированного страхового запаса;
- возврат в бюджет ТФОМС средств нормированного страхового запаса, использованных не по целевому назначению.

Таблица 2

Объем средств НСЗ, направленных в медицинские организации, на финансирование мероприятий в 2016-2017 годах

(рублей)

Наименование показателя	2016 год	2017 год
Направлено средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в медицинские организации, всего, в том числе для финансового обеспечения мероприятий по:	**59 836 409,03**	**126 649 999,40**
организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации	0,00	1 123 800,00
приобретению медицинского оборудования	59 836 409,03	125 526 199,40
проведению ремонта медицинского оборудования	0,00	0,00

В 2016 году медицинскими организациями заключены государственные контракты на поставку 129 единиц медицинского оборудования на общую сумму 83,9 млн рублей. Территориальным фондом направлены в медицинские организации средства нормированного страхового запаса, (за фактически поступившее медицинское оборудование), в размере 59,8 млн. рублей (122 единицы) на основании заключенных 19 Соглашений. Медицинские организации полученные средства использовали на оплату государственных контрактов по поставке медицинского оборудования.

В 2017 году медицинскими организациями заключены государственные контракты на поставку 164 единиц медицинского оборудования на общую сумму 139,8 млн рублей и на 1,4 млн рублей (77 медицинских работника) договоров на организацию дополнительного

профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации. Территориальным фондом направлены в медицинские организации средства нормированного страхового запаса всего 126,6 млн рублей, в том числе за фактически поступившее медицинское оборудование, в размере 125,5 млн рублей (151 единица) и на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников - 1,1 млн рублей, на основании заключенных 82 Соглашений. Медицинские организации полученные средства использовали в полном объеме на мероприятия в соответствии с заключенными Соглашениями.

Остатки средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий, неиспользованные территориальным фондом и медицинскими организациями на 1 января очередного финансового года, используются в очередном финансовом году на те же цели.

Подводя итоги по реализации мероприятий за счет средств нормированного страхового запаса, необходимо отметить, что внесение изменений в Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и утверждение Правил использования средств нормированного страхового запаса на финансовое обеспечение мероприятий позволило направлять аккумулируемые ресурсы на профессиональную подготовку медицинских работников и обновление материально-технической базы медицинских организаций, в части приобретения медицинского оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу. Так за счет средств нормированного страхового запаса приобретено следующее медицинское оборудование: компьютерный томограф, аппараты УЗИ, аппараты ИВЛ, рентгенографические аппараты, столы операционные, гастрофиброскопы, наркозно-дыхательный аппарат, стоматологические установки, рабочее место офтальмолога, комплект силового оборудования, противоожоговая флюидизирующая кровать, оборудование для медицинской реабилитации и прочее медицинское оборудование. Новый подход к использованию средств нормированного страхового запаса позволил существенно модернизировать материально-техническую базу медицинских организаций и обеспечить высокое качество оказания медицинской помощи гражданам Забайкальского края.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
2. Постановление Правительства РФ от 21.04.2016 № 332 "Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования".
3. Приказ Минздрава России от 06.06.2016 № 354н "Об утверждении типовой формы и порядка заключения соглашения территориального фонда обязательного медицинского страхования с медицинской организацией о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования".
4. Приказ ФФОМС от 26.05.2016 № 105 "Об утверждении порядка и форм представления отчетности о реализации мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования и использовании предоставленнх средств для их фианосового обеспечения".
5. Приказ Минздрава России от 04.08.2016 № 575н "Об утверждении Порядка выбора ме-

дицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования".

УДК 614.2:336.2

Мурзина М.И.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

В целях обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования ежегодно разрабатываются и утверждаются в установленном законодательством порядке бюджеты, сбалансированные по объемам государственных обязательств по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного страхования.

Формирование бюджета на очередной финансовый год - это сложная и кропотливая работа, которая начинается задолго до его принятия. Бюджет территориального фонда представляет собой образования и расходования денежных средств, которые в настоящее время формируются за счет субвенции, поступающей из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, межбюджетных трансфертов, налоговых и неналоговых доходов и прочих поступлений.

За 25 лет существования системы обязательного медицинского страхования структура доходов бюджета претерпела изменения. До 2001 года основными источниками поступлений были страховые взносы за работающее население, уплачиваемые работодателями в размере 3,4% от начисленной заработной платы, и страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемые из бюджета субъекта, прочие поступления. Перечисление страховых взносов за работающее население, уплачиваемых работодателями, осуществлялось непосредственно в территориальные фонды.

В связи с введением в действие главы 24 Налогового Кодекса Российской Федерации с 2001 года основным источником поступления стал "Единый социальный налог" и страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, прочие поступления. "Единый социальный налог" поступал в бюджет территориальных фондов через налоговые органы субъектов Российской Федерации.

С 2010 года источниками доходов становятся страховые взносы на обязательное медицинское страхование, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования", страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, прочие поступления.

С 2012 года основным источником поступлений является субвенция, поступающая из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Доходы бюджета Территориального фонда с 1998 года по 2018 год приведены на диаграмме.

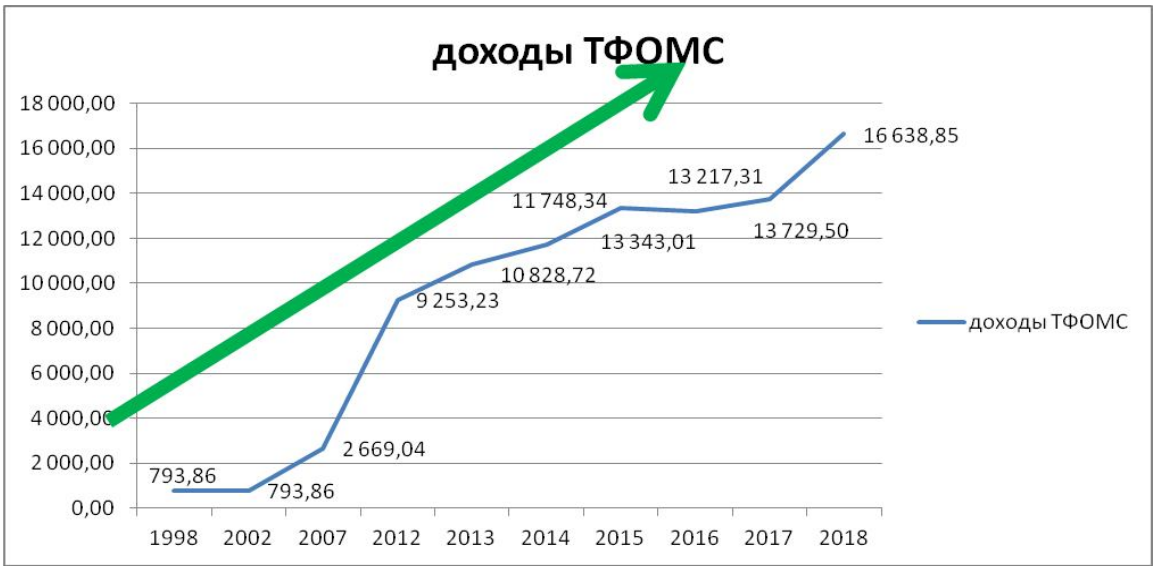


Рис. 1. Доходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края за 1998-2018 гг. (млн. рублей)

Из приведенных данных видно, что доходы территориального фонда из года в год увеличиваются, особенно наблюдается рост, начиная с 2007 года. С 2012 года рост доходов связан с увеличением субвенции, направляемой Федеральным фондом обязательного медицинского страхования на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Вторая часть бюджета - расходная - определяет направления расходования средств обязательного медицинского страхования в соответствии с нормативными документами.

Расходы бюджета Территориального фонда с 1998 года по 2018 год приведены на диаграмме.

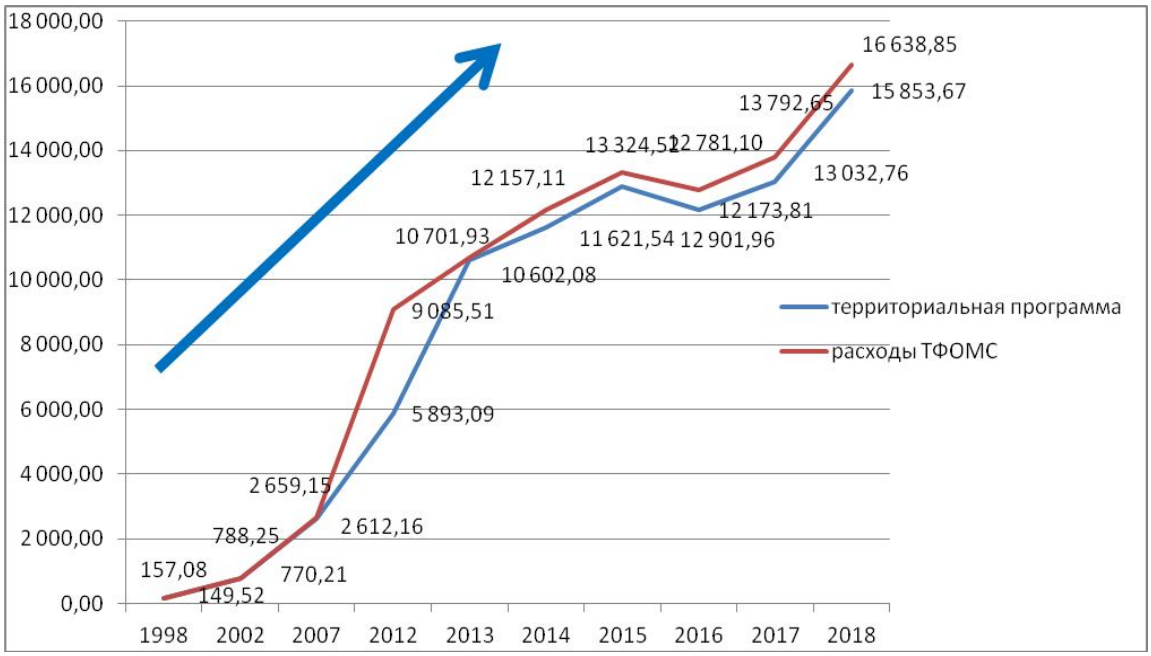


Рис. 2. Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края за 1998-2018 гг. (млн. рублей)

Основная часть расходов бюджета - финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования. Ежегодный рост объемов финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования связан с мероприятиями, проводимыми в системе здравоохранения.

В соответствии с ежегодными постановлениями Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" на территории Забайкальского края, начиная с 2000 года, утверждается Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края, составной частью которой является территориальная программа обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо, требования к условиям оказания медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи.

Необходимо отметить, что при утверждении и реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования увеличивается финансовое обеспечение в расчете на 1 застрахованное лицо, так в 2018 году данный показатель запланирован в размере 15 051,0 рублей, что по сравнению с 2012 годом в 3,2 раза выше.

На 2018 год на реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования утверждена субвенция Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере 16 271,3 млн руб., что на 2 885,2 млн рублей больше, чем в 2017 году, несмотря на уменьшение расчетной численности застрахованных лиц (с 1 081 769 человек на 2017 год до 1 076 421 на 2018 год). Данное увеличение будет направлено на реализацию Указа Президента по повышению заработной платы медицинских работников в размере 2,6 млрд. рублей и на финансирование остальных статей расходов медицинских организаций при реализации территориальной программы ОМС.

Также ежегодно расширяется спектр медицинских услуг, предоставляемых в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. С 2018 года произошло расширение клинико-статистических групп, в том числе по круглосуточному стационару на 28 КСГ, дневному стационару - 14 КСГ. Расширены клинико-статические группы по медицинской реабилитации - на 13 КСГ в круглосуточном стационаре и 7 КСГ в дневном стационаре, онкологии - на 13 и 7 КСГ соответственно, а также введены дополнительные клинико-статические группы по гериатрии - 1 КСГ (коэффициент затратоёмкости 1,5), реанимации - 1 КСГ (коэффициент затратоёмкости 18,15).

В соответствии с принятым Тарифным соглашением на 2018 год оплата медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС производится следующим образом:

- скорая медицинская помощь - по дифференцированному подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;
- медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи), то есть медицинские организации, имеющие прикрепленное население - по подушевому нормативу, МО-исполнители - за единицу объема медицинской помощи;

- медицинская помощь, оказываемая в условиях круглосуточного стационара - за законченный случай лечения заболевания по клинико-статистическим группам заболеваний, в пределах объемов и соответствующей им стоимости, установленных решением Комиссии;
- медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания по клинико-статистическим группам заболеваний, в пределах объемов и соответствующей им стоимости, установленных решением Комиссии.

Необходимо отметить, что Территориальный фонд, начиная с 2005 года, участвует в реализации различных проектов в сфере здравоохранения по следующим направлениям: национальный проект "Здоровье", программа дополнительного лекарственного обеспечения, программа "Модернизация здравоохранения", программа "Земский доктор", финансирование высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение мероприятий за счет средств нормированного страхового запаса. Кратко остановимся на каждом направлении.

Реализация Национального проекта "Здоровье"

В 2005 году Президент России объявил о начале реализации в нашей стране приоритетных национальных проектов, в том числе и в сфере здравоохранения. С начала 2006 года Территориальный фонд участвовал в реализации данного проекта по ряду направлений.

Так в части укрепления первичного звена здравоохранения Территориальный фонд обеспечивал осуществление дополнительных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам. В рамках данного проекта на 2006-2007 годы определен перечень, включающий 60 медицинских организаций, участковые специалисты которых имели право на получение дополнительных выплат.

Расходы бюджета Территориального фонда на указанные цели в 2006 году составили 103 273,2 тыс. рублей, в 2007 году - 109 865,2 тыс. рублей, в 2008 году - 178 401,7 тыс. рублей, в 2009 году - 271 635,1 тыс. рублей, в 2010 году - 216 010,1 тыс. рублей, в 2011 году - 226 822,3 тыс. рублей, в 2012 году - 216 879,7 тыс. рублей.

Вторым важным направлением национального проекта "Здоровье", в реализации которого участвует Территориальный фонд, является проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в бюджетных учреждениях.

Всего за 2006 год за проведенную диспансеризацию граждан в медицинские организации направлено 12 070,0 тыс. рублей, за 2007 год - 27 013,0 тыс. рублей, 60% этих средств израсходованы на заработную плату специалистам.

В 2007 году национальный проект в сфере здравоохранения дополнился еще одним блоком - проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Для реализации этого направления Территориальным фондом совместно с Комитетом здравоохранения Читинской области (ныне Министерство здравоохранения Забайкальского края) утвержден список из 29 медицинских организаций, оказывающих данную медицинскую услугу. Определена численность подлежащих диспансеризации детей в количестве 3074 человека. Составлен план-график прохождения диспансеризации и определена сумма за диспансеризацию каждого ребенка до 4 лет - в размере 1 200 рублей, от 5 до 7 лет - 1 450 рублей.

Всего за 2007 год диспансеризацию прошли 2 817 детей, сумма соответствующих выплат составила 4 025,4 тыс. рублей, в том числе детей в возрасте до 4 лет - 237 человек на сумму 244,4 тыс. рублей, в возрасте от 5 до 17 лет - 2 580 человек на сумму 3 741,0 тыс. рублей.

Реализация программы дополнительного лекарственного обеспечения

С внесением изменений в федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (в редакции Федерального Закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ) произошли кардинальные изменения, явившиеся следствием принципиально новых

подходов государства к социальной защите граждан, в том числе в лекарственном обеспечении отдельных категорий граждан.

Дополнительная лекарственная помощь - это первая масштабная программа, основанная на реальной потребности граждан в лекарственных средствах, а не на сметном финансировании. Масштабность проекта ДЛО определяется числом участников реализации программы: это Пенсионный фонд, Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, Росздравнадзор и его территориальные органы, а также органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Для реализации задач системы дополнительного лекарственного обеспечения на территории края в 2005-2007 годы Территориальны фондом проделана определенная работа. Проводился еженедельный мониторинг по выписанным, отпущенным рецептам и рецептам, находящимся на отсроченном обслуживании, разработан и утвержден регламент информационного взаимодействия между участниками реализации программы ДЛО, приобретено современное программное обеспечение для автоматизированной выписки рецептов в медицинских организациях.

За период - 2005-2007 гг. Территориальным фондом всего оплачено фармацевтическим организациям 930 631,9 тыс. руб., в том числе:
- в 2005 году - принято к оплате и оплачено 254 408,6 тыс. руб;
- в 2006 году - 424 521,2 тыс. руб.;
- 2007 году - принято к оплате 364 366,0 тыс. руб.

С 2013 года проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также профилактические осмотры взрослого и детского населения включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Реализация программы "Модернизация здравоохранения"

Отдельного внимания требует Программа модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах. Основанием для разработки программы стал Федеральный Закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Основная цель данной программы заключается в улучшении качества и обеспечении доступности медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации.

Основные задачи, определенные Программой:
1) укрепление материально-технической базы медицинских учреждений;
2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение;
3) внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

В рамках поставленных целей выделены следующие мероприятия:

I. Укрепление материально-технической базы медицинских учреждений.

1. Реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения субъекта Российской Федерации, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории субъекта Российской Федерации, сети и структуры учреждений здравоохранения с выходом на количество учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности (в сравнении с действующей сетью).
2. Приведение материально-технической базы указанных учреждений здравоохранения (включая завершение строительства ранее начатых объектов, оснащение оборудованием, проведение текущего и капитального ремонта) в соответствие с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

II. Внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

1. Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной ме-

дицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота.

2. Ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

III. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи.

1. Поэтапный переход к оказанию медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи, устанавливаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2. Поэтапный переход к 2013 году к включению в тарифы на оплату медицинской помощи за счет ОМС расходов на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходов на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.
3. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
4. Обеспечение потребности во врачах по основным специальностям с учетом объемов медицинской помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Повышение уровня заработной платы врачей и среднего медицинского персонала.
5. Подготовка к включению с 2013 года в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена здравоохранения и дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
6. Повышение доступности и качества медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Финансовое обеспечение мероприятий Программы, направленных на модернизацию здравоохранения, осуществляется в пределах выделенных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых в форме субсидий бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию Программы, а также в рамках бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренных на эти цели.

Территориальным фондом за счет средств субсидий, выделенных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, на указанные цели направлено в 2011-2012 гг. всего - 4 634,5 млн. рублей, в том числе на:

- укрепление материально-технической базы медицинских учреждений - 2 064,6 тыс. рублей, из них в 2011 году - 1 152,1 тыс. рублей, в 2012 году - 912,5 тыс. рублей;
- внедрение современных информационных систем в здравоохранение - 304,5 тыс. рублей, из них в 2011 году - 95,1 тыс. рублей, в 2012 году - 209,4 тыс. рублей;
- внедрение стандартов оказания медицинской помощи - 2 265,4 тыс. рублей, из них в 2011 году - 648,1 тыс. рублей, в 2012 году - 1 617,3 тыс. рублей.

Реализация программы "Земский доктор"

С 2012 года в России довольно успешно действует программа "Земский доктор". За четыре года тысячи молодых специалистов воспользовались помощью государства для решения жилищного вопроса на новом месте работы.

Желающие лечить сельских жителей, в рамках ее работы, имеют право на получение одного миллиона рублей - это целевая помощь, не облагаемая налогом, выделяемая в рамках программы. Использовать ее можно на:

- приобретение квартиры, дома или земли;
- строительство жилья.

Исполнение федеральной программы для сельских врачей регулируется Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании". В 2011 году в закон внесены изменения, касающиеся реформирования системы здравоохранения. Они описывают порядок и условия получения помощи врачами, переехавшим на работу в сельскую местность.

За прошедшие годы в условия программы были внесены изменения. Так, к 2016 году изменен возрастной ценз специалистов, которые могут участвовать в программе. Если в самом начале проект был рассчитан на молодежь до 35 лет, то теперь распространяется на врачей до 50 лет. Кроме того, в 2016 году расширился спектр населенных пунктов, где он действует.

В 2017 году на материальную поддержку от государства могли претендовать врачи, проживающие не только в деревнях, но и в поселках городского типа.

На территории Забайкальского края за 6 лет (с 2012 года по 2017 год) данной программой воспользовались 310 чел. Перечислено 229 700 тыс. руб. за счет средств Федерального фонда обязательного страхования на софинансирование данной программы.

Год	Количество человек	Размер средств перечисленных ФФОМС (тыс. рублей)	Соотношение софинансирования ФФОМС/бюджет (тыс. рублей)
2012	127	127 000	1000/0
2013	39	19 500	500/500
2014	-	-	-
2015	32	16 000	500/500
2016	45	27 000	600/400
2017	67	40 200	600/400
Всего	**310**	**229 700**	-

Финансирование высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования

С 2014 года финансирование высокотехнологичной медицинской помощи включено в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края высокотехнологичную медицинскую помощь оказывают 10 медицинских организаций, из которых 7 учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края, 1 негосударственная медицинская организация ОАО "Российские железные дороги" - НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2", 1 медицинская организация федерального подчинения - ГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, и 1 частная медицинская организация - ООО "Реабилитационный центр кинезитерапии".

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края осуществляется по следующим профилям: абдоминальная хирургия, оториноларингология, гематология, урология, акушерство и гинекология, неонатология, ревматология, эндокринология, нейрохирургия, офтальмология, сердечнососудистая хирургия, торакальная хирургия, челюстно-лицевая хирургия, травматология-ортопедия, педиатрия, онкология, дерматология.

За оказанную высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинские организации направлено: за 2014 год - 309 294,45 тыс. рублей, за 2015 год - 399 019,07 тыс. рублей, за 2016 год - 417 996,36 тыс. рублей, за 2017 год - 474 794,19 тыс. рублей. По сравнению с 2014 годом финансирование увеличилось в 1,5 раза, высокотехнологичную помощь в медицинских организациях Забайкальского края получили 13 914 пациентов.

Таким образом, увеличение финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в системе обязательного медицинского страхования, повышает ее доступность для населения Забайкальского края.

Финансовое обеспечение мероприятий за счет средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования

С 2016 года в составе бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования формируется нормированный страховой запас, предназначенный для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

В 2016 году медицинскими организациями заключены государственные контракты на поставку 129 единиц медицинского оборудования на общую сумму 83,9 млн рублей. Территориальным фондом направлены в медицинские организации средства нормированного страхового запаса, за фактически поступившее медицинское оборудование, в размере 59,8 млн. рублей (122 единицы) на основании заключенных 19 Соглашений. Медицинские организации полученные средства использовали на оплату государственных контрактов по поставке медицинского оборудования.

В 2017 году медицинскими организациями заключены государственные контракты на поставку 164 единиц медицинского оборудования на общую сумму 139,8 млн рублей и на 1,4 млн рублей (77 медицинских работника) договоров на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации. Территориальным фондом направлены в медицинские организации средства нормированного страхового запаса всего 126,6 млн. рублей, в том числе за фактически поступившее медицинское оборудование, в размере 125,5 млн рублей (151 единица) и на организацию дополнительного профессионального образования медицинских работников - 1,1 млн. рублей, на основании заключенных 82 Соглашений. Медицинские организации полученные средства использовали в полном объеме на мероприятия в соответствии с заключенными Соглашениями.

Новый подход к использованию средств нормированного страхового запаса позволил существенно модернизировать материально-техническую базу медицинских организаций и обеспечить высокое качество оказания медицинской помощи гражданам Забайкальского края.

В завершение необходимо отметить, что результатом 25-летней работы системы обязательного медицинского страхования Забайкальского края является стабильное выполнение поставленных перед Территориальным фондом задач, направленных на своевременное финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования и различных проектов в сфере здравоохранения, проведение постоянного контроля за целевым использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечение доступности и осуществление контроля за качеством оказания медицинской помощи.

Литература:

1. Налоговый Кодекс Российской Федерации.
2. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
3. Федеральный закон Российской Федерации от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования".
4. Федеральный закон Российской Федерации от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".
5. Постановления Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" на указанные годы.
6. Постановления Правительства Забайкальского края "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края" на указанные годы.

УДК 614.2:336.5

Голубенко А.Г.

ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЫ ТФОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ И АНАЛИЗ НЕЦЕЛЕВОГО РАСХОДОВАНИЯ И НЕОБОСНОВАННОГО ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ ОМС ЗА ПЕРИОД 2013 - 2017 г.г.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее ТФОМС) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее закон № 326-ФЗ) и действующими нормативными правовыми документами в области обязательного медицинского страхования (далее ОМС) осуществляет контроль за использованием финансовых средств ОМС медицинскими организациями (далее МО), в том числе проводит проверки и ревизии.

В период 2013-2017 годов в соответствии с планами контрольно-ревизионной деятельности ТФОМС на соответствующий период, утвержденными директором ТФОМС, специалистами ТФОМС проводились комплексные проверки деятельности, тематические и контрольные проверки по устранению нарушений, выявленных в ходе комплексных проверок по контролю за использованием средств ОМС в МО Забайкальского края в сфере обязательного медицинского страхования. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Год проведения проверок (ревизий)	Количество проверенных МО	Всего проведено проверок	В том числе комплексные проверки	В том числе тематические проверки	В том числе контрольные проверки
2013	61	74	23	49	2
2014	65	81	62	14	5
2015	68	80	63	12	5
2016	65	72	63	6	3
2017	64	72	63	8	1

Основными причинами проведения внеплановых тематических проверок явились МО, в которых размер среднемесячной заработной платы медицинских работников за счет средств ОМС сложился ниже уровня прошлого года, а также проверки по запросам правоохранительных органов.

В 2013-2017 годах ТФОМС проводил проверки медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствующем году, согласно планов проверок, утверждаемых директором ТФОМС. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Год проведения проверок (ревизий)	Количество МО, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках ОМС	Количество МО, включенных в план проверок	% от участвующих в оказании медицинской помощи в рамках ОМС	Количество проверенных МО	% от плана проверок	Количество МО, в которых выявлено нецелевое использование средств	% от количества проверенных
2013	103	45	44	61	136	30	49
2014	103	61	59	65	107	40	62
2015	101	71	70	68	96	54	79
2016	80	68	85	65	96	46	71
2017	71	67	94	64	96	47	73

Согласно отчетным данным в динамике рассматриваемого периода отмечается:

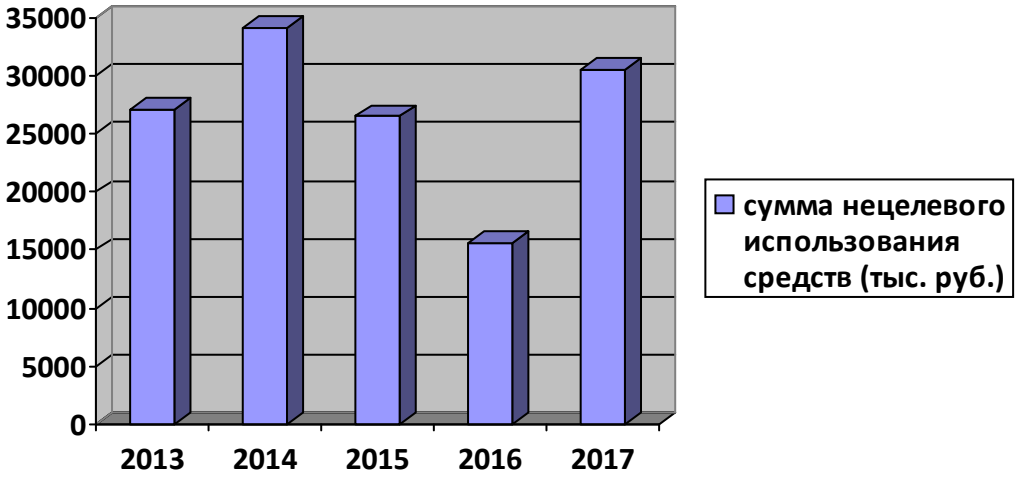
- уменьшение количества медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках ОМС (в результате проведенной реорганизации Министерством здравоохранения Забайкальского края путем объединения медицинских организаций) в связи с чем, % медицинских организаций, включенных в план проверок ТФОМС, увеличился в 2,1 раза до 94% в 2017 году по сравнению с 44% в 2013 году;
- средний процент проверенных медицинских организаций от плана составил 106,2%;
- количество медицинских организаций, в которых выявлено нецелевое использование средств, в процентном соотношении от общего количества проверенных, увеличилось в 1,5 раза до 73% в 2017 году по сравнению с 49% в 2013 году, при том, что количество медицинских организаций, получающих финансовые средства ОМС, уменьшилось на 32 медицинских организации.

Проведенным ТФОМС анализом результатов контрольных мероприятий в 2013-2017 годах установлены основные нарушения, допущенные МО в части целевого, рационального и эффективного использования средств ОМС при оказании медицинской помощи застрахованным гражданам. Структура направлений использования средств медицинскими организациями не по целевому назначению в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования за период с 2013 по 2017 годы приведена в Таблице 3.

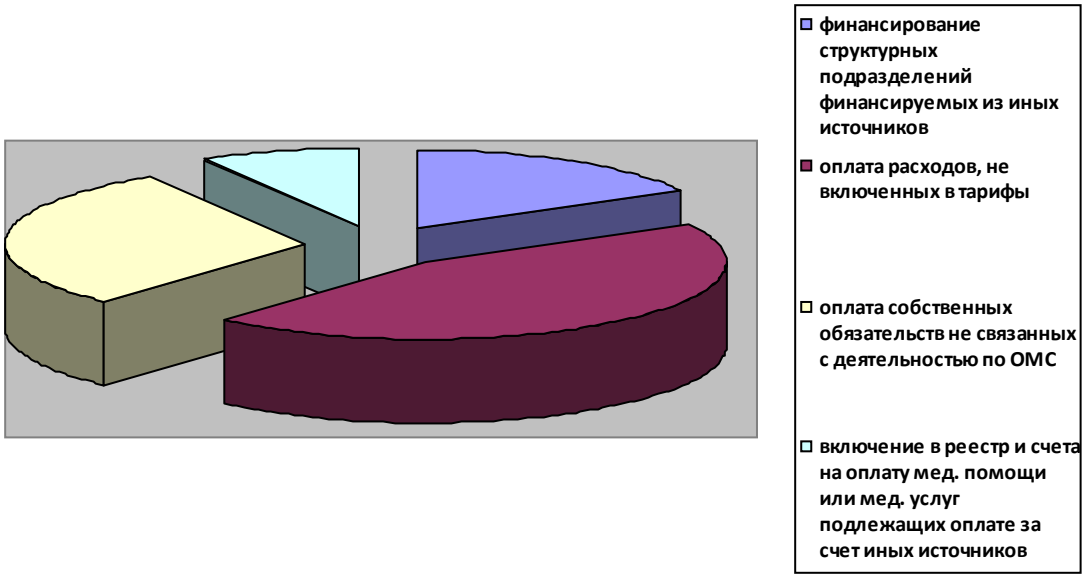
Таблица 3 (тыс. руб.)

Наименование показателя	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**Средний %**
Сумма нецелевого использования средств ОМС, из них в результате:	27073,1	34171,4	26492,8	15600,8	30550,6	
Включение в реестр счетов и счета на оплату медицинской помощи медицинских услуг, подлежащих оплате за счет иных источников	152,2 0,6%	6549,6 19,2%	4365,0 16,5%	658,0 4,2%	562,0 1,8%	8,5%
Необоснованно запрошенных дополнительных сумм финансирования			106,0 0,4%	1705,0 10,9%	2515,7 8,2%	6,5%
Оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы	25927,5 95,7%	17109,8 50,1%	7691,8 29,0%	1572,6 10,1%	10320,1 33,8%	43,7%
Финансирование структурных подразделений (служб) медицинских организаций, финансируемых из иных источников	229,0 0,9%	3,5	3336,8 12,6%	3598,3 23,1%	9015,1 29,5%	16,5%
Расходование средств сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами		38,7 0,1%	0,0	58,2 0,4%	28,7 0,1%	0,2%
Расходование средств при отсутствии подтверждающих документов		24,7 0,1%	872,5 3,3%	215,9 1,4%	749,5 2,5%	1,8%
Оплата собственных обязательств (долгов), не связанных с деятельностью по ОМС	764,4 2,8%	10445,1 30,5%	10120,7 38,2%	7792,8 49,9%	7359,5 24,1%	29,1%

Информация о размере нецелевого использования средств медицинскими организациями в рамках реализации территориальных программ ОМС за период 2013-2017 г.г. отражена в следующей диаграмме.



Информация по структуре нецелевого использования средств, в расчете среднего процента от сумм выявленного нецелевого использования средств за период 2013-2017 г.г. отражена в следующей диаграмме.



Как показали результаты анализа, значительным количеством проверенных МО (в среднем в 67% от проверенных) допущены нарушения положений территориальных программ ОМС на соответствующий год и тарифных соглашений на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Забайкальского края, приведшие к нарушениям законодательства об ОМС в части необоснованного получения и использования финансовых средств ОМС не по целевому назначению, а именно:

- использование лекарственных препаратов, медицинских изделий, продуктов питания и мягкого инвентаря при оказании медицинской помощи лицам, не застрахованным в системе ОМС и (или) получающим медицинскую помощь на платной основе;
- произведены выплаты заработной платы интернам, врачам и медицинским сестрам за ведение практики у студентов;

- произведены выплаты медицинским работникам, не имеющим права на осуществление медицинской деятельности (при отсутствии у них сертификата специалиста) или при отсутствии лицензии на данный вид медицинской деятельности у МО;
- произведены расходы на медицинскую помощь, которая в соответствии с постановлениями Правительства Забайкальского края на соответствующий год не включена в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения), а именно:

а) выплачивается заработная плата, стимулирующие выплаты, материальная помощь, премии врачам психиатрам, психиатрам-наркологам, фтизиатрам, их медицинским сестрам, работникам противотуберкулезных, психонаркологических и психиатрических отделений, профпатологам;

б) оплачиваются расходы по служебным командировкам вышеперечисленным медицинским работникам, выплачиваются подъемные, оплачивается проезд к месту работы, оплачиваются расходы по повышению квалификации, оплачиваются расходы по охране помещений противотуберкулезных, психонаркологических и психиатрических отделений; приобретаются медикаменты, расходный материал, приобретаются продукты питания для организации лечебного питания больных противотуберкулезных, психонаркологических и психиатрических отделений;

- оплачены расходы на обучение по программе подготовки врачей (фельдшеров) по вопросам проведения предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей транспортных средств, выплачена заработная плата фельдшерам кабинетов предрейсовых медицинских осмотров (ПРМО) работников локомотивных бригад негосударственных учреждений здравоохранения ОАО "РЖД" (далее - НУЗ ОАО "РЖД"). В соответствии с п.7 Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. № 835Н, проведение предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров осуществляется за счет средств работодателя;
- оплачены расходы на медицинское освидетельствование, а также на обучение врачей (фельдшеров) на проверку на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического), диагностика и настройка алкотестеров, калибровка анализаторов паров этанола в выдыхаемом воздухе, приобретение тестов на наркотики, алкометров (анализаторов паров этанола в выдыхаемом воздухе);
- выплачена заработная плата работникам лабораторий психофизиологического обеспечения НУЗ ОАО "РЖД". В соответствии с п.3 Распоряжения ОАО "РЖД" от 06.04.2009 г. № 712-р "Об утверждении Положения о психофизиологическом обеспечении работников локомотивных бригад ОАО "РЖД"" оплата услуг психофизиологического обеспечения производится структурными подразделения ОАО "РЖД" на основании договоров, заключенных с НУЗ ОАО "РЖД";
- осуществлены расходы на приобретение иммунобиологических препаратов и вакцин для иммунопрофилактики, которые в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний" должны финансироваться за счет средств субъектов Российской Федерации (вакцина против клещевого энцефалита "Энцевир" и др.);
- медикаменты, приобретенные за счет средств ОМС, использованы при оказании медицинских услуг, оказываемых на платной основе - медикаментозного прерывания беременности ранних сроков (Мирописто, Миролют, Мифолиан), карпульного обезболивания в стоматологии (Ультракаин ДС-форте, Ультракаин);
- приобретены медикаменты для групп населения и категорий заболеваний, при амбу-

латорном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 N 890 (ред. от 14.02.2002 № 103)" О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения" оплата лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно, должна финансироваться за счет средств субъектов Российской Федерации;

- приобретены молочные смеси и по бесплатным рецептам отпущены детям до 1 года жизни. В соответствии со ст. 5 Закона Забайкальского края от 29 декабря 2008 года № 104-33К "Об организации обеспечения полноценным питанием по заключению врача беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет" финансирование расходов, связанных с реализацией данного закона, осуществляется за счет средств бюджета Забайкальского края;
- приобретены строительные материалы для ремонта помещений, не используемых для деятельности МО;
- МО не производилось разделение коммунальных услуг по видам осуществляемой деятельности (ОМС и приносящая доход деятельность);
- произведена оплата за аренду квартир для медицинских работников;
- за счет средств ОМС произведена оценка недвижимости для передачи в аренду;
- за счет средств ОМС израсходованы медикаменты и продукты питания на лечение некоторых категорий военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов;
- выплачена заработная плата медицинским работникам, участвующим в призывной комиссии в военном комиссариате.

При проверке соблюдения обязательств медицинских организаций по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, по структуре тарифа на оплату медицинской помощи выявлены следующие нарушения:

- при сплошной проверке медикаментов, приобретенных медицинскими организациями, на соответствие с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов выявляется приобретение лекарственных препаратов, не входящих в перечень ЖНВЛП, и не обоснованных протоколами врачебной комиссии и медицинской документацией пациентов. В связи с вышесказанным ТФОМС делает выводы, что не все МО ведут раздельный учет медикаментов по источникам финансирования: медикаменты, приобретенные за счет средств ОМС, необходимо использовать на оказание медицинской помощи, включенной в программу ОМС.
- оплачиваются расходы по подготовке и согласованию проектно-сметных документаций по капитальному ремонту;
- оплачиваются расходы по капитальному ремонту;
- приобретается оборудование стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу;
- производится оплата налога на прибыль;
- приобретается мебель, основные средства и материальные запасы, не относящиеся к деятельности медицинской организации (приобретение новогодних украшений, подарочных сертификатов, тортов, приобретение чернозема и пр.);
- произведена оплата услуг по добровольному страхованию жизни и имущества работников.

Медицинскими организациями производится расходование средств ОМС сверх норм, выражающееся в выплатах суточных за однодневные командировки, превышение норм расходов за наем жилья в командировке.

При проведении медико-экономической экспертизы выявлено, что в нарушение ч. 1 ст. 4 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ч 1 ст. 4. ч. 2 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", п.п. 9. 18.19 Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на соответствующий год, п. 5.2 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации получали двойную оплату за оказанную медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС. Учреждениями осуществлялось **взимание личных денежных средств с граждан** за оказанные медицинские услуги, предусмотренные Территориальной программой ОМС, Тарифным соглашением на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на соответствующий год.

При сверке данных документов, реестров счетов, предъявленных на оплату в страховую медицинскую организацию (далее - СМО), с договорами на оказание платных медицинских услуг выявлялось дублирование медицинских услуг, оплаченных СМО по реестрам из средств обязательного медицинского страхования с платными медицинскими услугами, что является недопустимым и влечет за собой ответственность руководителей МО.

При проведении проверки проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также диспансеризации определенных групп взрослого населения выявлены следующие нарушения:

- в результате проверки наличия и сроков действия сертификатов специалиста, наличия документов об обучении по программам дополнительного профессионального образования у работников, участвовавших в проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, выявлено, что в ряде медицинских организацийц врачи не имели документа об обучении по программе дополнительного образования в части особенностей патологии у детей, что является нарушением п.5 Порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 г. № 72н). Случаи проведения осмотров детей-сирот такими специалистами считаются незаконченными, а средства, полученные по реестрам за оказанную медицинскую помощь от страховых медицинских организаций за законченный случай, считаются необоснованно полученными и подлежат возврату в бюджет ТФОМС Забайкальского края;
- в первичной медицинской документации отсутствуют подтверждения о проведенных осмотрах и обследованиях;
- диспансеризация проведена не в полном объеме (дети - не менее 100%, взрослые - не менее 85%).

Также в результате проведенных контрольных мероприятий выявлены нарушения, не способствующие рациональному и эффективному использованию средств ОМС, из них:

- приобретение материальных запасов (медикаменты и мягкий инвентарь) и медицинского оборудования, длительное время не используемых в процессе оказания медицинской помощи;
- проведение закупок лекарственных препаратов по ценам превышающим предельно допустимые.

Кроме того, в ходе контрольных мероприятий установлен перечень системных ошибок и недостатков в организации работы медицинских организаций, из них:

- низкая укомплектованность штатного персонала медицинской организации физическими лицами;
- невыполнение объемных показателей, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- формальный подход ответственных лиц медицинских организаций к оформлению реестров счетов на оплату медицинской помощи, приводящий зачастую к значительным финансовым потерям в связи с отказом в оплате фактически оказанных медицинских услуг;
- искажение отчетных данных в формах ведомственного статистического наблюдения в сфере ОМС.

Вышеназванные нарушения, допущенные медицинскими организациями, не способствуют обеспечению качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в рамках ОМС и приводят к ухудшению условий ее предоставления.

ТФОМС Забайкальского края всегда рад сотрудничеству с МО и оказании им квалифицированной помощи в рамках своей компетенции в части ответа на обращения МО за разъяснениями по направлениям использования средств ОМС, чтобы своевременно предупредить нецелевое использование средств и соответственно оградить МО от наложения на них финансовых санкций по результатам проводимых проверок контрольно-ревизионным отделом ТФОМС.

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// Российская газета, № 263, 23.11.2011;
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Российская газета, № 274, 03.12.2010;
3. Градостроительный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 2004 года № 190-ФЗ;
4. Постановление Правительства РФ от 15 февраля 2011 года № 85 "Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2017 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" // Собрание законодательства РФ, 21.02.2011, № 8, ст. 1126;
5. Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 года № 932 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" // Собрание законодательства РФ, 28.10.2013, № 43, ст. 5558;
6. Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 года № 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" // Собрание законодательства РФ, 28.12.2015, № 52 (часть I), ст. 7607;
7. Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2011 года № 1232 "О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения" // Собрание законодательства РФ, 16.01.2012, № 3, ст. 432;
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 47, 05.03.2011;
9. Приказ ФФОМС от 01 декабря 2010 года № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" // Российская газета, № 20, 02.02.2011;

10. Приказ ФФОМС от 16 апреля 2012 года № 73 "Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 112, 18.05.2012;
11. Приказ Госкомархитектуры от 23 ноября 1988 года № 312 "Об утверждении ведомственных строительных норм Госкомархитектуры "Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения" // М., Госкомархитектуры при Госстрое СССР, 1988;
12. Постановление Госстроя СССР от 29 декабря 1973 года № 279 "Об утверждении Положения о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений" // М., Госстрой России, 2000;
13. Постановление Правительства Забайкальского края от 19 апреля 2011 года № 127 // "Об утверждении Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Забайкальского края" //Азия-Экспресс, № 16/1, 25.04.2011;
14. Постановление Правительства Забайкальского края от 24 декабря 2013 года № 568 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" // Азия-Экспресс, № 52/1, 31.12.2013;
15. Постановление Правительства Забайкальского края от 26 января 2016 года № 41 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2016 год" // http:// www.pravo.gov.ru, 29.01.2016;

УДК 614.2:336.5

Еремеев Ю.С., Казанцева Т.В.

АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЪЁМОВ И СТОИМОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧЁННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГОДА

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП) - это медицинская помощь с применением новых сложных уникальных дорогостоящих методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии для лечения сложных заболеваний.

До 2014 г. высокотехнологичная медицинская помощь финансировалась за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. С 2014 г., в соответствии с ч. 2 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017), базовая программа обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) предусматривает финансовое обеспечение ВМП за счет средств ОМС.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в целях реализации территориальной программы ОМС в рамках базовой программы ОМС на 2014 г. был утвержден перечень видов ВМП по 21 профилю оказания медицинской помощи, который включал 459 методов лечения с указанием кодов МКБ-10 и моделей пациента.

В 2014 г. оплата ВМП осуществлялась по нормативам финансовых затрат, установленных комиссией по разработке территориальной программы ОМС, созданной в каждом регионе страны.

Высокотехнологичная медицинская помощь в рамках базовой программы ОМС оказывается медицинскими организациями любой формы собственности, в т. ч. частной системы здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности.

С 2015 г. перечень видов и методов ВМП, а также их стоимость, устанавливается нормативно правовым актом Правительства Российской Федерации. Кроме того, впервые указанный перечень определяет нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе групп ВМП. В 2015 году перечень определял нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе 30 групп ВМП по 18 профилям, в 2016 году включал в себя 19 профилей и 38 групп, в 2017 году он содержит 19 профилей и 42 группы ВМП.

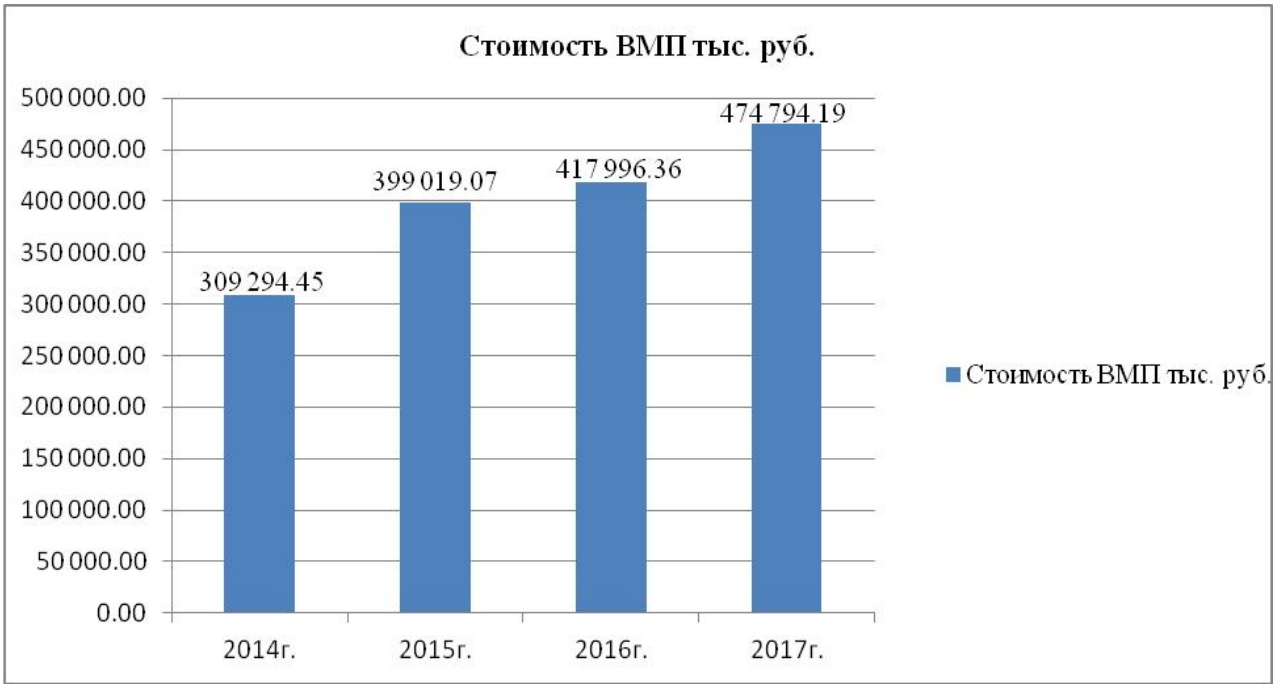
На сегодняшний день высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС в Забайкальском крае оказывают 10 медицинских организаций, по 17 профилям:

- ГУЗ "Краевая клиническая больница" (абдоминальная хирургия акушерство и гинекология, нейрохирургия, оториноларингология, офтальмология, ревматология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, неонатология);
- ГУЗ "Краевая детская клиническая больница" (нейрохирургия, оториноларингология, офтальмология, травматология и ортопедия, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, неонатология, педиатрия);
- ГБУЗ "Забайкальский краевой перинатальный центр" (неонатология, акушерство и гинекология);
- ГАУЗ "Краевая больница №4" (травматология и ортопедия);
- ГУЗ "Забайкальский краевой онкологический диспансер" (гематология; онкология; абдоминальная хирургия);
- ГУЗ "Краевой кожно-венерологический диспансер" (дерматовенерология);
- ГУЗ "Городская клиническая больница №1" (абдоминальная хирургия, нейрохирургия, оториноларингология, травматология и ортопедия);
- НУЗ "Дорожная клиническая больница на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" (акушерство и гинекология, оториноларингология, офтальмология, травматология и ортопедия, урология, эндокринология);
- ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России (офтальмология; челюстно-лицевая хирургия);
- ООО "Реабилитационный центр кинезитерапии" (акушерство и гинекология, травматология и ортопедия).

С 2014 года по 2017 год в медицинских организациях Забайкальского края ВМП получили 13 914 пациентов. Наибольшее количество пациентов пролечено в государственных медицинских организациях.

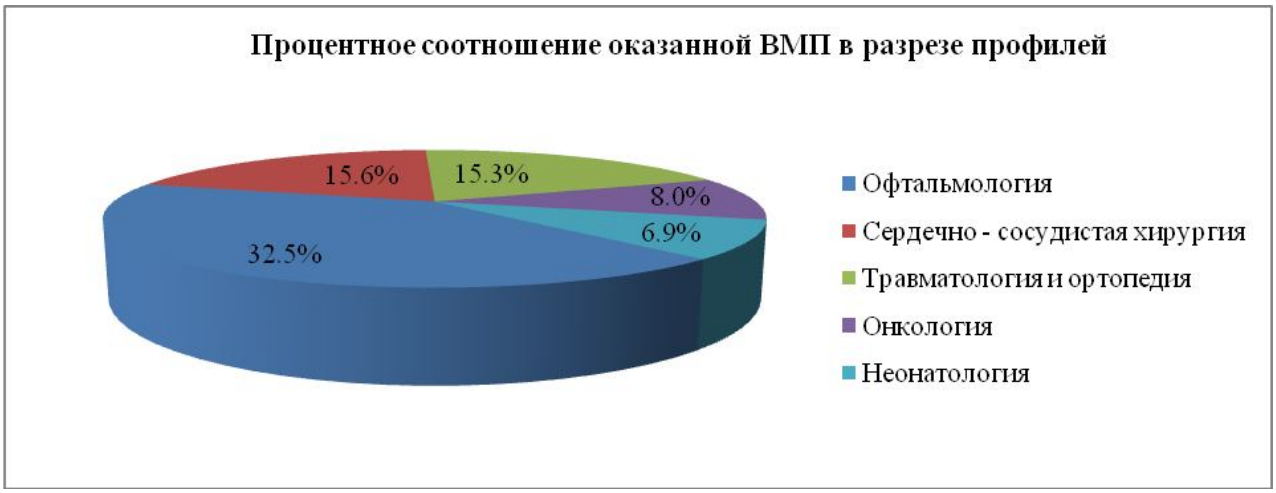
Финансирование ВМП в рамках базовой программы ОМС ежегодно увеличивается. В 2014 году размер финансового обеспечения составил 309 294,45 тыс. рублей, в 2015-м - 399 019,07 тыс. руб., в 2016 году - 417 996,36 тыс. руб., в 2017 году - 474 794,19 тыс. руб., то есть по сравнению с 2014 годом финансирование увеличилось в 1,5 раза. Динамика финансирования представлена на Диаграмме 1.

Диаграмма 1



За 2014-2017 гг. наибольшие объемы выполнены по следующим профилям оказания ВМП: офтальмология, сердечно-сосудистая хирургия, травматология и ортопедия, онкология и неонатология. Соотношение ВМП в разрезе профилей представлено на Диаграмме 2.

Диаграмма 2

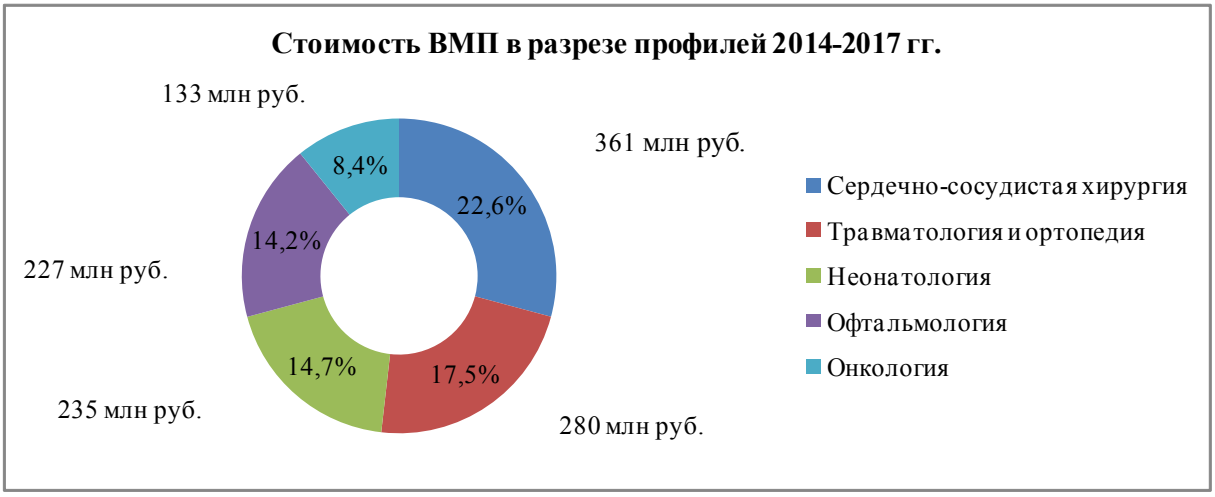


На оплату ВМП по указанным профилям за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда ОМС, направлено 78,2% от общего объема использованных на ВМП средств ОМС (1 млрд. руб.). Размер финансового обеспечения по профилю:

- "Сердечно-сосудистая хирургия" составил 361 100,11 тыс. руб.;
- "Травматология и ортопедия" - 280 456,04 тыс. руб.;
- "Офтальмология" - 227 719,06 тыс. руб.;
- "Неонатология" - 235 707,48 тыс. руб.;
- "Онкология" - 133 889,95 тыс. руб.

Стоимостное соотношение в разрезе профилей представлено на Диаграмме 3.

Диаграмма 3



В структуре выполненных объемов более половины случаев представлены именно теми методами лечения, которые применяются при заболеваниях, являющихся в настоящее время основными причинами смертности населения:

- баллонная вазодилатация с установкой стентов в сосуды (стентирование до трех коронарных артерий) при ишемической болезни сердца (11,2%);
- эндопротезирование суставов конечностей при неправильно сросшихся внутри- и околосуставных переломах и ложных суставах, идиопатическом деформирующем одно- или двухстороннем коксартрозе без существенной разницы в длине конечностей (до 2 см) (8,1%);
- реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в т. ч. с применением физических факторов (гипертермия, РЧТА, ФДТ, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях, в т. ч. у детей (4,4%);
- комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (31,5%);
- имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора при пароксизмальных нарушениях ритма и проводимости различного генеза, сопровождающихся сердечной недостаточностью, гемодинамическими расстройствами и отсутствием эффекта от медикаментозной терапии (4.4%);
- поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструментального мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований (5,1%).

Право на бесплатную высокотехнологичную медицинскую помощь имеют все без исключения граждане нашей страны. Главный критерий ее получения - медицинские показания.

Таким образом, благодаря включению методов ВМП в базовую программу ОМС, произошло повышение доступности данного вида медицинской помощи населению, снижение сроков ожидания получения медицинской помощи, сокращение размеров финансовых затрат на случай лечения.

Литература:
1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Российская газета, № 263, 23.11.2011;
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Российская газета, № 274, 03.12.2010;
3. Приказ Минздрава России от 29.12.2014 № 930н "Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы" // Российская газета, № 9, 21.01.2015;
4. Постановления Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" на указанные годы;
5. Постановления Правительства Забайкальского края "Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края" на указанные годы.

УДК 614.2:336.5

Левочко И.В.

ТАРИФНАЯ ПОЛИТИКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Одной из главных задач обязательного медицинского страхования является обеспечение устойчивого финансирования медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в объеме и на условиях Территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом ограниченных финансовых ресурсов.

Возможность решения указанной задачи во многом определяется выбором такой системы оплаты оказываемой медицинской помощи, которая бы адекватно отражала необходимые медико-организационные и экономические условия внедрения медицинского страхования.

Финансовая эффективность системы здравоохранения определяется способами оплаты медицинской помощи. Методы оплаты медицинской помощи являются одним из самых действенных экономических механизмов, влияющих на поведение медицинских организаций.

На территории Российской Федерации с 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты, ориентированные на результат.

В настоящее время на территории всей Российской Федерации установлены единые способы оплаты медицинской помощи, а также подходы к формированию соответствующих тарифов за оказанную медицинскую помощь.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 и на плановой период 2019 и 2020 годов установлены способы оплаты при оказании амбулаторной и скорой медицинской помощи, в том числе по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с использованием различных инструментов региональной настройки, таких как:
- половозрастная структура, особенность расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации;
- уровень расходов на содержание медицинской организации в зависимости от количества отдельных структурных подразделений;

- радиус территории обслуживания;
- уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций и другие.

При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.

В стационарных условиях и в условиях дневных стационаров устанавливается единственный способ оплаты медицинской помощи - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (далее - КСГ).

Ежегодно с 2013 года в российскую модель КСГ вносятся изменения, необходимые для совершенствования механизма финансового обеспечения медицинской помощи в целях снижения неэффективных расходов медицинских организаций, перераспределения на дневной стационар объемов медицинской помощи при заболеваниях, не требующих круглосуточного наблюдения.

На протяжении последних лет модель КСГ постоянно совершенствуется путем расширения и увеличения количества групп, включения в них диагностических исследований и методов лечения.

Так, в 2013 году была разработана модель с применением 187 КСГ, а в 2018 году уже оплачивается 343 КСГ в стационарных условиях и 134 КСГ в условиях дневного стационара.

В целях обеспечения единой на территории Российской Федерации методологии формирования тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в субъекты Российской Федерации направляются Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденные коллегиальным решением с учетом экспертной оценки членов Рабочей группы Минздрава России по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в состав которой входят представители Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских сообществ, а также большинство главных внештатных специалистов Минздрава России.

Основными приоритетными направлениями реализации тарифной политики в 2018 году являются:

- дифференцированный подход в оплате медицинской помощи по профилю "Онкология" в связи с выделением новых схем лечения в зависимости от назначаемого лекарственного препарата, позволяющий обеспечить рост тарифа за оказанную помощь до 60% в условиях круглосуточного стационара и до 80% - в условиях дневного стационара;
- недопущение установления заниженных тарифов на оказание медицинской помощи по профилю медицинской помощи "Онкология" и "Детская онкология", в том числе недофинансирования медицинских организаций в части приобретения лекарственных средств;
- дифференцированный подход в оплате медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" путем применения шкалы реабилитационной маршрутизации, позволяющей оказывать дорогостоящую реабилитационную помощь пациентам, которые в ней нуждаются;
- поддержка людей пожилого и старческого возраста, путем выделения КСГ по профилю медицинской помощи "Гериатрия";

- поддержка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, госпиталей ветеранов войн, а также медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административных территориальных образований, путем установления повышающих коэффициентов;
- установление возможности криоконсервации с последующим переносом эмбриона при проведении экстракорпорального оплодотворения за счет средств обязательного медицинского страхования, позволяющей существенно удешевить расходы на повторный цикл экстракорпорального оплодотворения.

Регулярная актуализация модели КСГ в связи с накоплением новых статистических данных и появлением новых методов диагностики и лечения позволяет точнее классифицировать случаи госпитализации и реализовывать основной принцип оплаты по КСГ: справедливость, то есть большая оплата за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности.

При этом особое внимание уделяется установлению уровней оказания медицинской помощи и недопущению недофинансирования каждой медицинской организации. С помощью грамотной настройки модели КСГ реализация тарифной политики позволяет нивелировать дифференциацию тарифов на оплату медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, что приводит к эффективному и справедливому использованию средств обязательного медицинского страхования и сглаживанию межрегиональных различий.

Следует отметить, что многие эксперты отмечают эффективность введения оплаты по КСГ и характеризуют это следующим:

- КСГ позволяет стимулировать рост хирургической активности, развитие малоинвазивной хирургии, лечение в стационаре только реально обоснованных случаев и снижение продолжительного пребывания пациента на койке;
- КСГ способствует внедрению ресурсосберегающих методик и технологий;
- при использовании КСГ нет нормирования длительности лечения, приоритет отдается результату: снижение количества необоснованных госпитализаций, исключение утяжеления диагноза пациента, устранение причин в отказе госпитализации;
- позволяет окончательно сформировать трехуровневую систему оказания стационарной медицинской помощи по различным профилям в соответствии с тяжестью больных и четкой моделью маршрутизации пациентов;
- позволяет увеличить стоимость каждого случая лечения в стационаре за счет перераспределения пациентов и направления "легких" больных в дневные стационары;
- изменение структуры расходов в системе ОМС: перераспределение части денежных средств из стационара на поликлиническое звено и на развитие дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня пребывания.

Кроме того, созданная с 2014 года новая организационная модель, предусматривающая поэтапное погружение методов высокотехнологичной медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, на практике доказала свою эффективность и позволила существенным образом увеличить объемы и доступность данного вида медицинской помощи, в том числе по наиболее востребованным профилям: стентированию коронарных сосудов - более чем в 3 раза, эндопротезированию крупных суставов - на 44%, ЭКО - в 3,6 раза. Изменение организационной модели высокотехнологичной медицинской помощи потребовало изменения финансовой модели ее обеспечения.

Общие требования, которые предъявляются к системе оплаты медицинской помощи:

- система оплаты должна стимулировать врачей к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах;
- расходы на оказание медицинской помощи должны быть предсказуемыми;
- административные расходы должны быть минимальными;

- оплата различных этапов оказания медицинской помощи должна сочетаться друг с другом, обеспечивая заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов медицинской помощи в сторону наиболее эффективного.

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации в соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования формируется и осуществляет свою деятельность в соответствии с положением, являющимся приложением Приложение N 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н.

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в тарифном соглашении устанавливает:

- способы оплаты медицинской помощи (порядок оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;
- методику расчетов тарифов на оплату медицинской помощи (статьи расходов, включенные в структуру тарифов);
- тарифы на оплату медицинской помощи.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Требования к структуре и содержанию указанного тарифного соглашения установлены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200.

На территории Забайкальского края краевой комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования ежегодно утверждается тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе ОМС Забайкальского края. На 2018 год тарифное соглашение утверждено 22 декабря 2017 года, структура и содержание которого соответствуют приказу ФОМС от 18 ноября 2014 года № 200 и включает следующие разделы:

- общие положения;
- способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Забайкальском крае;
- размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- заключительные положения.

Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Забайкальском крае, включают в себя следующее:

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:
   - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);
   - за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);
   - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).
2. Оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), в пределах объемов и соответствующей им стоимости специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по Территориальной программе.
3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).
4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи установлены исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы, установленного Законом Забайкальского края "О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов". Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе в соответствии с утвержденными способами оплаты.

Литература:

1. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
2. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. N 158н (ред. от 11.01.2017) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

3. Приказ ФОМС от 18 ноября 2014 года № 200 (ред. от 29.11.2016) "Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения".
4. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и направленные в субъекты Российской Федерации совместным письмом Минздрава Российской Федерации и ФОМС от 21 ноября 2017 года № 11-7/10/2-80810, № 13572/26-2/и.
5. Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2018 год, утвержденное соглашением от 22 декабря 2017 года № 16, заключенным членами Краевой комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

УДК 614.2:613.9

Вавилова Е.А.

ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 2015-2017 ГГ.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья остается одним из основных принципов Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг.

В соответствии с данной Стратегией в настоящее время наиболее эффективными, доказанными и международнопризнанными являются здоровьесберегающие технологии:

- проведение массовых скринингов здоровья в рамках диспансеризации и профилактических осмотров (определение индивидуального интегративного риска развития неинфекционных заболеваний, раннее выявление сосудистых, онкологических и других заболеваний);
- диспансерное наблюдение лиц, страдающих хроническими заболеваниями или имеющих серьезный интегративный риск развития острых заболеваний;
- максимально ранняя коррекция факторов риска и повышение приверженности населения к лечению болезней на стадиях их максимальной излечимости.

Актуальность профилактических мероприятий связана с тем, что охват и качество проводимых обследований значительно влияют на показатели смертности и инвалидности обслуживаемого населения.

На протяжении многих лет в структуре причин смерти первое место занимают болезни системы кровообращения, на втором месте - новообразования, на третьем - внешние причины, далее следуют болезни органов пищеварения, болезни органов дыхания.

Главными составляющими структуры общей смертности являются такие факторы риска как повышенное артериальное давление (которые в 35,5% влияют на смертность), высокий уровень холестерина, курение, малое потребление овощей, фруктов, ожирение, алкоголь и т.д.

Раннее выявление и своевременная коррекция факторов риска путем проведения профилактического консультирования (проводимого в том числе в рамках диспансеризации) - одна из основных целей диспансеризации и профилактических осмотров.

Оплата диспансеризации производится по тарифам, утвержденным Тарифным согла-

шением на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края. Рассчитываются тарифы в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Медицинские осмотры и диспансеризация оплачиваются по законченному случаю в пределах согласованных объемов с учетом половозрастной дифференциации.

Годовая стоимость диспансеризации и профилактических медицинских осмотров для каждой медицинской организации, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по годовым планам, утвержденным Министерством здравоохранения Забайкальского края.

Тарифы на оплату диспансеризации определенных групп населения имеют тенденцию ежегодного увеличения, и в 2017 году увеличение по сравнению с 2016 годом составило 4,6%, в 2016 году по сравнению с 2015 составило 6,5% на тарифы по диспансеризации взрослого населения и 39% на тарифы по диспансеризации детей.

Диспансеризация взрослого населения выполнена:

2015 год на 85% от годового плана.

Осмотрено на I этапе - 162 334 человека на общую сумму 269,4 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 1 659,8 рублей.

II этап из осмотренных на I этапе прошли - 19%, это 30 221 человек на 15,6 млн рублей.

2016 год 82% от годового плана. Осмотрено на I этапе - 153 402 человека на общую сумму 255,7 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 1 667 рублей. II этап из осмотренных на I этапе прошли - 23%, это 35 066 человек на 20,2 млн рублей.

2017 год 81% от годового плана. Осмотрено на I этапе - 151 111 человек на сумму 274,4 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 1 816 рублей. II этап из осмотренных на I этапе прошли - 27%, это 40 767 человек на 21,6 млн рублей.

В 2017 году в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края, в соответствии с разделом III "Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи" № 88 от 11 мая 2016 года, запущен проект по информированию населения о возможности прохождения диспансеризации. Забайкальцы стали получать смс-сообщения, письма и телефонные звонки от страховых медицинских компаний, в которых они получали полис ОМС, с напоминанием о том, что подошло время прохождения диспансеризации. В соответствии с письмом Минздрава России № 11-8/10/2-1568, ФФОМС № 2736/30/и от 07 марта 2017 года "О взаимодействии участников системы обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий" в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края приложением к Тарифному соглашению на 2017 год утвержден Единый регламент взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, ТФОМС Забайкальского края и Министерства здравоохранения Забайкальского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров. Начали работу страховые представители 1 и 2 уровня по информационному сопровождению застрахованных лиц при прохождении диспансеризации. В течении 2017 года о возможности прохождения профилактических мероприятий проинформировано 163 790 человек, из них диспансеризацию прошли 46 543 человека, таким образом, 28% граждан прошли диспансеризацию после первичного индивидуального информирования их страховыми медицинскими компаниями.

Для застрахованных лиц проинформированных, но не прошедших диспансеризацию проводилось повторное информирование о возможности прохождения профилактических мероприятий - это составило 108 450 человек. После повторного информирования отклик составил 35%.

Направленно медицинскими организациями на II этап диспансеризации 46 657 человек, из них прошли II этап 40 767 человек - 87% (в целом по Российской Федерации - 83,7%).

По результатам анализа реестров медицинских организаций, застрахованные, не пришедшие на II этап диспансеризации по истечении 3 месяцев, были информированы о необходимости пройти II этап. Это составило 4 634 человека. Из них прошли II этап диспансеризации 980 человек, то есть отклик на информирование составил 21%.

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации выполнена:

- 2015 год 100% от годового плана. По данным реестров счетов сумма средств, оплаченных медицинским организациям составила 12,2 млн рублей за 3 583 ребенка. Средняя стоимость 1 случая составила 3 418,3 рубля.
- 2016 год 97% от годового плана (Годовой план 2 966 детей). По данным реестров счетов сумма средств, оплаченных медицинским организациям составила 10,1 млн рублей за 2 877 детей. Средняя стоимость 1 случая составила 3 495 рублей
- 2017 год 95% от годового плана (Годовой план 2 658 детей). По данным реестров счетов сумма средств, оплаченных медицинским организациям составила 12,7 млн рублей за 2 532 ребенка. Средняя стоимость 1 случая составила 5 020 рублей.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью выполнена:

- 2015 год на 100% от годового плана. По данным реестров счетов сумма средств оплаченных медицинским организациям составила 15,8 млн рублей за 4 497 детей. Средняя стоимость 1 случая составила 3 510 рублей.
- 2016 год 98% от годового плана (4 434 детей). По данным реестров счетов сумма средств оплаченных медицинским организациям составила 17,1 млн рублей за 4 352 ребенка. Средняя стоимость 1 случая составила 3 917,8 рублей.
- 2017 год на 99% от годового плана (4 367 детей). По данным реестров счетов сумма средств оплаченных медицинским организациям составила 21,5 млн рублей за 4 320 ребенка. Средняя стоимость 1 случая составила 4 973 рубля.

Профилактические осмотры несовершеннолетних:

- 2015 год 110 844 детей (79% от годового плана) на сумму 149,4 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая - 1 348 рублей.
- 2016 год 156 572 ребенка (67% от годового плана - 235 344) на сумму 203,2 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая - 1 2 98 рублей.
- 2017 год 171 964 ребенка (70% от годового плана - 247 111) на сумму 236,3 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая - 1 374 рубля.

Периодические осмотры несовершеннолетних:

- 2015 год 27 975 детей (36% от плана) на сумму 10,1 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 357 рублей.
- 2016 год 53 173 ребенка (92% от плана - 57 947) на сумму 18,8 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 354 рубля.
- 2017 год 84 839 детей (109% от плана - 78 013) на сумму 30,2 млн рублей. Средняя стоимость 1 случая составила 355 рублей.

Предварительные осмотры несовершеннолетних:

- 2015 год 10 031 ребенок на сумму 18,7 млн руб. средняя стоимость 1 случая - 1 868 рублей.
- 2016 год 14 829 детей (52% от годового плана) сумму 27,2 млн руб. средняя стоимость 1 случая - 1 834 рубля.
- 2017 год 20 566 детей (75% от годового плана - 27 529) сумму 37,6 млн руб. средняя стоимость 1 случая - 1 831 рубль.

Профилактические осмотры взрослого населения выполнены:

- В 2015 году 63% от годового плана. Принято к оплате 37 865 случаев на сумму 39,7 млн руб., средняя стоимость 1 случая - 1 049 рублей.
- В 2016 году 79% от годового плана. Принято к оплате 87 467 случаев на сумму 97,9 млн руб., средняя стоимость 1 случая - 1 119 рублей. Оплачено 90% от предъявленных медицинскими организациями реестров счетов.
- В 2017 году на 105% от годового плана (50 434). Принято к оплате 53 126 случаев на сумму 61,6 млн руб., средняя стоимость 1 случая - 1 159 рублей.

Важность и необходимость проведения профилактических мероприятий вновь и вновь подтверждают получаемые результаты. У каждого шестого при диспансеризации выявляется заболевание, о котором он раньше ничего не знал, в том числе сахарный диабет, новообразования, сердечно-сосудистые заболевания и т.д. Вовремя назначенные дополнительные методы исследований и лечение могут не только сохранить здоровье, но и порой спасти жизнь человека.

Литература:

1. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 03.02.2015 г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".
2. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 06.12.2012 № 1011н "Порядок проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения".
3. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 15.02.2013 г. № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации".
4. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 11.04.2013г. № 216н "Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью".
5. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1346н "О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и период обучения в них" (периодические, профилактические, предварительные)".

УДК 614.2

Владыка Е.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ "ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ"

Государственное унитарное предприятие Забайкальского края
Государственная страховая медицинская компания "Забайкалмедстрах", г. Чита

Начало развития службы страховых представителей в системе обязательного медицинского страхования было положено Посланием Президента РФ Федеральному собранию на 2015 год, а также выступлением Президента в сентябре 2015 года на форуме ОНФ, где В.В. Путин дал поручение завершить к 1 января 2016 года переход системы на страховые принципы, подготовить нормативную базу для осуществления такого перехода, а также заявил о необходимости повышать ответственность страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). В конце 2015 года министром здравоохранения РФ В.В. Скворцовой было объявлено о переходе к пациентоориентирован-

ной системе здравоохранения, одним из элементов которой должен стать институт страховых представителей.

В начале 2016 года при Министерстве здравоохранения РФ была создана рабочая группа, которая при участии Федерального фонда обязательного медицинского страхования и представителей страхового сообщества разработала "дорожную карту" по организации деятельности страховых представителей в сфере ОМС со сроком исполнения до 2018 года. В соответствии с принятыми решениями, в страховых медицинских организациях (СМО), работающих в системе ОМС, поэтапно должны быть созданы трехуровневые системы страховых представителей, в задачи которых входит информационное сопровождение застрахованных граждан по самому широкому кругу вопросов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Поставлены задачи работы страховых представителей - помогать гражданам взаимодействовать с системой здравоохранения для повышения доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности граждан полученной медицинской помощью, а также мотивировать застрахованных лиц к ответственному поведению в отношении своего здоровья, формировать понимание важности профилактических мероприятий для его сохранения (Рисунок 1).

Рисунок 1

Государственная страховая медицинская компания "Забайкалмедстрах" (ГК "Забайкалмедстрах") приступила к выполнению мероприятий, предусмотренных "дорожной картой", в 2016 году. С этой целью в компании была выделена в отдельное структурное подразделение служба страховых представителей. Для организации ее работы были утверждены положение о службе, должностные инструкции страховых представителей, а также разработан перечень типовых вопросов и сценариев для страховых представителей первого уровня, разработано методическое пособие по информированию граждан, проведено обучение специалистов, приобретено оборудование.

Функции страховых представителей 1-го уровня (специалистов контакт-центра) в компании выполняют 49 человек, из них 44 - во всех районах Забайкальского края. С 1 июля 2016 года они обеспечивают:

- предоставление по устным обращениям застрахованных лиц информации по вопросам обязательного медицинского страхования, носящей справочно-консультационный характер;
- проведение телефонных опросов;
- регистрацию и маршрутизацию обращений граждан.

В компанию ежедневно обращаются десятки людей с разного рода вопросами и жалобами. Обращения поступают по номеру "горячей линии", единому номеру телефона компании, по электронной почте, а также при личном обращении граждан в офис компании или к страховому представителю, ведущему прием в медицинской организации. С 2018 года страховые представители 1-го уровня консультируют и принимают обращения граждан непосредственно в местах оказания медицинской помощи по графикам, согласованным с медицинскими организациями.

В период с 2016 года наблюдается существенное увеличение количества обращений застрахованных лиц, что свидетельствует о востребованности института страховых представителей и о повышении информированности граждан о возможных способах обеспечения их прав в системе обязательного медицинского страхования.

Таблица 1

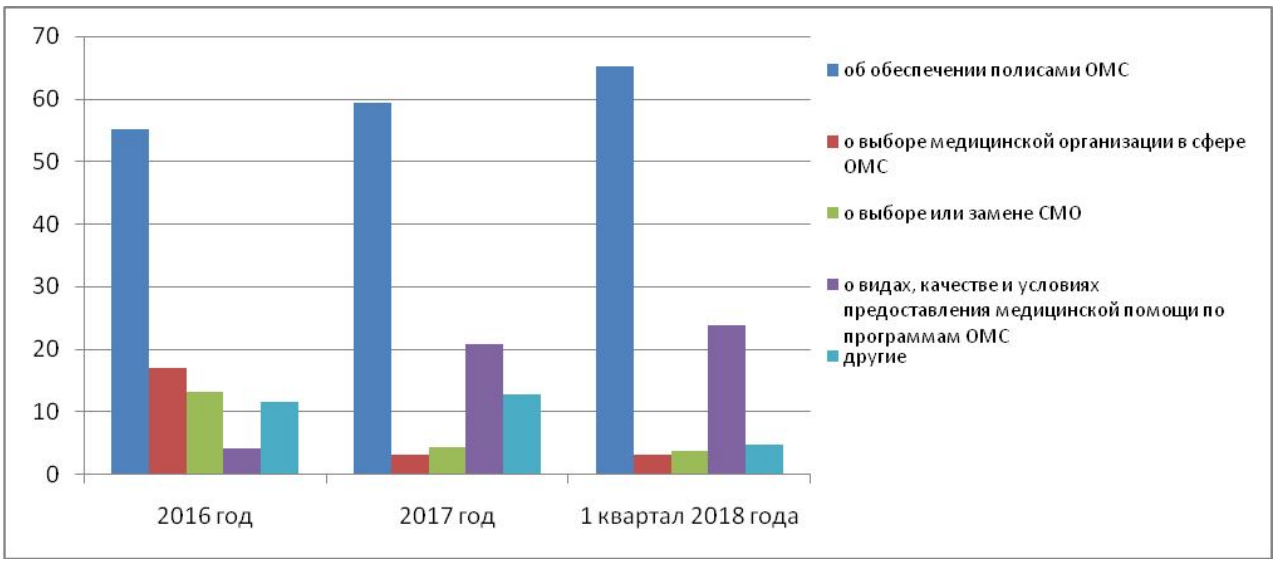
Обращения граждан в 2016-2017 годах и 1 квартале 2018года

Виды обращений	**2016 год, чел.**	**2017 год, чел.**	**1 квартал 2018 года, чел.**
Обращения за консультацией (разъяснением), в том числе:	1427	3634	1332
об обеспечении полисами ОМС	787	2156	868
о выборе медицинской организации в сфере ОМС	241	112	41
о выборе или замене СМО	187	157	48
об организации работы медицинской организации	57	114	25
о качестве медицинской помощи	5	2	4
о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи	5	4	0
об отказе в оказании медицинской помощи по программам ОМС	17	29	10
о получении медицинской помощи по базовой программе ОМС вне территории страхования	31	5	3
о взимании денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС	19	29	7
о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС	59	755	316
о платных медицинских услугах, оказываемых в медицинских организациях	4	25	4
другие	14	244	6

В структуре обращений основную часть составляют консультации о порядке оформления полисов обязательного медицинского страхования и о порядке выбора страховой или медицинской организации. Одновременно, по мере распространения среди населения информации о задачах службы страховых представителей, прослеживается тенденция к увеличению доли обращений за консультациями о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи. (Диаграмма 1).

Диаграмма 1

Структура обращений граждан в 2016-2017 годах и 1 квартале 2018 года (%)



В соответствии с "дорожной картой" с 2017 года приступили к работе страховые представители 2-го уровня. Для выполнения этой задачи компанией были обучены в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России 18 сотрудников. В их задачи входит:

- информирование и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи;
- работа с обращениями застрахованных лиц, требующими более полного разъяснения или анализа;
- консультирование о порядке получения медицинской помощи;
- участие в формировании списков граждан, подлежащих диспансеризации;
- индивидуальное информирование о возможности пройти профилактические мероприятия.

Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования особо подчеркивалась важность задачи по организации информирования граждан о прохождении диспансеризации. В соответствии со списками, составленными медицинскими организациями, в течение 2017 года ГК "Забайкалмедстрах" проводила информирование жителей Забайкалья о порядке и сроках проведения диспансеризации.

В 2017 году было проинформировано - 148 790 застрахованных лиц, в том числе в 1 квартале - 35 280 человек, во 2 квартале 41 682 человек, в 3 квартале - 44 222 человек, в 4 квартале - 27 606 человек. Информирование осуществлялось путём SMS-оповещений - 127 323 человека, по телефону - 6 571 человек, письменными уведомлениями - 14 896 человек.

По результатам анализа реестров счетов медицинских организаций, 106 979 человек, которые не прошли диспансеризацию в течение трёх месяцев после первичного уведомления, были информированы повторно.

Более четырех тысяч граждан, направленных на 2 этап диспансеризации, но не прошедших его в течение трех месяцев с момента направления, также были уведомлены о необходимости обратиться в медицинские организации.

Помимо индивидуального оповещения, ГК "Забайкалмедстрах"размещала видеоматериалы о порядке прохождения диспансеризации на телевидении в программе "Будьте здоровы" телеканала Альтес" (38 выходов), в программе "Клуб 180" телеканала "ЗабТВ 24" (19 выходов), выпустила аудиоролики и видеоролики в сетях супермаркетов "Читинка", "Забайкальский привоз", "Хороший", "Народный", "Караван"(1860 выходов видеоряда, 930 выходов аудиоролика), аудиоролики на "АвтоРадио" - (96 выходов), на "Дорожном радио" - (96 выходов), информировала граждан с помощью баннеров на улицах города.

Результаты информирования граждан приведены в Таблице 2.

Таблица 2

Результаты информирования застрахованных лиц о диспансеризации в 2017 году

Результаты информирования по 1 этапу диспансеризации				
Первично проинформированы, чел.	Из них прошли диспансеризацию, чел.	Повторно проинформировано, чел.	Из них прошли диспансеризацию, чел.	Отклик на информирование, % ((гр.2+гр.4)*100/гр.1)
148790	38563	106679	37726	51,3
Результаты информирования по 2 этапу диспансеризации				
4117	463	-	-	11,2

Из вышеприведенных данных следует, что более половины граждан, проинформированных компанией о необходимости пройти диспансеризацию,обратились в медицинские учреждения.

В 2017 году страховыми представителями ГК "Забайкалмедстрах" были проведены телефонные опросы застрахованных лиц в целях исследования своевременности проведения медицинскими организациями диспансеризации, а так же в целях установления причин, по которым граждане не прошли диспансеризацию. Было опрошено 5 491 человек во всех районах Забайкальского края, в том числе 2 814 человек, не прошедших диспансеризацию.

Результаты опросов граждан показали, что из числа лиц, прошедших диспансеризацию, 90% удовлетворены её организацией (Диаграмма 2). Основными причинами, по которым граждане остались неудовлетворенными пройденной диспансеризацией, стали: наличие очередей(51% опрошенных), длительность ожидания исследований (21%) и отношение персонала (13%) (Диаграмма 3).

Диаграмма 2

Диаграмма 3

При опросе граждан, не прошедших диспансеризацию, 81% сослались на отсутствие времени, при этом считают необходимым пройти диспансеризацию позже. Только 11% опрошенных не считают нужным прохождение диспансеризации (Диаграмма 4).

Как положительный результат работы службы страховых представителей следует отметить, что большинство респондентов указали, что получили информацию о необходимости пройти диспансеризацию от представителей страховой компании - 74% (Диаграмма 5).

Диаграмма 4

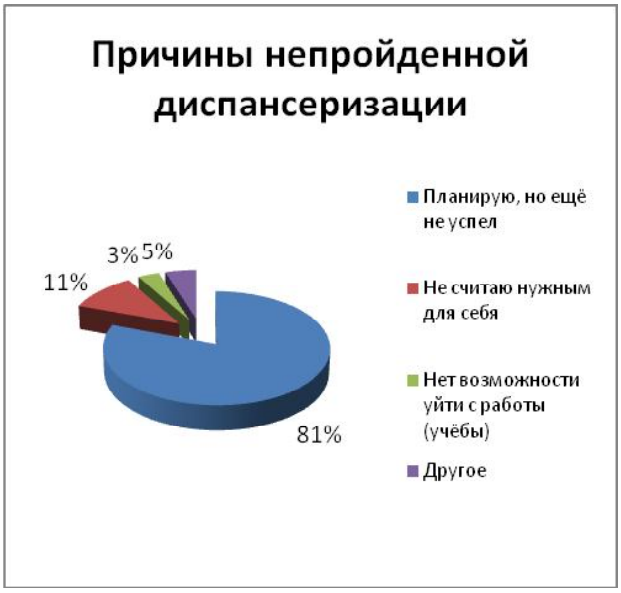
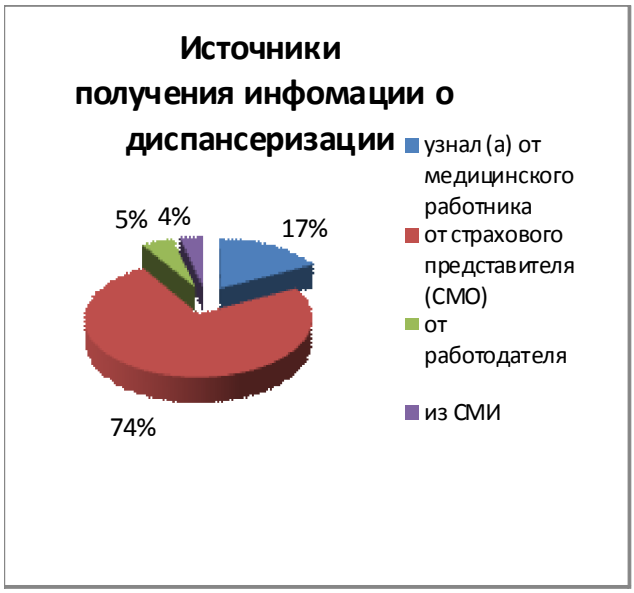


Диаграмма 5



В 2018 году приступили к работе страховые представители 3-го уровня - 11 специалистов-экспертов и экспертов качества медицинской помощи, прошедшие подготовку в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России. В перечень их функций входит:

- работа с письменными обращениями застрахованных лиц;
- разрешение конфликтных ситуаций при получении пациентами медицинской помощи, рассмотрение жалоб застрахованных лиц;
- проведение экспертизы по обращениям граждан по вопросам качества оказанной медицинской помощи;
- контроль соблюдения сроков и профиля госпитализации граждан;
- контроль приверженности назначений врача, в том числе работа с застрахованными лицами, имеющими хронические заболевания;
- контроль приверженности лекарственной терапии.

Следует отметить, что часть этих функций выполнялась специалистами и ранее, в рамках работы по защите прав застрахованных граждан в системе ОМС.

Так, специалистами-экспертами и экспертами качества медицинской помощи в 2017 году было принято и рассмотрено 519 обращений (в том числе - 342 устных и 177 письменных), из них 140 жалоб. Тематика жалоб представлена в Таблице 3.

Таблица 3

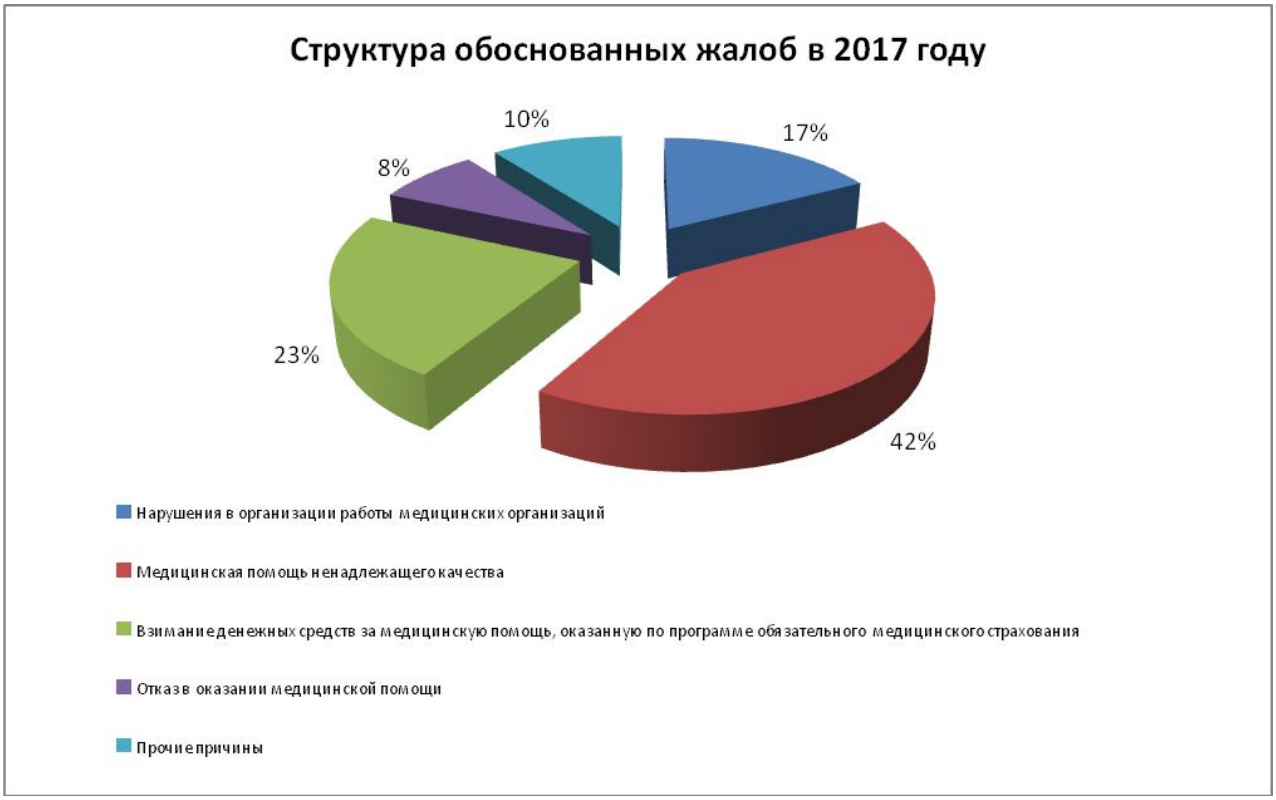
Жалобы застрахованных лиц, поступившие в 2017 году

Тематика жалоб	Всего, шт.	Обоснованных, шт.
Поступило жалоб всего, в том числе на:	140	87
- ограничение выбора застрахованным гражданином медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования	1	1
- этику и деонтологию медицинских работников	1	-
- нарушения в организации работы медицинских организаций	17	15
- медицинскую помощь ненадлежащего качества	78	36
- лекарственное обеспечение не в полном объеме:	6	6
- взимание денежных средств за медицинскую помощь, оказанную по программе обязательного медицинского страхования	25	20
- отказ в оказании медицинской помощи по программе ОМС	9	7
- прочие причины	3	2

Из 140 жалоб, поступивших в ГК "Забайкалмедстрах" в 2017 году, признаны обоснованными 87 жалоб (62%).

В структуре обоснованных жалоб основную часть составляли жалобы на качество оказанной медицинской помощи (42%), взимание денежных средств при оказании медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования (23%) и жалобы на нарушения в работе медицинских организаций (17%) (Диаграмма 6).

Диаграмма 6



По результатам рассмотрения жалоб в 2017 году гражданам возмещены в досудебном порядке необоснованно взысканные медицинскими организациями средства в размере 81,6 тыс. рублей, на медицинские организации наложены санкции в сумме 1431 тыс. рублей.

За первый квартал 2018 года страховыми представителями третьего уровня было принято 144 обращения (в том числе 96 устных обращений и 48 письменных), из них 26 жалоб. Тематика жалоб представлена в Таблице 4.

Таблица 4

Жалобы застрахованных лиц, поступившие в 1 квартале 2018года

Тематика жалоб	Всего, шт.	Обоснованных, шт.
Поступило жалоб всего, в том числе на:	26	12
- организацию работы медицинских организаций	3	2
- медицинскую помощь ненадлежащего качества	17	5
- взимание денежных средств за медицинскую помощь, оказанную по программе обязательного медицинского страхования:	5	4
- отказ в оказании медицинской помощи	1	1

Из 26 жалоб, поступивших в ГК "Забайкалмедстрах" в 1 квартале 2018 года, признаны обоснованными 12 (46%).

Основными нарушениями прав граждан при обращении в медицинские организации по-прежнему остаются оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (42%) и

взимание денежных средств при оказании медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования (33%) (Диаграмма 7).

Диаграмма 7

По результатам рассмотрения жалоб в 2017 году гражданам возмещены в досудебном порядке необоснованно взысканные медицинскими организациями средства в размере 37,1 тыс.рублей, на медицинские организации наложены санкции в сумме 124 тыс. рублей.

Результаты первых лет работы службы страховых представителей подтвердили целесообразность ее создания и востребованность оказываемых ею услуг у застрахованных граждан.

Представляется, что дальнейшее взаимодействие службы страховых представителей ГК "Забайкалмедстрах" со всеми участниками системы ОМС позволит вывести работу по информационному сопровождению граждан на новый уровень, что, несомненно, отразится на качестве медицинского обслуживания забайкальцев.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
2. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158Н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"
4. Приказ ФФОМС от 11.05.2016 г. № 88 "Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи"

УДК 614.2:336.5

Духновская Е.В.

МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЁТЫ

ТФОМС Забайкальского края г. Чита

Право граждан на получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства, определено Феде-

ральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017).

Территориальный фонд ОМС Забайкальского края, обеспечивает реализацию прав граждан Российской Федерации на получение медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства, выступает в качестве гаранта оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам РФ вне территории страхования.

Медицинская помощь иногородним гражданам оказывается в рамках Договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации. В 2018 году ТФОМС Забайкальского края работает по данному договору с 67 медицинскими организациями Забайкальского края.

Для обеспечения рационального расходования финансовых средств ОМС и исключения случаев оплаты медицинских услуг по недействующим полисам ОМС специалисты фонда проводят работу со страховыми компаниями Забайкальского края и ТФОМС других территорий по возврату и обмену недействующих полисов.

Вопросы финансовых взаиморасчетов в системе ОМС в ТФОМС Забайкальского края осуществляются в соответствии с приказом Федерального Фонда ОМС от 01.12.2010 N 230 (ред. от 22.02.2017) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2011 N 19614).

Счета от медицинских учреждений по межтерриториальным расчетам поступают в Фонд в течение 10 рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи. Далее сотрудниками фонда проводится медико-экономический контроль предъявленных медицинской организацией реестров. Оплата счетов медицинских организаций производится после обработки всех поступивших счетов и реестров не позднее 25 рабочих дней от даты выставления счёта.

* за счет средств нормированного страхового запаса

① расчеты не позднее 25 дней с даты представления счета медицинской организацией

Обработанные реестры формируются для направления в территориальные фонды субъектов Российской Федерации, в которых выданы полисы ОМС.

В ТФОМС Забайкальского края межтерриториальные расчеты являются важным направлением деятельности, которое обеспечивают квалифицированные специалисты с высшим медицинским и экономическим образованием.

Ежегодно ТФОМС Забайкальского края проводит расчеты с 85 фондами ОМС Российской Федерации. С этой целью используется программный продукт, предназначенный для проведения медико-экономической экспертизы персональных счетов, выставляемых медицинскими организациями на оплату в страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд ОМС (за иногородних).

Статистическое наблюдение по межтерриториальным взаиморасчетам ведется на основании ведомственной статистической отчетности "Сведения о расчетах между территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами Российской Федерации, на территории которой выдан полис ОМС" (Форма №2).

За период наблюдения (2013-2017 гг.) значительно увеличились объемы межтерриториальных расчетов. Число граждан, получивших медицинскую помощь за пределами территории страхования (иногородние) в МО Забайкальского края в период с 2013 г. по 2017 г., возросло с 17 689 случаев до 47785 случаев.

С целью упорядочения взаиморасчетов между территориальными фондами специалистами фонда созданы и поддерживаются в актуальном состоянии базы данных застрахованных, справочники медицинских организаций края, входящих в систему ОМС, действующих тарифов, а так же справочники МО, тарифов и страховщиков других территорий.

Обеспечение жителей Забайкальского края бесплатной медицинской помощью в объемах Территориальной программы ОМС за пределами территории страхования поднимает авторитет фонда в глазах ее жителей, способствует созданию благоприятного образа обязательного медицинского страхования как формы защиты конституционных прав населения.

Литература:
1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Российская газета, № 263, 23.11.2011;
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Российская газета, № 274, 03.12.2010;
3. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" // Российская газета, № 20, 02.02.2011;
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 47, 05.03.2011.

УДК 614.2

Ефремов А.Г.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Читы

В настоящее время государство обращает особое внимание на здоровье граждан. Как говорится, лучше предупредить, чем лечить. Следуя данному принципу, Министерство здравоохранения совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования запустили проект информационного сопровождения граждан при прохождении профилактических мероприятий.

В соответствии с Главой XV "Правил обязательного медицинского страхования", утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н, начиная с 2017 года, страховые медицинские организации проводят мероприятия по привлечению взрослого застрахованного населения к прохождению профилактических мероприятий.

Еще одним важным документом, регулирующим деятельность субъектов обязательного медицинского страхования в части взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий, является регламент взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 года № 88.

В рамках реализации взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий на территории Забайкальского края Комиссией по разработке территориальной программы принят Регламент взаимодействия медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, страховых медицинских организаций, ТФОМС Забайкальского края и Министерства здравоохранения Забайкальского края при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении медицинских осмотров.

Участниками взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий являются:
1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. В 2018 году в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края всего работает 72 медицинских организации, из которых 43 имеют прикрепленное население;

2. Страховые медицинские организации - ГК "Забайкалмедстрах" (93% застрахованного населения) и филиал "Читинский" АО "СГ "Спасские ворота-М" (7% застрахованных);
3. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края;
4. Министерство здравоохранения Забайкальского края.

На медицинскую организацию возложена основная нагрузка:

- предоставление сведений о лицах, из числа выбравших данную медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи, включенных в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий в соответствии с планом проведения профилактических мероприятий в медицинской организации на текущий календарный год, утвержденный Министерством здравоохранения Забайкальского края. Актуализация данных сведений осуществляется медицинскими организациями ежеквартально не позднее 1 числа месяца отчетного квартала;
- предоставление плана проведения диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) на текущий календарный год с помесячной разбивкой в разрезе терапевтических участков;
- предоставление графиков плановых выездов мобильных бригад для проведения медицинских осмотров застрахованных лиц, проживающих в отдаленных районах (территориях), и/или сроки запланированной доставки данной категории застрахованных лиц транспортными средствами;
- предоставление информации о специально выделенных днях для прохождения медицинских осмотров или отдельных видов исследований;
- обеспечение возможности записи для прохождения застрахованными лицами медицинских осмотров посредством интернетобращения, при личном обращении гражданина в поликлинику (регистратуру или посредством информационного киоска самообслуживания) или по телефонной связи (многоканальный телефон, выделение отдельного номера).

На страховые медицинские организации возложены следующие функции:

- обеспечивают сопровождение застрахованных лиц через страховых представителей всех уровней;
- осуществляют индивидуальное информирование застрахованных лиц (посредством SMS-сообщений, электронных сообщений, телефонной, почтовой связи, устно при обращении застрахованного по телефону контакт-центра или на пункт выдачи полисов и приема заявлений) подлежащих диспансеризации или профилактическому медицинскому осмотру согласно планам медицинских осмотров о возможности прохождения медицинских осмотров в рекомендуемые сроки;
- ежеквартально осуществляют опрос застрахованных лиц в объеме не менее 1% от количества лиц, проинформированных за отчетный квартал, в целях уточнения своевременности исполнения медицинской организацией мероприятий по организации привлечения населения к прохождению профилактических мероприятий, выяснения причин отказов от них.

Министерство здравоохранения Забайкальского края:

- утверждает план медицинских осмотров (диспансеризации, профилактических медицинских осмотров) на текущий календарный год с помесячной разбивкой;
- отвечает за готовность программного продукта, используемого в медицинских организациях, ведёт обмен информацией с информационным ресурсом ТФОМС.

ТФОМС осуществляет идентификацию страховой принадлежности застрахованных лиц, включенных медицинской организацией в списки для проведения 1 этапа профилактических мероприятий, контроль представления и актуализации сведений всеми участниками взаимодействия.

В 2017 году, в соответствии с планом Министерства здравоохранения Забайкальского

края, проведению диспансеризации взрослого населения подлежало 187 487 человек. Ежеквартально страховые медицинские организации на основании сведений, полученных от медицинских организаций, осуществляли информирование застрахованных граждан. По итогам 2017 года было проинформировано 163 790 человек, в том числе 108 450 человек проинформировано повторно. Напоминание о необходимости прохождения второго этапа диспансеризации было направлено 4 634 застрахованным.

Форма информирования	Первичное информирование		Повторное информирование	
	1 этап	2 этап	1 этап	2 этап
SMS	135 009	3 672	100 377	
Письмо с уведомлением	18 600	529	5 599	14
При личном контакте	694	1	248	
Контакт-центр	9 487	432	2 246	12

Всего диспансеризацию определенных групп взрослого населения прошли 151 111 человек. По результатам проведенного информирования на диспансеризацию пришли 85 026 человек, что составило 51,9% от числа проинформированных, в том числе 46 543 человек (28%) после первичного информирования и 38 483 человека (35%) после повторного информирования.

Возрастная группа	Пол	Количество граждан, прошедших диспансеризацию (% от числа прошедших диспансеризацию)		Количество граждан, прошедших диспансеризацию из числа проинформированных (% от проинформированных соответствующей группы)		
		1 этап	2 этап	Всего, в т.ч.:	Первичное информирование	Повтроное информирование
21-35	Мужской	20 191 (13%)	2 696	11 205 (49%)	6 129 (27%)	5 076 (33%)
21-35	Женский	24 938 (17%)	2 660	13 738 (55%)	7 288 (29%)	6 450 (38%)
35-59	Мужской	27 561 (18%)	7 775	16 289 (47%)	9 051 (25%)	7 238 (30%)
35-54	Женский	32 996 (22%)	8 805	19 483 (58%)	10 484 (31%)	8 999 (40%)
60+	Мужской	13 849 (9%)	5 701	7 461 (44%)	4 221 (25%)	3 240 (32%)
55+	Женский	31 576 (21%)	13 130	16 850 (55%)	9 370 (30%)	7 480 (39%)

В заключение хотелось бы отметить проблемы, выявленные в процессе реализации взаимодействия при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий:

1. Утвержденный план проведения профилактических мероприятий не сбалансирован.
2. Медицинские организации испытывают трудности с подтверждением утвержденного плана персонифицированными списками.
3. Не во всех медицинских организациях организован корректный учет прикрепления застрахованных граждан.
4. Неготовность региональной медицинской информационной системы к работе в новых условиях, что вынуждает медицинские организации осуществлять двойной ввод информации.

Литература:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29Н "Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 29, 11.02.2011;
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении правил обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 47, 05.03.2011;
3. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 11 мая 2016 года № 88 "Об утверждении регламента взаимодействия участников обязательного ме-

дицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи" // Справочная правовая система "КонсультантПлюс";
4. Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края от 30 декабря 2016 года // http://zabtfoms.ru;
5. Соглашение о внесении изменений в Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе ОМС Забайкальского края от 28 апреля 2017 года № 6 // http://zabtfoms.ru;
6. Письмо ФФОМС от 07 марта 2017 года № 2736/30/и "О взаимодействии участников системы ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на этапе организации и проведения профилактических мероприятий" // Справочная правовая система "КонсультантПлюс".

УДК 342.7

Левочко И.В.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ СТРАХОВАТЕЛЕМ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, будучи учрежденными органами государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляют реализацию контрольных полномочий за соблюдением федерального законодательства в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе и за соблюдением страхователем для неработающих граждан законодательства об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения относятся к доходам бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, основной целью которого является финансовое обеспечение всех видов медицинской помощи, входящих в территориальные программы обязательного медицинского страхования, гарантированное предоставление бесплатной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, повышение её доступности и качества.

Расчет страховых взносов за неработающих граждан производится на основании данных персонифицированного учета застрахованных лиц, порядок ведения которого установлен Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", исходя из тарифа 18 864,6 рубля, коэффициентов дифференциации, утвержденных Федеральным законом от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения", и коэффициентов удорожания стоимости медицинских услуг. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг рассчитывается исходя из индекса потребительских цен по прогнозу социально-экономического развития Российской Федерации и ежегодно устанавливается федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период.

Следует отметить, что в 2012-2014 годах для определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения действовал особый порядок, установленный частью 7 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года

№ 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации":

- в 2012 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 25 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 вышеуказанного Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году, если иное не установлено федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и плановый период;

- в 2013 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 50 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 вышеуказанного Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году;

- в 2014 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения не может быть менее фактического размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году и 75 процентов разницы между размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, рассчитанным в соответствии с частью 2 статьи 23 вышеуказанного Федерального закона, и фактическим размером страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2010 году.

Расчет суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования страхователем для неработающих граждан Забайкальского края, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Период (год)	Численность неработающих граждан, чел.	Тариф страхового взноса (354-ФЗ), руб.	Значение коэффициента дифференциации для Забайкальского края (354-ФЗ)	Значение коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг	Размер страхового взноса, руб. (гр.2*гр.3*гр.4)	Годовая сумма страховых взносов, тыс.руб. (гр.5*гр.1)
2013	789 745	18 864,6	0,5062	1,0	4 541,0	3 586 213,3
2014	784 186	18 864,6	0,5062	1,0	6 568,5	5 150 942,4
2015	745 186	18 864,6	0,5062	1,0	9 549,3	7 115 974,9
2016	709 735	18 864,6	0,5062	1,0	9 549,3	6 777 472,4
2017	707 525	18 864,6	0,5062	1,0	9 549,3	6 756 368,5
2018	704 649	18 864,6	0,5062	1,073	10 246,4	7 220 115,5

Размер страхового взноса в графе 5 таблицы за 2013-2014 годы указан с учетом особого порядка его расчета.

В соответствии со статьей 24 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется страхователями путем перечисления суммы ежемесячного обязательного платежа в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Сумма ежемесячного страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплачиваемая страхователями, должна составлять одну двенадцатую годового объе-

ма бюджетных ассигнований, предусмотренного на указанные цели законом о бюджете субъекта Российской Федерации. При этом объем страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, уплаченных за год, не может быть меньше годового объема бюджетных ассигнований, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации. Срок уплаты ежемесячного обязательного платежа, установленный частью 6 статьи 24 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", в течение последнего десятилетия претерпевал изменения и определялся следующим образом: до декабря 2012 года - в срок не позднее 25-го числа текущего календарного месяца, с декабря 2012 года - в срок не позднее 20-го числа текущего календарного месяца, с января 2017 года - в срок не позднее 28-го числа текущего календарного месяца.

Ответственность за нарушения, допущенные страхователем для неработающих граждан в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установлена статьей 25 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, начисленных пеней и штрафов.

Пенями признается денежная сумма, которую страхователь должен выплатить в случае уплаты причитающихся сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в более поздние сроки по сравнению с установленными федеральным законодательством. Сумма пеней уплачивается помимо причитающихся к уплате сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения и независимо от применения мер ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации. Пени начисляются за каждый календарный день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, начиная со дня, следующего за установленным сроком уплаты сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Пени за каждый день просрочки определяются в процентах от неуплаченной суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Процентная ставка пеней принимается равной одной трехсотой действующей на день начисления пеней ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации.

В обязанности страхователя входит самостоятельное начисление пени на всю сумму недоимки за период просрочки. При этом сумма пени отражается в соответствующих графах Расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения, который составляется в унифицированной форме, утвержденной Приказом Минздрава России от 2 апреля 2013 года № 182н (далее - Расчет). Единственным исключением неначисления пени на сумму недоимки является случай, когда страхователь не мог по причине приостановки операций страхователя в органе Федерального казначейства уплатить страховые взносы.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования проверяют правильность исчисления сумм страховых взносов и пеней на основании представленного страхователем Расчета, а также в ходе возможных плановых и внеплановых проверок.

Кроме того, к страхователю, нарушающему порядок уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, применяются следующие санкции:

- непредставление страхователем в установленный срок (ежеквартально в срок не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным периодом) Расчета по начисленным и уп-

лаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения по месту учета в территориальном фонде влечет взыскание штрафа в размере двух процентов суммы страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, подлежащей уплате или доплате на основе этого расчета, за каждый полный или неполный месяц со дня, установленного для его представления, но не более пяти процентов указанной суммы и не менее одной тысячи рублей;

- неуплата или неполная уплата сумм страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в результате неправильного исчисления этих страховых взносов влечет взыскание штрафа в размере двадцати процентов неуплаченной суммы страховых взносов. Уплата штрафа не освобождает страхователя от выплаты суммы неуплаченных страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

В случае выявления нарушений законодательства об обязательном медицинском страховании в части уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, должностные лица территориальных фондов и Федерального фонда составляют акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривают дела о нарушениях и налагают штрафы в соответствии с частями 3 и 4 статьи 18 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Взыскание недоимки, пеней и штрафов со страхователей до 2017 года осуществлялось в порядке, аналогичном порядку, предусмотренному статьей 18 Федерального закона от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования", а с 2017 года - в судебном порядке.

Для неработающих граждан Забайкальского края страхователем и соответственно плательщиком страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения является Министерство здравоохранения Забайкальского края, которое зарегистрировано в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования Забайкальского края 17 октября 2008 года.

В целях осуществления контрольных функций территориальным фондом обязательного медицинского страхования Забайкальского края постоянно ведется мониторинг формирования годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения, утверждаемого законом о бюджете Забайкальского края, мониторинг учета начисленных и уплаченных страхователем страховых взносов и начисленных и уплаченных пеней в связи с несвоевременной уплатой взносов, формируются соответствующие отчеты, предоставляемые в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Так, в 2015 году существовала проблема, связанная с несоответствием федеральному законодательству утвержденного законом о бюджете Забайкальского края годового объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Первоначальная годовая сумма страховых взносов в бюджете Забайкальского края составляла 5 833 948 500 рублей, после внесения изменений в бюджет края 1 октября 2015 года сумма составила 6 273 345 200 рублей при расчетном значении 7 115 974 900 рублях.

Принятие отрицательных решений по этой проблеме Министерством финансов Забайкальского края и Правительством Забайкальского края привело бы, во-первых, к начислению и взысканию со страхователя штрафа в размере 20% (168 525 940 рублей) от неуплаты сумм страховых взносов в результате неправильного исчисления этих страховых взносов (842 629 700 рублей), а во-вторых, к невозможности получения субвенции ФОМС для

финансирования медицинских организаций в ноябре-декабре 2015 года. В конце 2015 года специалистам территориального фонда удалось путем проведения предупредительных мероприятий добиться положительного решения данного вопроса и страхователем - Министерством здравоохранения Забайкальского края необходимые суммы взносов были уплачены. В 2015 году такие регионы, как Республика Дагестан и Республика Калмыкия, в отличие от Забайкальского края, не выполнили свои обязательства по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения за декабрь 2015 года и не уплатили в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования 967,1 млн рублей и 103,4 млн рублей соответственно.

Кроме того, Министерством здравоохранения Забайкальского края в течение IV квартала 2014 года, 2015 и 2016 годов нарушались сроки и полнота уплаты страховых взносов. Общее количество дней просрочки уплаты ежемесячного обязательного платежа составило 215 календарных дней. Страхователем самостоятельно произведено начисление пеней, общий размер которых за весь период просрочки составил 34 401 228 рублей. Сведения о начисленных и уплаченных страховых взносах на обязательное медицинское страхование неработающего населения Забайкальского края, а также пеней представлены в таблице 2.

Таблица 2

Отчетный период	**Сумма начисленных страховых взносов, руб.**	**Сумма уплаченных страховых взносов, руб.**	**Количество дней просрочки платежей**	**Сумма начисленных пеней, руб.**	**Сумма уплаченных пеней, руб.**	**Остаток задолженности на конец отчетного периода, руб.**
1 квартал 2014 года	1 287 735 600	1 287 735 600	0	0	0	0
2 квартал 2014 года	1 287 735 600	1 287 735 600	0	0	0	0
3 квартал 2014 года	1 287 735 600	1 287 735 600	0	0	0	0
4 квартал 2014 года	1 287 735 600	1 287 735 600	15	1 770 636	0	1 770 636
Итого за 2014 год	5 150 942 400	5 150 942 400	15	1 770 636	0	1 770 636
1 квартал 2015 года	1 778 993 700	1 185 995 800	50	6 415 691	0	8 186 326
2 квартал 2015 года	1 778 993 700	2 371 991 600	7	1 141 521	0	9 327 847
3 квартал 2015 года	1 778 993 700	1 778 993 700	57	9 295 242 отсрочка по решению суда до 01.07.2018г.	0	18 623 089
4 квартал 2015 года	1 778 993 800	1 778 993 800	36	5 771 954 отсрочка по решению суда до 31.12.2017г.	0	24 395 044
Итого за 2015 год	7 115 974 900	7 115 974 900	150	22 624 408	0	24 395 044
1 квартал 2016 года	1 694 368 200	1 694 368 200	13	2 692 163 отсрочка по решению суда до 01.10.2018г.	0	27 087 207
2 квартал 2016 года	1 694 368 200	1 694 368 200	13	2 616 857 отсрочка по решению суда до 01.11.2018г.	8 186 327	21 517 737
3 квартал 2016 года	1 694 368 200	1 694 368 200	19	3 755 849 отсрочка по решению суда до 31.12.2018г.	1 141 521	24 132 065
4 квартал 2016 года	1 694 367 800	1 694 367 800	5	941 315	0	25 073 380
Итого за 2016 год	6 777 472 400	6 777 472 400	50	10 006 184	9 327 848	25 073 380
2017 год	6 756 368 500	6 756 368 500	0	0	6 713 269	18 360 111
1 квартал 2018 года	1 805 028 900	1 805 028 900	0	0	18 360 111	0

Добровольно страхователем погашено 941 315 рублей, остальная сумма задолженности, равная 33 459 913 рублям, взыскивалась со страхователя в судебном порядке. Необходимо сказать о том, что территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Забайкальского края, принимая во внимание сложное финансово-экономическое положение региона, до оформления исковых заявлений предпринял всевозможные меры досудебного разрешения сложившейся ситуации, в адрес Министерства здравоохранения Забайкальского края направлено девять Требований об уплате недоимки по страховым взносам, пеням и штрафам. В связи с невыполнением страхователем условий Требований территориальным фондом в Арбитражный суд Забайкальского края в течение 2015-2017 годов направлено восемь заявлений о взыскании задолженности по начисленным пеням. По всем заявлениям судом приняты решения в пользу территориального фонда. Впоследствии страхователю по его обращениям Арбитражным судом Забайкальского края предоставлены отсрочки уплаты задолженности взыскиваемых пеней на общую сумму 24 132 065 рублей, в том числе по периодам:

- 5 771 954 рублей - до 31 декабря 2017 года;
- 9 295 242 рублей - до 01 июля 2018 года;
- 2 692 163 рублей - до 01 октября 2018 года;
- 2 616 857 рублей - до 01 ноября 2018 года;
- 3 755 849 рублей - до 31 декабря 2018 года.

По состоянию на 01 апреля 2018 года страхователем полностью погашена задолженность по начисленным пеням с опережением сроков отсрочки уплаты в 2018 году. В 2017 году нарушение срока отсрочки платежа страхователем не допускалось.

Подводя итоги работы территориального фонда по данному направлению, хочется отметить, что с 2017 года ситуация с уплатой страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в регионе коренным образом поменялась - взносы уплачиваются своевременно и в полном объеме, задолженности за страхователем по пеням за предшествующие годы не числится. Контроль территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, профессиональный подход к решению данного вопроса со стороны органов власти региона, профильных министерств и комитетов, а также законодательное изменение сроков уплаты взносов способствуют и обеспечивают финансовую устойчивость системы обязательного медицинского страхования Забайкальского края.

Литература:

1. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
2. Федеральный закон от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения".
3. Федеральный закон от 24 июля 2009 года N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования".
4. Материалы по делам Арбитражного суда Забайкальского края.
5. И.В. Соколова. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2015 год/ Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, 2016. 6. 16-20.

УДК 614.2-005.6

Титова М.О.

О ПЕРСПЕКТИВАХ РЕАЛИЗАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА И ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Список сокращений

ОМС	- обязательное медицинское страхование
ФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
Фонд	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края
СМО	- страховые медицинские организации, включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Забайкальского края
Контроль	- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию
Порядок	- Порядок Контроля, утвержденный Приказом ФОМС от 01.12.2010 N 230
МЭЭ	- медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	- экспертиза качества медицинской помощи
Реэкспертиза	- повторные МЭЭ и ЭКМП
Эксперт КМП	- врач-эксперт качества медицинской помощи, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи
Специалист-эксперт	- специалист СМО и/или Фонда, уполномоченный проводить МЭЭ и оформлять акты по результатам ЭКМП
Экспертный контроль	- МЭЭ и ЭКМП, в том числе повторные

Аннотация

Предмет.

В данной статье Экспертный контроль рассматривается с точки зрении перспективы внедрения IT-проекта, обеспечивающего непрерывное информационное взаимодействие субъектов Контроля при организации и проведения Экспертного контроля с использованием электронных цифровых подписей и автоматизированный анализ результатов на базе единого он-лайн-ресурса ТФОМС Забайкальского края.

Цели. Комплексное авторское исследование вопросов организации, проведения, оформления и анализа результатов Контроля. Выработка качественно новой стратегии оптимизации процесса оформления и анализа результатов Экспертного контроля, осуществляемого СМО и Фондом на территории Забайкальского края, путем создания единой электронной базы результатов всех этапов Экспертного контроля и перехода на электронный документооборот.

Методология. В процессе разработки и внедрения IT-проекта используются экспериментальные методы и методы оптимизации, логического и статистического анализа.

Результаты. ТФОМС Забайкальского края самостоятельно разрабатывается программное обеспечение. Данная система, обеспечивающая автоматизированную поддержку МЭЭ и ЭКМП, а также всех видов реэкспертиз на данный момент проходит апробацию на примере

Экспертного контроля при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, и проводится Фондом в соответствии с общими принципами Порядка.

Выводы. Сделан вывод о своевременности разработки качественно новой стратегии организации Экспертного контроля, ее экономической эффективности и необходимости реализации проекта в максимально короткие сроки с целью отработки технологических нюансов до перехода системы здравоохранения на электронные медицинские карты.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, медицинская помощь, контроль качества, электронный документооборот.

Введение

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации, одной из задач государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи.

Одним из приоритетных направлений здравоохранения на современном этапе является создание и развитие системы управления качеством медицинской помощи, важным элементом которой является использование рациональных информационных технологий для достижения запланированного результата.

В Российской Федерации разработка и реализация программ информатизации здравоохранения ведется с 1992 года. К настоящему времени в стране созданы элементы информационно-коммуникационной инфраструктуры для нужд медицины, положено начало применению и распространению современных информационно-коммуникационных технологий в сфере здравоохранения. В субъектах Российской Федерации создаются медицинские информационно-аналитические центры, автоматизированные информационные системы территориальных фондов ОМС и СМО. Вместе с тем, существующие на сегодняшний день информационные системы, как правило, носят узконаправленный характер, ориентированный на обеспечение частных функций и задач.

В то же время отсутствие единого информационного ресурса, обеспечивающего автоматизированный подход, в частности при организации и проведении Контроля предоставления медицинской помощи по ОМС, затрудняет оперативное решение вопросов планирования и управления отраслью для достижения существующих целевых показателей.

Учитывая, что Министром здравоохранения России В.И.Скворцовой на заседании Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам анонсировано внедрение единой электронной медицинской карты в более 95% медицинских организаций Российской Федерации к концу 2018 года, целью исследования является оптимизация процесса организации и проведения Экспертного контроля, осуществляемого СМО и Фондом на территории Забайкальского края, путем перехода на электронный документооборот и создание единой базы результатов всех этапов Экспертного контроля.

Для достижения поставленной цели были определены и решены следующие задачи:

1. Провести анализ документов, регламентирующих организацию и проведение Контроля, экспертную деятельность и персонифицированный учет в сфере ОМС и электронный документооборот.
2. Проанализировать опыт по разработке "облачных" информационных систем в сфере ОМС.
3. Определить проблемы реализации юридически значимого электронного документооборота при учете результатов Контроля и применения штрафных санкций.
4. Провести комплексный анализ дефектуры заполнения экспертных заключений (протоколов оценки качества медицинской помощи) и оформления актов Экспертного контроля.

5.Оценить готовность субъектов Контроля, в частности экспертов КМП, к переходу на электронный документооборот.
6. Разработать и апробировать модель единого краевого он-лайн-ресурса на базе Фонда, обеспечивающего непрерывное информационное взаимодействие на всех этапах субъектов Контроля и автоматизированный подход к проведению и анализу результатов Экспертного контроля.
7. Ввести юридически значимый электронный документооборот при организации и проведении Контроля.

Право пациента на получение качественной медицинской помощи определено рядом нормативных правовых актов, регулирующих предоставление медицинскими организациями медицинских услуг.

В соответствии со статьей 64 Основ охраны здоровья граждан, экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС.

На сегодняшний день в рамках программ ОМС экспертиза качества медицинской помощи существует только как один из этапов Контроля в соответствии с Порядком.

Статьей 40 Закона об ОМС определены основные понятия, этапы, субъекты и их полномочия при организации и проведении Контроля, а также требования к специалистам его осуществляющим.

Порядком детально регламентированы цели, поводы, периодичность, объемы и сроки организации и проведения Контроля, а также взаимодействие субъектов, учет и использование результатов контроля.

С целью обеспечения застрахованных лиц доступной и качественной медицинской помощью по программам ОМС на территории Забайкальского края организация и проведение Контроля осуществляется согласно федеральному законодательству.

Объектом Контроля является медицинская помощь, предоставляемая застрахованным лицам по программ ОМС на территории Забайкальского края, субъектами - Фонд, СМО, медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и пул внештатных экспертов КМП.

В связи с возрастающей ролью Контроля, закон устанавливает определенные требования к стажу и квалификации для допуска специалистов-экспертов и экспертов КМП к работе.

В соответствии с Приказом ФОМС от 13.12.2011 N 230 "Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет" сформирован территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

В 2012 году был достигнут целевой показатель обеспеченности экспертами, рекомендованный ФОМС - 10 экспертов КМП на 100 000 застрахованных лиц, который на текущий период составляет 16/100 000.

В территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Забайкальскому краю включено 175 врачей-экспертов различных специальностей, 25 экспертов КМП сертифицированы по нескольким клиническим специальностям. Порядка 30% экспертов КМП имеют ученую степень, из которых 13 - доктора медицинских наук и 35 - кандидаты медицинских наук. 26 экспертов КМП одновременно являются главными внештатными специалистами Министерства здравоохранения Забайкальского края.

Все специалисты-эксперты и эксперты КМП прошли обучение по соответствующим модулям программы подготовки специалистов, осуществляющих Контроль, утвержденной ФОМС, в объеме 144 учебных часа и имеют действующие свидетельства о подготовке по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, владеют основами пользования персональным компьютером и имеют доступ в "Интернет" для удаленной работы в "Личном кабинете".

Ежегодно при проведении Экспертного контроля рассматривается более 100 тысяч страховых случаев, ЭКМП проходят порядка 70 тысяч случаев. На каждый случай ЭКМП приложением к акту заполняется экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи). Таким образом, по результатам Экспертного контроля в год оформляется, как минимум в двух экземплярах, порядка 55 тысяч актов и соответственно 70 тысяч экспертных заключений.

Таблица 1

Итоги Экспертного контроля за период с 2015 по 2017 годы.

Год	Количество актов МЭЭ и ЭКМП	Всего рассмотрено случаев при проведении МЭЭ		Всего рассмотрено случаев при проведении ЭКМП	
		плановой	целевой	плановой	целевой
2015	13 706	84 804	8 744	39 202	3 496
2016	59 750	84 380	27 222	44 633	27 720
2017	49 267	69 781	36 468	39 202	30 202

В рамках реализации полномочий, определенных главой VI Порядка, Фондом на регулярной основе осуществляется контроль деятельности СМО, в том числе путем проведения реэкспертиз. При этом повторному Экспертному контролю ежегодно подвергается более 8 тысяч страховых случаев с оформлением соответствующих актов и протоколов. Учитывая, что заверительная часть актов реэкспертизы требует наличия подписей трех контрагентов договорных отношений в сфере ОМС: Фонда, СМО, первично проводившей экспертизу и медицинской организации, акты оформляются в трех экземплярах.

Безусловно, обращает на себя внимание, что такой объем документации помимо расходов на бумагу, копировально-множительную технику и ее амортизацию, почтовых и транспортных расходов, требует значительных архивных площадей для хранения, а также занимает большую часть рабочего времени сотрудников на проведение стандартных операций с бумажными документами таких, как поиск, ожидание, копирование, согласование и утверждение, передача между подразделениями, подготовка отчетов о движении документов.

Учитывая стремительное развитие информатизации в сфере здравоохранении, значительные объемы обрабатываемой информации об оказанной медицинской помощи по ОМС, с целью оптимизации и повышения оперативности при организации и проведения Контроля, специалистами отделов по защите прав застрахованных, информационного обеспечения и информационной безопасности, разработан проект информационного взаимодействия субъектов контроля на всех этапах его проведения с введением электронного документооборота.

Так как по результатам анализа рынка информационных технологий не был найден готовый программный продукт, отвечающий всем требованиям проекта по обеспечению безопасности, хранению и обработки персональных данных и сведений о медицинской помощи, специалистами Фонда начата разработка собственного программного комплекса. Данная система, обеспечивающая автоматизированную поддержку МЭЭ и ЭКМП, а также всех видов реэкспертиз на данный момент проходит апробацию при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную за пределами страхования.

В перспективе система, реализованная на базе единого краевого он-лайн-ресурса Фонда, обеспечит удаленный доступ в "Личный кабинет" для каждого эксперта КМП, специалистов СМО и Фонда и уполномоченных сотрудников медицинских организаций.

Программное обеспеченье включает в себя ряд модулей для каждого из субъектов контроля.

1. Модуль эксперта КМП имеет интуитивно понятный интерфейс, обеспечивает последовательное, полное, корректное заполнение и формирование экспертного заключения.
   При этом автоматизированное заполнение заголовочной части протокола позволяет экономить время на рутинную работу эксперта КМП, такую как заполнение номеров полиса ОМС и медицинской карты, адреса, дат лечения и пр., и сосредоточить внимание непосредственно на оценке качества медицинской помощи с учетом критериев, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 года N 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
2. Модуль СМО оснащен функцией формирования поручений проведения ЭКМП профильным экспертам КМП, обеспечивает автоматическое формирование актов экспертного контроля унифицированной формы и расчет финансовых санкций. В случае проведения ЭКМП с применением мультидисциплинаргого подхода обеспечивает формирование сводных протоколов МД_ЭКМП.
3. Модуль ТФОМС (МТР / реэкспертиза) в части проведения первичной МЭЭ и ЭКМП при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС функционально аналогичен модулю СМО.
   Имеет расширенные права доступа к базе результатов первичного Экспертного контроля, что исключает дублирующие запросы и необходимость предоставления СМО актов и экспертных заключений при организации реэкспертизы. Обеспечивает формирование пакетных поручений экспертам КМП для проведения повторных ЭКМП, сводных актов по результатам реэкспертиз и сопроводительных документов.
4. Модуль медицинской организации обеспечивает доступ к базе результатов экспертного контроля медицинской помощи, оказанной в данной медицинской организации, для ознакомления и своевременного согласования результатов с приложением планов мероприятий по устранению нарушений. В случае отсутствия согласия по итогам контроля, позволяет автоматически формировать протоколы разногласий и претензии выбранным позициям и с приложением документов, необходимых для рассмотрения и организации и проведения реэкспертизы.
5. Модуль отчетности разработан с учетом прав доступа для каждого из субъектов по средствам автоматизированных методов сквозного поиска по произвольным наборам критериев, обеспечивает формирование любой сводной статистической отчетности, дает возможность осуществлять детальный всесторонний анализ накопленных данных и контроль динамики изменения любых показателей.

Безопасность удаленного доступа обеспечивается хранением данных на защищенных серверах Фонда, средствами резервного копирования и восстановления баз данных, парольной идентификацией каждого пользователя, четким распределением прав доступа пользователей, протоколированием их действий и использованием сертифицированных средств электронной цифровой подписи.

Система единого информационного пространства в масштабах субъектов Контроля разрешает проблему географической удаленности и обеспечивает возможность совместной работы в рамках единой инфраструктуры.

Введение электронного документооборота имеет ряд преимуществ для системы ОМС в целом и особенно актуально на современном этапе для систематизации контрольно-экспертных мероприятий, где имеет место колоссальный объем внешнего документооборота между участниками системы и необходимость двух и трехстороннего согласования и подписания актов по результатам Контроля.

Эффективность автоматизированной системы электронного документооборота складывается как из ряда экономических составляющих, оптимизации рабочего времени сотрудников, так и эффектов от внедрения системы, обусловленных улучшением управленческих процессов и не поддающихся количественным подсчетам.

Помимо очевидных экономических и временных выгод, которые участники системы ОМС могут извлечь из обмена электронными документами, есть еще один немаловажный фактор, свидетельствующий о бесспорном преимуществе данного способа обмена документами. Он позволит избежать системных ошибок, допускаемых при составлении экспертных заключений и актов, которые зачастую становятся причиной искажения сведений и существенно упростит процедуру проведения мероприятий Контроля.

Заключение

Методология управления качеством медицинской помощи является многоэтапной и, как один из компонентов, включает в себя мероприятия по организации и повышению качества экспертной деятельности.

Предлагаемые мероприятия по совершенствованию информационного обмена между Фондом, СМО и медицинскими организациями по учету результатов Экспертного контроля и использование электронного документооборота позволят субъектам Контроля оптимизировать свой внутренний документооборот и улучшить качество управления в организации и непосредственно качество самой экспертной деятельности, что в конечном итоге не может положительно не сказаться на качестве медицинской помощи.

Таким образом, внедрение современной системы электронного документооборота при реализации контрольно-экспертных мероприятий является необходимым условием для перехода на качественно новый уровень управления процессами организации в сфере ОМС.

В заключение необходимо отметить важность и актуальность реализации проекта в максимально короткие сроки, с целью отработки нюансов технологии до перехода системы здравоохранения на электронные медицинские карты.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования";
3. Приказ ФОМС от 01.12.2010 N 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию";
4. Приказ ФОМС от 13.12.2011 N 230 "Об утверждении Порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети "Интернет";
5. Федеральный закон от 06.04.2011 N 63-ФЗ "Об электронной подписи"
6. Федеральный закон от 27.07.2006 N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации";
7. Приказ Минфина РФ от 25.04.2011 N 50н "Об утверждении порядка выставления и получения счетов-фактур в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи с применением электронной цифровой подписи".

УДК 004.45

Фролов С.В.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г.Чита

Бурное развитие науки и техники в 19-20 веке позволило человечеству качественно изменить способы общения и обмена информацией. Недосягаемая до этого момента скорость обмена информацией, появление возможности передавать не только текстовые сообщения, появление новых видов информации (например, томография различных органов, аэрофотосъёмка, отслеживание ежедневного перемещения людей) дают нам вызов для извлечения пользы из новых технологий. Осознавая важность информационных технологий для удовлетворения запросов современного общества, все развитые страны организуют работу государственных органов с их применением. Основными преимуществами от информатизации являются оперативное управление организациями, появление новых возможностей автоматизации задач, повышение уровня защиты информации.

Правительство Российской Федерации с 2002 года осуществляет реализацию Федеральной целевой программы "Электронная Россия", ставя основной целью программы повышение эффективности работы государственных органов. Проект призван обеспечить права граждан и организаций на доступ к государственным услугам. В рамках этой программы органы власти и государственные учреждения объединяются для совместной работы в цифровом формате на уровне государственной политики.

Предпосылками к появлению данной программы также являются относительно высокие навыки работы с компьютером у граждан, вызванные доступностью бытовых компьютеров в конце 20-го - начале 21 века, появление доступной связи и сети Интернет. Указанные факторы совместно с реализацией государственных программ по внедрению информационных технологий в государственные органы существенно преобразуют формы взаимодействия граждан с государственными органами. В общем случае мы отметим следующие факты:

- растёт доля государственных органов, хранящих документы в цифровом виде, автоматизирующих свою деятельность при помощи информационных технологий и имеющих связь с другими органами и сетью Интернет;
- в РФ с каждым годом растёт доля населения, имеющая доступ к компьютеру (планшету, смартфону) и доступом к сети Интернет;
- имеется возможность информационного обмена в электронном виде как между государственными органами, так и между государственными органами и гражданами;
- имеется возможность идентифицировать каждого участника электронного взаимодействия. Участник электронного взаимодействия, гражданин или организация, могут применять электронную подпись для доступа к электронным ресурсам, фактически не посещая государственное учреждение.

На основе указанных выше фактов можно утверждать, что переход взаимоотношений в цифровой вид неизбежен, для него имеются все необходимые условия. В подтверждение сделанного вывода можно указать на уже реализованные государственные информационные системы, составляющие техническую базу перевода государственных услуг в электронную форму:

- система межведомственного электронного взаимодействия (СМЭВ) - информационная система, которая позволяет федеральным, региональным и местным органам власти, кредитным организациям (банкам), негосударственным пенсионным фондам, и прочим участникам СМЭВ обмениваться данными, необходимыми для оказания государственных

услуг гражданам и организациям, в электронном виде. Система Создана в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг";

- единая система идентификации и аутентификации (ЕСИА), в которой по состоянию на середину 2017 г. зарегистрировано свыше 50 млн человек, и к которой подключены практически все федеральные органы власти, предоставляющие государственные услуги, региональные порталы госуслуг и прочие организации, подключение которых нормативно закреплено на данный момент, позволяет использовать один идентификатор для доступа к электронным государственным и муниципальным услугам различных поставщиков через различные каналы;
- государственная информационная система о государственных и муниципальных платежах (ГИС ГМП), позволяющая физическим и юридическим лицам получать информацию о своих обязательствах перед бюджетами бюджетной системы Российской Федерации по принципу "единого окна" и осуществляющая учет платежей и начислений при предоставлении услуг.

В дополнение к информационным системам, внедряемым согласно федеральным законам, существует множество каналов электронного взаимодействия, являющихся общепринятыми практиками и возникших по собственной инициативе между государственными органами. При рассмотрении способов документооборота в электронном виде приведём следующие примеры:

Электронная почта и интернет-сайты учреждений являются наиболее популярными и доступными средствами общения и распространения информации не только в России, но и за рубежом. Применение общедоступных технических стандартов, отсутствие привязанности к конкретному поставщику программного обеспечения, большое количество участников, относительная дешевизна внедрения и сопровождения информационных систем делают такое взаимодействие наиболее простым и долгоживущим. При таком взаимодействии возможно добавление отдельных элементов, таких как средства защиты информации, электронной подписи, интеграция со сторонними информационными системами, используемыми внутри или вне организации.

Второй вариант, применяющийся для решения задач, которые сложно или неэффективно решать способом указанным выше, является взаимодействие организаций с применением специализированного программного обеспечения, написанного под конкретные задачи. Такое решение гораздо гибче и лучшим образом подстраивается под конкретные потребности, но требует наличия компетентных специалистов для сопровождения, разбирающихся в специфике взаимодействия организаций (могут быть собственными сотрудниками или сотрудниками сторонней организации). Как правило, государственные организации для совместной работы в цифровом виде имеют нормативную базу, достаточную для разработки стандартов информационного взаимодействия.

Работа государственных органов стала зависеть от надёжности функционирования информационных систем. В данном контексте важную роль занимают вопросы обеспечения безопасности информации. Для обеспечения безопасного электронного взаимодействия между государственными органами ключевыми пунктами являются:

1. Наличие надёжных каналов связи. Отсутствие возможности запрашивать и передавать электронные документы может привести к серьёзным негативным последствиям для исполнения функций государственных органов, а также к недоступности услуг гражданам.
2. Исключение кражи информации в случае обмена конфиденциальной информацией. В условиях, когда всё больше и больше информации переходит в цифровой вид, появляются риски утечки информации, например, конфиденциальных сведений о гражданах или конфиденциальной информации о деятельности государственных организаций.

3. Подтверждение авторства и целостности информации. Исключение возможности подмены информации или отправки от чужого имени.

Одной из распространённых практик для обеспечения безопасного информационного взаимодействия является объединение компьютерных сетей с применением средств криптографической информации. В системе ОМС наиболее распространено создание виртуальных частных сетей посредством продуктов InfotecsVipnet, что обеспечивает высокий уровень защиты конфиденциальной информации. В целом подобные защищённые сети, построенные на базе средств защиты различных производителей, присутствуют у большинства государственных органов. При этом в подавляющем большинстве случаев используются нестандартизируемые протоколы связи и шифрования, несовместимые между собой, т.е. организация, строя защищённую сеть передачи данных, становится привязанной к конкретному производителю, а при организации связи между разными ведомствами возникает "зоопарк" из различных устройств и программ с соответствующим усложнением обслуживания такой инфраструктуры. Ситуация с построением виртуальных частных сетей в корне отличается в странах Евросоюза и США, где широко распространена практика применения открытых стандартов для организации связи между участниками, где каждая из сторон применяет удобные ей средства защиты информации, а обмен ведётся по утверждённым и общепринятым стандартам. Примеры стандартов: AES - симметричный алгоритм блочного шифрования, принятый в качестве стандарта шифрования правительством США по результатам конкурса AES; DSS - Федеральный стандарт цифровой подписи США.

Преимущества взаимодействия в цифровом виде

Государственные органы, успешно построившие электронное взаимодействие, получают возможность быстрого обмена информацией, соответственно уменьшая операционные затраты на документооборот, исполнение поручений и получение ответов от других органов. Применение специализированных информационных систем для совместной работы ведёт к появлению структурированной машиночитаемой информации, в результате появляются возможности оперативного мониторинга деятельности организации, выявления инцидентов, автоматизированного принятия решений на основе заранее подготовленных правил, а в некоторых случаях на основе технологий машинного обучения и искусственного интеллекта. Информационное взаимодействие, построенное без цифровых технологий, постепенно уходит в прошлое, не удовлетворяя большинству запросов современного общества. Для государственных органов, непосредственно оказывающих услуги гражданам, электронное взаимодействие необходимо для исполнения своих обязанностей. Теперь гражданин, обращающийся за государственной услугой, должен предоставить только документы личного хранения (паспорт, свидетельство о рождении и т.д.). Все остальные справки собирает само ведомство.

Качество работы становится зависимым от архитектуры информационных систем, в которых совместно работают государственные органы, наличия специалистов, обладающих необходимой квалификацией в области информационных технологий. Отсутствие необходимых кадров существенно заметно в сельской местности, и это сказывается на оперативности и доступности цифровых технологий для государственных органов. Организация электронного взаимодействия требует наличие технологических возможностей, поскольку для обеспечения работы теперь требуется новое аппаратное обеспечение, сети передачи данных и программное обеспечение. Работа госорганов получает прямую зависимость от технологий: от исполнения основной деятельности до сдачи отчётности, проведения закупок и т.п. Причём если 20 лет назад, как правило, круг решаемых при помощи вычислительной техники задач был относительно узким, то в настоящее время, с учётом внешних и внутренних потребностей в автоматизации, он стал затрагивать практически все аспекты деятельности - уже невозможно представить работу врача, бухгалтера, проек-

тировщика, не работающего в специализированном программном обеспечении. В данном аспекте можно сделать вывод, что решение практически любой задачи, возложенной на государственные органы, требует всё больше и больше квалифицированных специалистов в области информационных технологий: программистов, специалистов по веб-технологиям, системных администраторов, администраторов баз данных, специалистов по информационной безопасности.

Литература

1. Федеральный закон от 27 июля 2010 года № 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг"
2. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2011 г. № 977 "О федеральной государственной информационной системе "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме"
3. FIPS PUB 186. Digital Signature Standard (DSS).

УДК 004.45

Фролов С.В.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г.Чита

Вопросы безопасности информации - важная часть процесса внедрения информационных технологий во все сферы жизни общества. Широкомасштабное внедрение вычислительной техники и телекоммуникационных систем в рамках территориально-распределенных информационных систем, переход на их основе к безбумажной технологии, увеличение объемов обрабатываемой информации и расширение круга пользователей приводят к качественно новым возможностям несанкционированного доступа к ресурсам и данным информационной системы, к их высокой уязвимости. Поэтому требуется организация целостной системы защиты информации.

Основой системы являются:

- законодательная, нормативно-правовая база;
- структура и задачи подразделений, обеспечивающих безопасность;
- организационно-технические и режимные меры и методы;
- программно-технические способы и средства.

Как известно, вся информация делится на открытую (общедоступную) и информацию ограниченного доступа. Информация ограниченного доступа в свою очередь - на конфиденциальные сведения и сведения, составляющие государственную тайну.

Конфиденциальная информация - это персональные данные, семейная тайна, профессиональная тайна, коммерческая тайна, банковская тайна, врачебная тайна и пр.

Под защитой информации понимается регулярное использование средств и методов, принятие мер и осуществление мероприятий с целью системного обеспечения требуемой надежности информации. Под надежностью информации понимают следующее:

- физическая целостность, т.е. отсутствие искажений или уничтожения элементов этой информации;
- доверие к информации (аутентичность), т.е. отсутствие в ней подмены (несанкционированной модификации) ее элементов при сохранении целостности;

- безопасность информации (конфиденциальность), т.е. отсутствие несанкционированного получения ее лицами или процессами, не имеющими на то полномочий;
- недопущение несанкционированного размножения информации.

К объектам защиты отнесены: рабочие станции пользователей, рабочие станции администраторов, серверы, аппаратура связи, каналы связи, периферийные устройства, помещения, связанные с обработкой информации.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Забайкальскому краю осуществляет взаимодействие со следующими участниками информационного обмена:
- Федеральный фонд ОМС;
- территориальные фонды ОМС всех регионов России;
- отделение Пенсионного фонда РФ по Забайкальскому краю;
- управление Федерального казначейства по Забайкальскому краю;
- управление ФНС по Забайкальскому краю;
- отделения ФСС по Забайкальскому краю;
- Министерство здравоохранения Забайкальского края;
- страховые медицинские организации;
- медицинские учреждения, участвующие в системе ОМС;
- фармацевтические организации.

К массивам данных, содержащих сведения ограниченного распространения, циркулирующие в системе ОМС Забайкальского края, относятся:
- сводный регистр застрахованного населения;
- регистр врачей и фельдшеров, имеющих право на выписку льготных рецептов в лечебных учреждениях области;
- регистр врачей и медсестер первичного звена амбулаторно-поликлинических учреждений области;
- сведения о плательщиках - юридических и физических лицах;
- персонифицированные сведения об оказанной гражданам медицинской помощи;
- персонифицированные сведения о выписанных и отпущенных гражданам лекарственных средствах;
- персонифицированные сведения о лицах, имеющих право на государственную социальную помощь;
- персонифицированные сведения о сотрудниках ТФОМС Забайкальского края.

Таким образом, Фонд имеет в распоряжении информацию, относящуюся к категориям "персональные данные" и "врачебная тайна". Обе категории относятся к информации ограниченного доступа, следовательно, требуют соблюдения определенных условий при их использовании.

Основными нормативными документами, регламентирующими порядок обращения с ин-формационными ресурсами, являются:
- Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) Статья 34 этого закона говорит, что сведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования позволяют Фонду вести, в том числе, базы данных персонифицированной информации граждан.
- ФЗ от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации". Из статей 13 и 14 ФЗ следует, что в ТФОМС создается региональная (государственная или муниципальная) информационная система, к которой предъявляются требования по защите информации, описанные в статье 16 данного Закона.
- ФЗ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных". Согласно ст. 3, ТФОМС является оператором обработки персональных данных. Статья 7 требует от оператора (т.е. от Фонда) обеспечения конфиденциальности персональных данных. Ст. 19 гласит:

"Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые правовые, организационные и технические меры или обеспечивать их принятие для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, предоставления, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий в отношении персональных данных."

- Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 13 которого "Соблюдение врачебной тайны" гласит: "Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну ".
- Требования и рекомендации по защите конфиденциальной информации. СТР-К,- Руководящий документ ФСТЭК - Федеральной службы по техническому и экспертному контролю (бывший Гостехкомиссии России).
- Приказ ФСБ России от 10.07.2014 № 378 "Об утверждении Состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств криптографической защиты информации, необходимых для выполнения установленных Правительством Российской Федерации требований к защите персональных данных для каждого из уровней защищенности".
- Указ Президента РФ от 12 марта 2007 г. № 320 о создании Управления Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.
- Указ Президента РФ от 17 марта 2008 г. № 351 "О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена".
- Постановление Правительства РФ от 01.11.2012 N 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных".

Безопасность персональных данных достигается путем исключения несанкционированного, в том числе случайного, доступа к персональным данным, результатом которого может стать уничтожение, изменение, блокирование, копирование, распространение персональных данных, а также иных несанкционированных действий.

Безопасность персональных данных при их обработке в информационных системах обеспечивается с помощью системы защиты персональных данных, включающей организационные меры и средства защиты информации (в том числе шифровальные (криптографические) средства, средства предотвращения несанкционированного доступа, утечки информации по техническим каналам, программно-технических воздействий на технические средства обработки персональных данных), а также используемые в информационной системе информационные технологии.

Безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе обеспечивает оператор или лицо, которому на основании договора оператор поручает обработку персональных данных (далее - уполномоченное лицо). Существенным условием договора является обязанность уполномоченного лица обеспечить конфиденциальность персональных данных и безопасность персональных данных при их обработке в информационной системе.

Существующие законы и нормативные акты позволяют ТФОМС разработать и построить комплексную защиту информации ограниченного доступа. Реализованы меры по обеспечению информационной безопасности в Фонде. Фондом в установленном порядке направлено уведомление в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных, т.е. территориальное управление федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций о том, что ТФОМС является органом, осуществляющим обработку персональных данных. Утвержден Перечень

конфиденциальной информации и других сведений ограниченного доступа ТФОМС, периодически проводится ревизия и оценка электронных ресурсов по степени конфиденциальности и по необходимости доступа к ним работников ТФОМС. Разграничены права доступа пользователей информационных систем (включая администраторов).

Каждый сотрудник Фонда ознакомлен с "Положением о защите персональных данных работников Территориального фонда обязательного медицинского страхования", подписал Согласие на обработку его персональных данных. Контроль над доступом к конфиденциальной информации ведётся с применением сертифицированных технических средств защиты информации, ограничен или вовсе запрещён доступ в сеть международного информационного обмена Интернет. Выполняется регулярное обновление программного обеспечения защищенной сети VipNet. Обеспечивается жизненный цикл ключей защиты информации и ключей электронной подписи: своевременное создание, хранение, резервное копирование и уничтожение. Все рабочие места, включая неприсоединённые к сети, обеспечены антивирусным программным обеспечением с выполнением регулярных обновлений баз данных вредоносного ПО. Администратор безопасности контролирует работу антивирусного ПО централизованно.

Одной из важнейших задач является защита потоков данных, передаваемых по открытым сетям. Открытые каналы могут быть надежно защищены только лишь одним способом - криптографией.

В настоящее время используется современный комплекс программного обеспечения InfotecsVipNetверсии 4 (средство защиты конфиденциальной информации, ориентированное на организацию защищенного взаимодействия клиент-клиент, сервер-сервер, сервер-клиент, реализующее возможность политики разграничения доступа в рамках всей защищенной сети, раздельную фильтрацию открытого и шифруемого трафика и пр.). Защищённая сеть Vipnet, построенная в ТФОМС, объединяет рабочие места сотрудников фонда и учреждения, участвующие в системе ОМС, а также имеет связи со сторонними организациями, имеющими собственные сети на базе технологии Vipnet.

Утверждены регламенты информационного обмена, соглашения об информационном взаимодействии и соглашения о конфиденциальности между участниками обмена со всеми внешними агентами.

Регулярно проводится повышение квалификации работников информационной службы; сотрудники, обеспечивающие функционирование защищённой сети, имеют сертификаты, подтверждающие необходимые знания для администрирования продуктов InfotecsVipNet.

Выполняется регулярное резервное копирование информации, содержащейся в файлах и системах управления базами данных.

Сеть фонда состоит из двух сегментов, построенных раздельно на физическом и коммутационном уровне, связанных между собой в одной точке сертифицированным межсетевым экраном. Конфиденциальная информация обрабатывается в закрытом сегменте сети. Возможность работы в сетях общего пользования (Интернет) существует только у пользователей открытого сегмента.

Передача сведений,содержащих персональные данные, может быть осуществлена только при наличии согласия застрахованного лица. При отсутствии такого согласия обработка возможна только в соответствии с п.2 ст.6 ФЗ -152 "О персональных данных" в том числе:

- на основании Федерального закона, устанавливающего цель обработки персональных данных, круг субъектов персональных данных, которые подлежат обработке, а также определяют полномочия оператора, т.е. конкретного ведомства. При этом информация подлежит передаче только на основании законного мотивированного требования. Мотивированное требование должно быть подписано уполномоченным должностным лицом (руководителем), содержать указание цели, правовое основание затребования информации, срок предоставления информации. В случае отсутствия хотя бы одного из этих тре-

бований Фонд не имеет права передачи информации;
- в целях исполнения договора, одной из сторон которых является субъект, т.е. застрахованное лицо. Если такой договор имеется, то существенным условием его является обязанность обеспечения ведомством конфиденциальности персональных данных и их безопасности при обработке.

В случае отказа от предоставления персональных данных выдается письменное уведомление об отказе в предоставлении персональных данных.

Таким образом, в настоящий момент в фонде обязательного медицинского страхования Забайкальского края применены организационные и технические меры для обеспечения информационной безопасности, а также поддержания надлежащего уровня защиты персональных данных в соответствии с действующим законодательством.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) Статья 34
2. Федеральный закон от 27.06.2006 г. № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации". Из статей 13 и 14
3. Федеральный закон от 27.07.2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных". Согласно ст. 3, 7, 19
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 13
5. Требования и рекомендации по защите конфиденциальной информации (СТР-К)- Руководящий документ ФСТЭК
6. Приказ ФСБ России от 10.07.2014 № 378 "Об утверждении Состава и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств криптографической защиты информации, необходимых для выполнения установленных Правительством Российской Федерации требований к защите персональных данных для каждого из уровней защищенности"
7. Указ Президента РФ от 12.03.2007 г. № 320 о создании Управления Федеральной службы по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.
8. Указ Президента РФ от 17 марта 2008 г. № 351 "О мерах по обеспечению информационной безопасности Российской Федерации при использовании информационно-телекоммуникационных сетей международного информационного обмена".
9. Постановление Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119 "Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных".

УДК 614.1:614.2

Щинова М.А.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА УЧЁТА СВЕДЕНИЙ О ЗАНЯТОСТИ ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Данная статья посвящена вопросам учёта сведений о занятости граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Забайкальского

края. Цель статьи - показать роль учёта сведений о занятости застрахованных граждан, а также проанализировать качество его ведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования Забайкальского края (далее - ТФОМС Забайкальского края).

Понятие учёта сведений о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС

Учёт сведений о занятости застрахованных граждан ведётся в рамках персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования. Сведения о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС, отражаются в Едином регистре застрахованных лиц (далее - Регистр), который представляет собой совокупность центрального и региональных сегментов. Центральный сегмент Регистра находится в ведении Федерального фонда ОМС. Ведение региональных сегментов Регистра осуществляют территориальные фонды субъектов Российской Федерации. Каждый застрахованный гражданин учитывается в Регистре со статусом занятости - "работающий" или "неработающий" [1].

Роль учёта сведений о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края

Вопрос учёта сведений о занятости застрахованных граждан в первую очередь связан с объёмом финансирования системы ОМС Забайкальского края. Субвенция из бюджета Федерального фонда ОМС для финансового обеспечения организации ОМС в крае выделяется в расчёте на общую численность застрахованных в Забайкальском крае граждан. А на основании сведений о занятости застрахованных граждан производится расчёт суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения, подлежащей уплате в бюджет Федерального фонда ОМС из краевого бюджета [2].

При этом сумма страховых взносов на последующий календарный год рассчитывается как произведение размера страхового взноса и численности неработающего населения, застрахованного в системе ОМС Забайкальского края на 1 апреля текущего года:

Сумма страховых взносов на ОМС неработающего населения на последующий календарный год, подлежащая уплате в бюджет Федерального фонда ОМС из бюджета Забайкальского края	=	Размер страхового взноса на ОМС неработающего населения на последующий календарный год	**X**	Численность неработающего населения, застрахованного в системе ОМС Забайкальского края, на 1 апреля текущего года

Расчёт размера страхового взноса на ОМС неработающего населения производится в соответствии с положениями федерального законодательства [3].

Численность неработающего населения, застрахованного в системе ОМС Забайкальского края на 1 апреля текущего года, фиксируется в отчётной Форме № 8 "Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию", которую ТФОМС Забайкальского края представляет в Федеральный фонд ОМС 1 июля после получения и обработки сведений о занятости граждан за 1 квартал [4].

Контрольные показатели численности застрахованных лиц, зафиксированные в 2015-2017 годах, приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Численность застрахованных лиц, чел.	01 апреля 2015		01 апреля 2016		01 апреля 2017	
Работающие	383 673	35,09%	374 244	34,60%	371 772	34,54%
Неработающие	709 735	64,91%	707 525	65,40%	704 649	65,46%
Всего	1 093 408		1 081 769		1 076 421	

Как видно из таблицы, наблюдается небольшой рост доли неработающих граждан в общей численности застрахованных лиц на фоне снижения абсолютных показателей численности. Такая динамика показателей отражает миграционные процессы в регионе, а именно - отток работающего населения из Забайкальского края.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что обеспечение полноты и достоверности учёта сведений о занятости застрахованных лиц имеет исключительную важность для корректного расчёта объёма финансирования системы ОМС Забайкальского края.

Схема информационного взаимодействия при ведении учёта сведений о занятости застрахованных граждан

При ведении персонифицированного учёта в сфере ОМС застрахованный гражданин приобретает статус "работающий", если работодатель уплачивает страховые взносы на его обязательное медицинское страхование. Граждане, по которым сведения об уплате страховых взносов не поступали, учитываются со статусом "неработающий".

До 2017 года функцию администрирования страховых взносов выполнял Пенсионный фонд Российской Федерации, основным источником сведений о занятости граждан в Забайкальском крае являлось его региональное отделение.

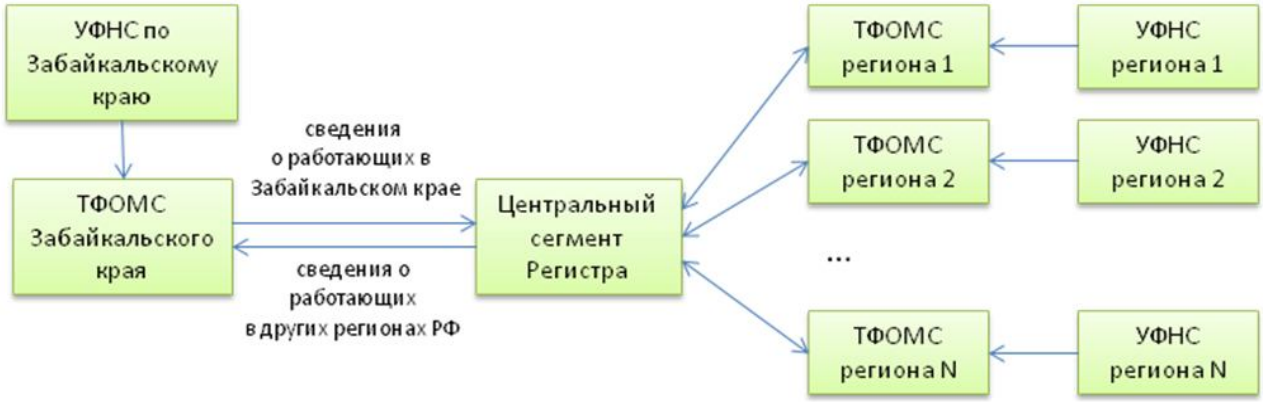
С 1 января 2017 года функции по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, медицинское и социальное страхование переданы налоговым органам. В связи с этим в настоящее время ТФОМС Забайкальского края получает сведения о работающих гражданах от Управления Федеральной налоговой службы по Забайкальскому краю (далее - УФНС по Забайкальскому краю) [1] в соответствии с Соглашением об информационном обмене между Федеральным фондом ОМС и федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов [5].

Помимо сведений о занятости от основного регионального источника ТФОМС Забайкальского края получает сведения о работающих гражданах через центральный сегмент Регистра [6]. Так в ТФОМС Забайкальского края поступают данные о занятости граждан, которые застрахованы на территории края, однако числятся работающими на территории другого субъекта. Например, если на территории края осуществляет деятельность филиал организации другого региона, то взносы на ОМС работающих этой организации отчисляются в другом регионе, и сведения об уплате страховых взносов поступают в центральный сегмент Регистра от территориального фонда этого региона.

И наоборот, важно понимать, что не все сведения о работающих гражданах, полученные от УФНС по Забайкальскому краю, будут учтены в региональном сегменте нашего субъекта. Часть этих сведений (о работающих в Забайкальском крае гражданах, застрахованных в других субъектах) будет направлена через центральный сегмент Регистра для учёта в региональных сегментах территориальных фондов ОМС по месту страхования (см. Рисунок 1).

Рисунок 1

Схема информационного взаимодействия
при ведении учёта сведений о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС



Анализ качества ведения учёта сведений о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края

Как видно из схемы, качество учёта сведений о занятости граждан зависит от полноты и достоверности ведения этого учёта не только в ТФОМС Забайкальского края, но и в территориальных фондах других регионов.

Оценку качества ведения учёта в ТФОМС Забайкальского края можно дать на основании такого показателя, как процент идентификации сведений, поступивших от УФНС по Забайкальскому краю, а также по анализу сведений о работающих гражданах, которые не найдены в Регистре.

Так, из сведений о работающих гражданах за 4 квартал 2017 года идентифицировано в Регистре 98,98% (90,24% сведений идентифицировано в региональном сегменте, 8,74% идентифицированы через центральный сегмент в других регионах). Остаток неидентифицированных сведений составил 1,02%.

По инициативе ТФОМС Забайкальского края совместно со страховыми медицинскими организациями проведена работа по поиску и страхованию граждан, о которых поступают сведения как о работающих, но которые не найдены в Регистре. Так как большая часть таких граждан - это иностранные граждане, по данному вопросу была проведена рабочая встреча с Управлением Федеральной миграционной службы по Забайкальскому краю.

В результате данных мероприятий часть граждан этого сегмента (9,18%) обеспечена полисами ОМС, а также выявлены причины наличия среди работающих граждан лиц, не застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. К таким причинам относятся:
- нежелание граждан оформлять полис ОМС (в т.ч. граждан, имеющих полисы ДМС);
- принадлежность граждан к категориям, не имеющим права на обязательное медицинское страхование;
- отсутствие у иностранных граждан (сезонных рабочих) документов, дающих право на ОМС (разрешение на временное проживание, вид на жительство).

На основании проведённой работы сделан вывод о том, что часть сведений о работающих гражданах не может быть найдена в Регистре в силу фактического отсутствия страхования, а также отсутствия права на него у части работающих граждан, а вовсе не в силу погрешностей идентификации, т.е. невозможности поиска из-за опечаток в персональных данных или несовершенства алгоритмов поиска.

Напомним, что процент идентификации записей в Регистре составляет 98,98%. При этом наличие 1,02% неидентифицированных сведений объясняется объективными причинами. Таким образом, процент объективной идентификации (т.е. идентификации без учёта сведений о работающих гражданах, которые не хотят получать полис ОМС, либо не имеют на это права) приближается к 100%.

Это позволяет говорить о высоком качестве и максимальной достоверности как внешних сведений о работающих гражданах, так и сведений регионального сегмента Регистра, которые обуславливают высокий уровень качества ведения территориальным фондом ОМС Забайкальского края учёта сведений о занятости застрахованных граждан.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017).
2. Федеральный закон от 30.11.2011 № 354-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения".
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н (ред. от 08.12.2016) "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2011 № 19742).

4. Приказ ФФОМС от 28.02.2014 № 19 "Об утверждении формы № 8 "Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию" и порядка ее ведения" (Зарегистрировано в Минюсте России 12.05.2014 № 32233).
5. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 (ред. от 23.03.2018) "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".
6. Соглашение об информационном взаимодействии между Федеральной налоговой службой и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 30.11.2016 № ММВ-23-11/28@11-91-2016.

УДК 614.2:614.1

Щинова М.А.

ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СВЕДЕНИЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЁТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

В настоящей статье рассмотрим вопросы организации персонифицированного учёта граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Забайкальского края, проследим основные информационные потоки, возникающие в процессе ведения учёта, а также оценим достоверность сведений персонифицированного учёта.

Понятие и роль персонифицированного учёта

Персонифицированный учёт граждан, застрахованных в системе ОМС - это индивидуальный учёт сведений о каждом гражданине, имеющем полис ОМС [1].

В 2011 году с вступлением в силу 326-ФЗ произошло принципиальное изменение федерального законодательства в сфере ОМС. Гражданина наделили самостоятельным правом выбора страховой медицинской организации [1]. Это повлекло радикальные изменения в персонифицированном учёте застрахованных граждан. Запущен обширный процесс перерегистрации застрахованных лиц путём обеспечения населения Российской Федерации полисами ОМС единого образца.

Регистрация фактов страхования ведётся в Едином регистре застрахованных лиц (далее - Регистр), который представляет собой совокупность центрального и региональных сегментов. Центральный сегмент Регистра находится в ведении Федерального фонда ОМС. Ведение региональных сегментов Регистра осуществляют территориальные фонды субъектов Российской Федерации [2].

Состав учитываемых сведений с 2011 года дополнен такой важной информацией как сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования (далее - СНИЛС) и о документе, удостоверяющем личность гражданина.

В настоящее время в процессе персонифицированного учёта осуществляется сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений о застрахованных лицах [2,3]:

1) фамилия, имя, отчество;
2) пол;
3) дата рождения;
4) место рождения;
5) гражданство;
6) данные документа, удостоверяющего личность;

7) место жительства;
8) место регистрации;
9) дата регистрации;
10) СНИЛС;
11) номер полиса ОМС застрахованного лица;
12) данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом;
13) дата регистрации в качестве застрахованного лица;
14) статус застрахованного лица (работающий, неработающий);
15) сведения о прикреплении к медицинской организации.

На основании данных персонифицированного учёта граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, производится подсчёт численности застрахованных лиц (в том числе работающих и неработающих), а также численности граждан, прикреплённых к медицинским организациям. Показатели численности используются для расчёта объёма финансирования страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС края, а также для расчёта объёма финансирования всей системы ОМС Забайкальского края. В расчёте на общую численность регионального сегмента Регистра выделяется субвенция из бюджета Федерального фонда ОМС для финансового обеспечения организации ОМС в крае. На основании сведений о занятости граждан, застрахованных в системе ОМС края, производится расчёт суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения из регионального бюджета.

Кроме того, медицинская помощь, оказанная гражданину, оплачивается из средств ОМС только в том случае, если гражданин имеет действующее страхование. Таким образом, ведение персонифицированного учёта граждан, застрахованных в системе ОМС играет большую роль в осуществлении контроля за использованием средств ОМС.

Схема информационного взаимодействия при ведении регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц

Основные информационные потоки, возникающие в процессе ведения регионального сегмента Регистра представлены на Рисунке 1.

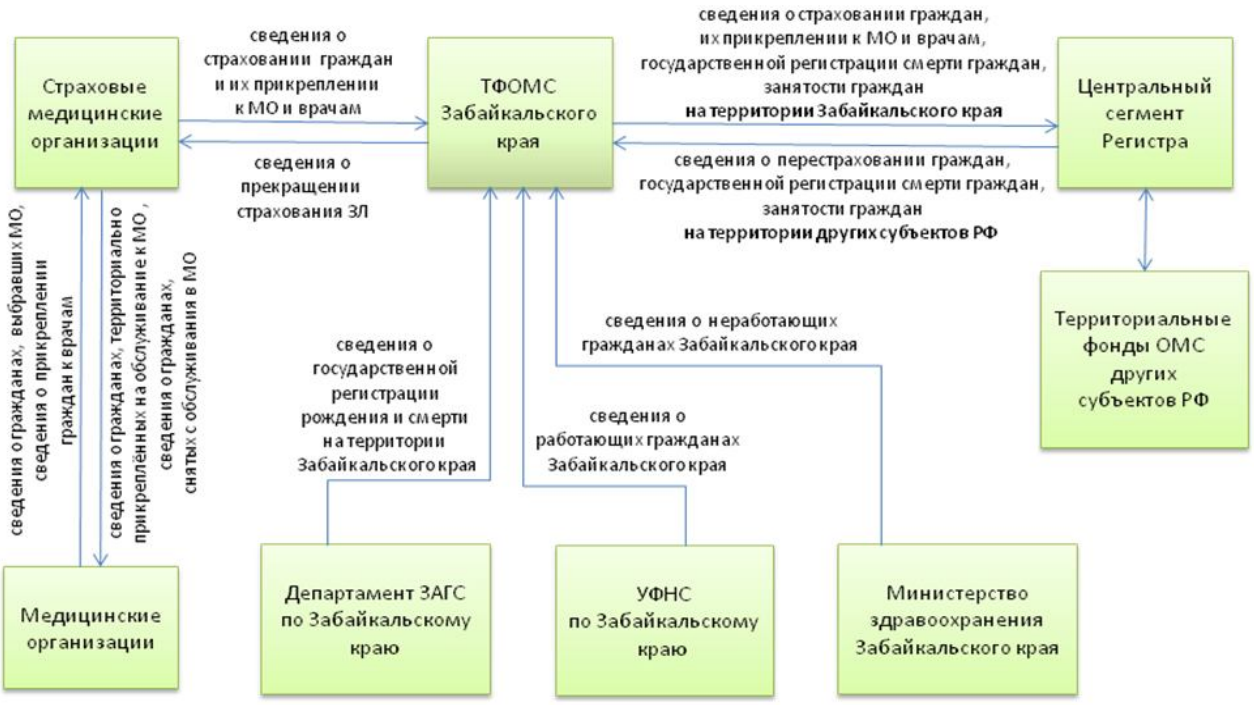


Рис. 1. Схема информационного взаимодействия при ведении регионального сегмента Единого регистра застрахованных лиц

Сведения об оформлении и получении гражданами полисов ОМС, т.е. сведения, на основании которых формируется региональный сегмент Регистра, поступают в ТФОМС Забайкальского края от страховых медицинских организаций ежедневно в пакетном режиме.

ТФОМС Забайкальского края вносит поступившие сведения в региональный сегмент Регистра и практически в режиме "онлайн" транслирует их в центральный сегмент Регистра.

После обработки сведений в страховые медицинские организации направляется информация о результатах обработки с указанием ошибок, в случае их возникновения.

Таким образом происходит наполнение Регистра сведениями [2].

Однако зафиксировать факт страхования гражданина в системе ОМС недостаточно. Необходимо постоянно поддерживать актуальность сведений о застрахованном гражданине. С этой целью ведётся учёт естественного движения и миграции населения, на основании которого прекращается страхование умерших граждан, а также граждан, перестрахованных на территории других субъектов РФ.

Информация о перестраховании граждан на территории других регионов поступает через центральный сегмент Регистра в ежедневном режиме [3].

Сведения о государственной регистрации смерти дважды в месяц поступают от Департамента ЗАГС по Забайкальскому краю [2]. В случае смерти за пределами региона страхования ТФОМС Забайкальского края получает сведения о смерти через центральный сегмент Регистра [3].

В составе сведений регионального сегмента Регистра также учитываются сведения о занятости граждан. Учёт ведется на основании ежеквартально поступающих от Управления Федеральной налоговой службы по Забайкальскому краю сведений о работающих в Забайкальском крае гражданах [2], а также на основании сведений центрального сегмента Регистра о гражданах, которые застрахованы на территории Забайкальского края, однако числятся работающими на территории другого субъекта (например, работники филиала организации другого региона) [3]. При этом граждане, о которых поступили сведения как о работающих, приобретают статус "работающий". Граждане, о которых такие сведения не поступали, учитываются со статусом "неработающий".

Помимо сведений о страховании граждан в региональном сегменте Регистра ведётся учёт сведений о прикреплении застрахованных лиц к обслуживающим медицинским организациям и врачам для получения первичной медико-санитарной помощи [3,4].

Прикрепление застрахованных лиц к медицинским организациям осуществляется на основании заявлений о выборе медицинской организации (фактическое прикрепление), а в случае отсутствия факта выбора гражданином медицинской организации - по территориальному принципу (автоматическое прикрепление) [4]. На 1 апреля 2018 года 19,13% прикреплённых граждан осуществили самостоятельный выбор медицинской организации, т.е. были прикреплены на основании заявления о выборе МО.

Прикрепление застрахованных лиц к врачам осуществляется медицинскими организациями, к которым граждане прикреплены на обслуживание.

Медицинские организации направляют в страховые медицинские организации сведения о фактическом прикреплении застрахованных лиц (о прикреплении граждан на основании заявлений о выборе медицинской организации), а также сведения о прикреплении обслуживаемых граждан к врачам.

Страховые медицинские организации в свою очередь предоставляют в ТФОМС Забайкальского края сведения об автоматическом прикреплении граждан (о прикреплении по территориальному принципу), а также полученные от медицинских организаций сведения о фактическом прикреплении граждан к медицинским организациям и врачам.

Основные характеристики регионального сегмента Регистра

В этом разделе рассмотрим основные показатели регионального сегмента Регистра (сведения приведены по состоянию на 1 апреля 2018 года).

Численность регионального сегмента Регистра составляет 1 068 852 человека, из них 2 337 человек - иностранные граждане, 21 человек - со статусом "беженцы", 219 человек - трудящиеся государств-членов ЕАЭС, 8 лиц без гражданства, 1 066 267 человек (99,76%) - граждане Российской Федерации.

Страхование граждан на территории Забайкальского края осуществляют две страховые медицинские организации - государственное унитарное предприятие Забайкальского края "Государственная страховая медицинская компания "Забайкалмедстрах" (далее - ГК "Забайкалмедстрах") и филиал "Читинский" акционерного общества "Страховая группа "Спасские ворота-М" (далее - Филиал "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М").

Численность страхового поля каждой страховой медицинской организации и её доля в общей численности застрахованного населения приведены в Таблице 1.

Таблица 1

Страховая медицинская организация	**Численность застрахованных граждан на 01.04.2018**	**Доля в общей численности**
ГК"Забайкалмедстрах"	993 873	92,99%
Филиал "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М"	74 979	7,01%
Итого	1 068 852	

Региональной спецификой персонифицированного учёта застрахованных граждан является факт страхования большей части населения одной страховой медицинской организацией. Как видно из Таблицы 1, 92,99% населения застраховано ГК "Забайкалмедстрах". Доля страхового поля филиала "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" составляет всего 7,01%, при этом наблюдается тенденция её постепенного и постоянного снижения. За пятилетний период с апреля 2013 года по апрель 2018 года доля граждан, застрахованных филиалом "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М", в общей численности застрахованного населения снизилась с 8,88% до 7,01%.

Возрастной состав регионального сегмента Регистра в целом и с разбивкой по сегментам страховых медицинских организаций представлен в Таблице 2.

Таблица 2

Возрастная категория населения	**ГК "Забайкалмедстрах"**		**Филиал "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М"**		**Всего**	
	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Младше трудоспособного возраста (0-15 лет)	238 763	24,02%	6 787	9,05%	245 550	22,97%
Трудоспособного возраста (М 16-59 лет, Ж 16-54 лет)	545 456	54,88%	53 644	71,55%	599 100	56,05%
Старше трудоспособного возраста (М>=60 лет, Ж>=55 лет)	209 654	21,09%	14 548	19,40%	224 202	20,98%
Всего	993 873		74 979		1 068 852	

Доля застрахованных граждан младше трудоспособного возраста в общей численности регионального сегмента Регистра составляет 22,97%, трудоспособного возраста - 56,05%, старше трудоспособного возраста - 20,98%. Однако распределение населения по возрастным категориям внутри сегментов страховых медицинских организаций значительно различается. Так, доля граждан трудоспособного возраста в страховом поле филиала "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" составляет 71,55%, в то время как среди граждан, застрахованных ГК "Забайкалмедстрах", доля граждан трудоспособного возраста составляет 54,88%. Доля граждан младше трудоспособного возраста также значительно

разнится и составляет в страховых полях филиала "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М" и ГК "Забайкалмедстрах" 9,05% и 24,02% соответственно.

Различиями в возрастном составе застрахованного населения обусловлено несоответствие процентных соотношений численности застрахованных граждан и объёма оплаченной страховыми медицинскими организациями медицинской помощи, так как граждане трудоспособного возраста обращаются за медицинской помощью реже граждан других возрастных категорий. Так, объём медицинской помощи, оплаченной за 2017 год филиалом "Читинский" АО "Страховая группа "Спасские ворота-М", составил 6,02% от общего объёма оплаченной медицинской помощи, в то время как доля застрахованного страховой медицинской организацией населения на конец 2017 года составляла 7,04%. Объём медицинской помощи, оплаченной ГК "Забайкалмедстрах" составил 93,98%, в то время как доля застрахованного населения составляла 92,96%.

Практически всё население Забайкальского края обеспечено полисами ОМС, поэтому динамика возрастных показателей регионального сегмента Регистра является достаточно точным отражением миграционных процессов региона. Диаграмма изменения возрастных показателей регионального сегмента Регистра, представленная на Рисунке 2, позволяет сделать вывод о постепенном старении населения Забайкальского края в связи с оттоком населения трудоспособного возраста из региона.

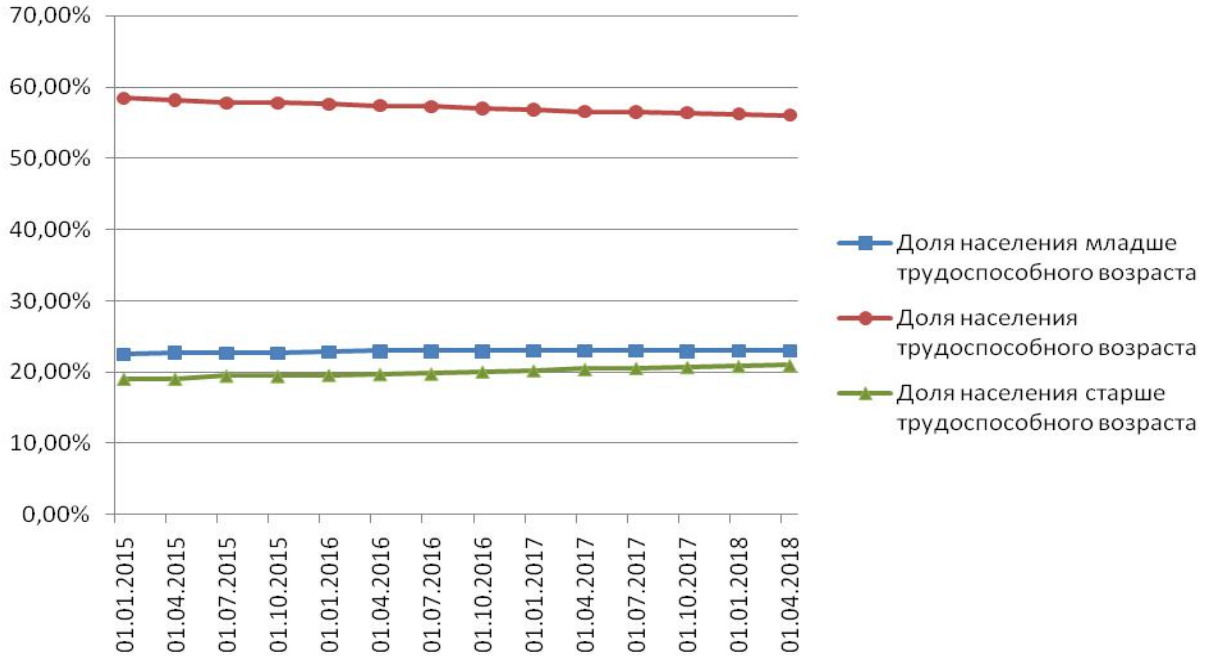


Рис. 2. Динамика возрастных показателей регионального сегмента Регистра

Так с 2015 года произошло снижение доли населения трудоспособного возраста с 58,41% до 56,05%, при этом доля населения старше трудоспособного возраста возросла с 19,07% до 20,98%. Доля населения младше работоспособного возраста изменилась с 22,52% до 22,97%. В абсолютных показателях отмечается рост численности населения старше трудоспособного возраста при уменьшении численности населения других возрастных категорий.

Оценка достоверности сведений регионального сегмента Регистра

Одним из самых подходящих показателей для оценки достоверности сведений регионального сегмента Регистра является обеспеченность граждан полисами ОМС единого образца. Здесь и далее под обеспеченностью гражданина полисом ОМС единого образца будем понимать наличие у гражданина изготовленного полиса единого образца либо временного свидетельства, подтверждающего факт его оформления.

Напомним, что гражданам оформляются полисы ОМС единого образца с 2011 года, при этом гражданин должен лично (или через представителя) обратиться в выбранную им страховую медицинскую организацию. При оформлении полиса гражданин обязан предъявить документ, удостоверяющий личность (для граждан РФ паспорт или свидетельство о рождении), а также СНИЛС (для иностранных граждан и для детей при наличии). Сведения о документе, удостоверяющем личность, и о СНИЛС вносятся в региональный сегмент Регистра, а также направляются в центральный сегмент Регистра.

Сведения о СНИЛС граждан представляют наибольшую ценность для персонифицированного учёта застрахованных лиц, так как не изменяются на протяжении всей жизни гражданина в отличие от сведений о документах. Кроме того, в Регистре ведётся история изменений сведений о документах, удостоверяющих личность граждан [3]. Таким образом, учёт сведений о СНИЛС и документах граждан, оформивших полис ОМС единого образца, позволяет однозначно идентифицировать гражданина и не допустить дублирования сведений не только в пределах региона страхования, но и в пределах всей Российской Федерации. Тем самым обусловлена высокая достоверность сведений о гражданах, имеющих полис ОМС единого образца.

Динамика обеспечения граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, полисами единого образца представлена на Рисунке 3.

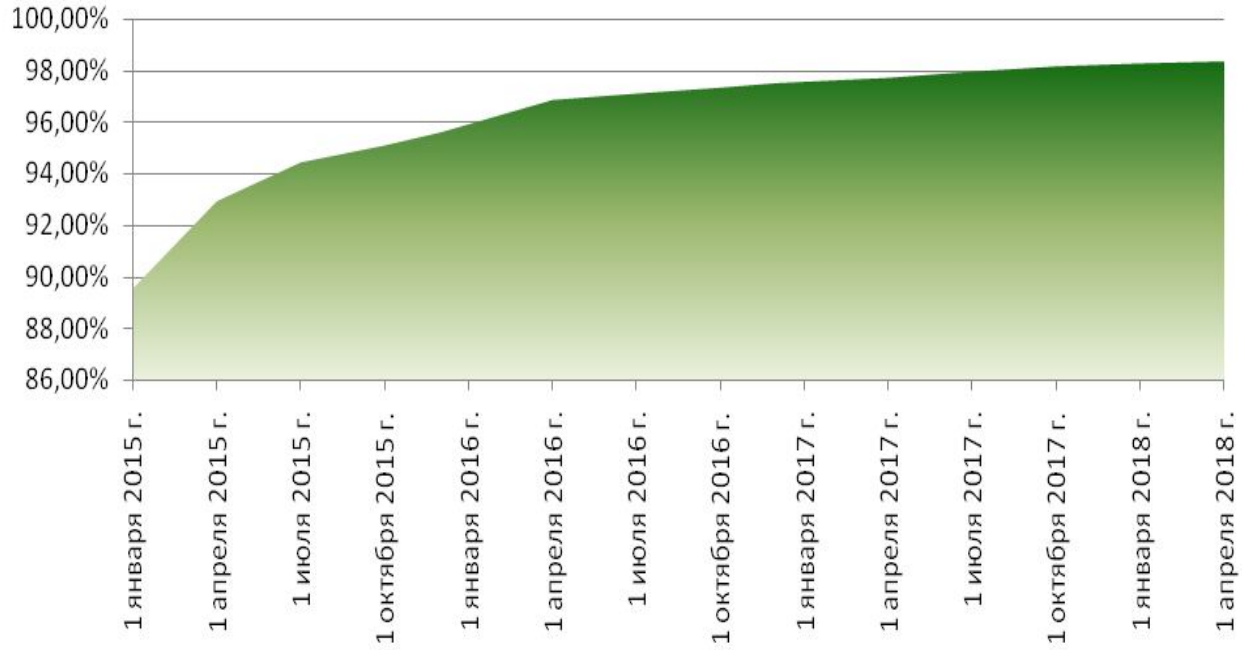


Рис. 3. Обеспеченность населения полисами ОМС единого образца

В настоящее время полисами ОМС единого образца обеспечено 98,33% населения. И лишь 1,67% граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края, имеют полисы ОМС старого образца.

Наличие 1,67% населения с полисами ОМС старого образца обусловлено законодательно закреплённой нормой, согласно которой все граждане, имевшие действующий на дату 1 января 2011 года полис ОМС старого образца, продолжают числиться застрахованными по ОМС, даже если до сих пор не осуществили выбор страховой медицинской организации [1].

Если сведения о гражданах, имеющих полис ОМС единого образца, можно считать достоверными, то дать оценку достоверности сведений о гражданах с полисами ОМС старого образца сложнее.

Для оценки достоверности сведений о гражданах, имеющих полисы ОМС старого образца, выделим из этой категории граждан следующие группы:

1) граждане, по которым в Регистре есть сведения о документе, удостоверяющем личность;
2) граждане, по которым в Регистре есть сведения о СНИЛС;
3) граждане, по которым поступали сведения от УФНС по Забайкальскому краю как о работающих гражданах;
4) граждане, осуществившие выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи на основании заявления;
5) граждане, обращавшиеся за медицинской помощью в течение последних 4 лет.

Процент граждан с полисом ОМС старого образца, которые относятся к перечисленным группам, составляет 12,52%, 55,05%, 13,30%, 1,51% и 40,56% соответственно.

Процент граждан с полисом ОМС старого образца, которые относятся хотя бы к одной из перечисленных групп, составляет 68,52%. Эту долю граждан, имеющих полис ОМС старого образца, можно считать достоверно подтверждённой.

Убедиться в достоверности, так же как и в недостоверности сведений о 31,48% гражданах, имеющих полис ОМС старого образца, не удалось.

Таким образом, достоверно подтверждёнными можно считать сведения Регистра о 100% граждан, оформивших полис ОМС единого образца, и о 68,52% граждан с полисом ОМС старого образца.

С учётом процента обеспеченности населения полисами ОМС единого образца (98,33 %), рассчитаем общий процент достоверно подтверждённых сведений регионального сегмента Регистра:

Процент достоверно подтверждённых сведений регионального сегмента Регистра **99,47 %**	=	Процент обеспеченности населения полисами ОМС единого образца **98,33 %**	+	Процент граждан с полисами ОМС старого образца **1,67 %**	*	Доля достоверно подтверждённых сведений о гражданах с полисом ОМС старого образца **0,6852**

Процент достоверно подтверждённых сведений регионального сегмента Регистра составляет 99,47%, что позволяет сделать вывод о высокой достоверности сведений персонифицированного учёта граждан, застрахованных в системе ОМС Забайкальского края.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017).
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н (ред. от 08.12.2016) "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования" (Зарегистрировано в Минюсте России 08.02.2011 № 19742).
3. Приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79 (ред. от 23.03.2018) "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".
4. Приложение № 4 к Тарифному соглашению на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2018 год.

УДК 340.6

Яманова Н.Б., Яблонская О.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Обязательное медицинское страхование, являясь одним из важнейших видов социального страхования граждан в нашей стране, с момента своего появления вызывало массу споров как в части порядка его реализации, так и в вопросах осуществления прав застрахованных граждан, страховых медицинских организаций и лечебных учреждений.

Действующий с 2011 года Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и принятые в соответствии с ним подзаконные нормативные правовые акты, несомненно, более широко и в то же время детально регламентировали порядок реализации данного вида страхования.

Вместе с тем, обновленное законодательство породило и новые вопросы, касающиеся порядка реализации обязательного медицинского страхования, в большей степени это коснулось взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования, а также защиты прав застрахованных лиц при получении медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Значительное количество возникающих вопросов решается путем издания новых или совершенствования уже принятых нормативных правовых актов, а также в результате формирования общих подходов в правоприменительной практике. Наряду с этим немаловажным фактором, влияющим на процесс реализации обязательного медицинского страхования, является складывающаяся довольно обширная судебная практика.

Целью настоящей статьи является рассмотрение основных категорий судебных дел, касающихся вопросов реализации обязательного медицинского страхования на территории Забайкальского края за период с 2016 года по 2018 год.

Одной из основных проблем, возникающих при осуществлении обязательного медицинского страхования и передаваемых на рассмотрение в судебные органы, является выявление территориальными фондами обязательного медицинского страхования фактов нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями. Данная проблема существует во многих субъектах Российской Федерации, но особенно актуальная она для дотационных регионов, в которых бюджетное финансирование государственных учреждений здравоохранения осуществляется в недостаточном объеме.

Именно такая ситуация складывается на протяжении нескольких лет на территории Забайкальского края, в результате чего, даже несмотря на расширение статей, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, ежегодно выявляются случаи нецелевого использования медицинскими организациями указанных средств.

Судебная практика, касающаяся нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования, складывается в двух направлениях: первое - это обжалование медицинскими организациями результатов проверок ТФОМС Забайкальского края, установивших факт нецелевого использования средств ОМС; второе - это взыскание в судебном порядке территориальным фондом с медицинских организаций сумм нецелевого использования средств ОМС.

Необходимо заметить, что медицинские организации не часто обжалуют в судебном порядке решения ТФОМС Забайкальского края по результатам проверок использования средств обязательного медицинского страхования, гораздо чаще с исковыми заявлениями о взыскании сумм нецелевого использования средств приходится обращаться территориальному фонду.

Так, в 2016-2017 годах в Арбитражный суд Забайкальского края ТФОМС Забайкальского края поданы следующие исковые заявления:

- о взыскании с ГУЗ "Тунгокоченская центральная районная больница" денежных средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению за период 2010-2012 годов, в размере 2 672 280,39 руб., штрафа в размере 348 728,25 руб. и пени в размере 617 299, 20 руб.;
- о взыскании с ГУЗ "Петровск-Забайкальская центральная районная больница" денежных средств обязательного медицинского страхования, использованных не по целевому назначению за 2014 год, в размере 680 440,39 руб., штрафа в размере 68 044,04 руб. и пени в размере 66 120,74 руб.;
- о взыскании с ГУЗ "Борзинская центральная районная больница" денежных средств обязательного медицинского страхования, использованных с нарушением законодательства об обязательном медицинском страховании за 2016 год, в размере 3 940 054, 82 руб., штрафа в размере 315 475,60 руб. и пени в размере 36 445,50 руб.

Решениями Арбитражного суда Забайкальского края по указанным делам исковые требования ТФОМС Забайкальского края удовлетворены в полном объеме.

Арбитражный суд Забайкальского края, вынося решения по указанным делам, подтвердил полномочия территориального фонда на проведение проверок использования средств обязательного медицинского страхования, полученных медицинскими организациями. Так, в соответствии со статьей 34 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Закон об ОМС) и пунктом 8.12 Положения о ТФОМС Забайкальского края, утвержденного постановлением Правительства Забайкальского края от 19 апреля 2011 года № 127 (далее - Положение о ТФОМС), ТФОМС Забайкальского края осуществляет контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, в том числе проводит проверки и ревизии.

Согласно пункту 2 Положения о контроле за использованием средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, утвержденного приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 года № 73 (далее - Положение о контроле за использованием средств ОМС), Фондом проводятся проверки деятельности медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе в части использования соответствующих средств.

Порядок, цели и направления использования средств обязательного медицинского страхования строго регламентированы действующим законодательством в данной сфере. Так статьей 20 Закона об ОМС установлена обязанность медицинских организаций использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

В свою очередь, согласно положениям Базовой программы обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации, и принимаемой в соответствии с ней Территориальной программы обязательного медицинского страхования, реализуемой на территории Забайкальского края, порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Базовой программы обязательного медицинского страхования, устанавливаются в соответствии с Законом об ОМС.

Частью 7 статьи 35 Закона об ОМС установлены статьи расходов, на которые медицинская организация имеет право использовать средства обязательного медицинского страхования. Необходимо заметить, что перечень статей расходов, приведенный в данной статье, весьма обширен и включает практически все расходы медицинской организации, необходимые для обеспечения оказания гарантированного объема медицинской помощи. Ограничения в основном касаются проведения капитального ремонта и приобретения дорогостоящего оборудования, то есть тех затрат, которые должен нести собственник - в данном случае Забайкальский край.

Еще одним важным условием правомерного использования средств ОМС является их расходование в целях оказания медицинской помощи, входящей в программы обязательного медицинского страхования.

В рамках осуществления контроля за соблюдением таких ограничений территориальным фондом проводились плановые проверки использования средств обязательного медицинского страхования в указанных выше медицинских организациях, по результатам которых выявлялись факты нецелевого использования средств ОМС.

Так ГУЗ "Петровск-Забайкальская центральная районная больница" за счет средств ОМС приобретала изделия медицинского назначения, не применяемые при оказании медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования. Средства направлялись на оплату медицинских изделий, применяемых в ортопедии и ортодонтии, лабораторных диагностикумов для определения ВИЧ, сифилиса, тест-полосок для определения алкоголя, наркотиков.

Тунгокоченская центральная районная больница еще до законодательного расширения перечня статей расходов, финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования, использовала средства ОМС сверх разрешенных статей: на оплату услуг связи, транспортных услуг, арендной платы за пользование имуществом, на текущий ремонт поликлиники, ремонт медоборудования, дератизацию и дезинсекцию, техническое обслуживание пожарной сигнализации, сопровождение программных средств, обучение и повышение квалификации врачей и т.д.

Кроме правомерности использования средств в рамках территориальной программы ОМС, в ГУЗ "Тунгокоченская ЦРБ" проводилась проверка реализации мероприятий краевой программы "Модернизация здравоохранения Забайкальского края на 2011-2012 годы", в результате которой выявлено нецелевое использование средств, полученных медицинской организацией в рамках мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи за 2012 год. В нарушение п. 10 Правил финансового обеспечения в 2011-2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 года № 85, ГУЗ "Тунгокоченская центральная районная больница" использовала поступившие средства сверх разрешенных статей на прочие выплаты (статья 212), оплату транспортных услуг (ст.222) и оплату прочих работ и услуг (ст. 226).

Также, в рамках разрешенной статьи расходов "Заработная плата" медицинской организацией начислена заработная плата ряду медицинских работников, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, не имеющих сертификатов специалиста и не включенных в Перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи.

Нарушение целевого назначения средств ОМС допущено и ГУЗ "Борзинская центральная районная больница". Данная медицинская организация использовала средства ОМС на статьи расходов, не входящие в состав тарифа по ОМС, в том числе на оплату капитального ремонта терапевтического отделения участковой больницы, приобрела лекарственные препараты, не включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Кроме того, Борзинской ЦРБ допускались факты использования средств обязательного медицинского страхования на финансирование расходов, не связанных с оказанием медицинской помощи в рамках ОМС, в том числе приобретены лекарственные препараты, расходные материалы и бланки, используемые при оказании платных медицинских услуг, произведена выплата заработной платы врачам-ортопедам и зубным техникам, приобре-

тены бланки, журналы, применяющиеся при оказании медицинской помощи при туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, оплачены лекарственные препараты, продукты питания для психо-наркологического отделения, иммунобиологические препараты для иммунопрофилактики, произведены расходы на медицинское освидетельствование на состояние алкогольного, наркологического или токсического опьянения. Кроме того, в нарушение Порядка оказания сотрудникам органов внутренних дел РФ, отдельным категориям граждан РФ, уволенным со службы в органах внутренних дел, и членами их семей медицинской помощи и санаторно-курортного обеспечения, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 года № 1232, при оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Забайкальского края медицинской организацией использовались лекарственные средства и продукты питания, приобретенные за счет средств ОМС,

Наряду с нарушением порядка использования средств обязательного медицинского страхования, Борзинская центральная районная больница допускала и факты необоснованного получения указанных средств при оплате диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в частности, к медицинским осмотрам привлекались врачи, не имеющие необходимой квалификации, не проводился регламентированный объем обследований.

Все выявленные нарушения отражены Фондом в актах проверок, дополнительно к которым в адрес медицинских организаций направлены требования о восстановлении средств, использованных с нарушениями законодательства об ОМС, и уплате штрафов в соответствии с частью 9 статьи 39 Закона об ОМС и п. 9.15 Положения о ТФОМС. В результате невыполнения требований Фонда о восстановлении средств ОМС медицинским организациям начислялась пеня, предусмотренная частью 9 статьи 39 Федерального закона об ОМС и пунктом 29 Положения о контроле за использованием средств ОМС.

Как уже указывалось, все выводы Фонда о нецелевом или неправомерном использовании средств ОМС, а также требования о восстановлении данных средств и уплате штрафных санкций и пеней подтверждены в судебном порядке. Стоит заметить, что по данной категории дел медицинскими организациями поданы заявления о предоставлении рассрочки исполнения указанных решений Арбитражного суда Забайкальского края. Учитывая непростое финансовое состояние государственных учреждений здравоохранения, Фонд не возражал против предоставления рассрочек исполнения судебных решений, в связи с чем Арбитражным судом Забайкальского края рассрочки исполнения судебных актов предоставлены всем медицинским организациям.

Среди судебных дел, по которым заявления в суд подавались медицинскими организациями, необходимо особо отметить дело по заявлению НУЗ "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 ОАО "Российские железные дороги" (далее также заявитель) о признании частично недействительным ненормативного акта Фонда в части установления факта нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования на оплату работ по капитальному ремонту четвертого этажа стационарно-поликлинического комплекса на общую сумму 4 813 642,00 руб.

В результате проведенной Фондом в 2017 году проверки деятельности НУЗ "ДКБ на станции Чита-2 ОАО "РЖД" выявлен факт нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования на оплату работ по капитальному ремонту помещений поликлинического отделения. Медицинская организация в соответствии с выставленным Фондом требованием восстановила средства ОМС, использованные не по целевому назначению, уплатила штрафные санкции, однако в дальнейшем обратилась в Арбитражный суд Забайкальского края с заявлением о признании требований Фонда незаконными и необоснованными. Заявитель посчитал, что спорные строительные работы относятся к текущему ремонту и у Фонда отсутствуют полномочия по проверке и оценке строительных

нормативов при производстве строительных работ.

Решением Арбитражного суда Забайкальского края от 17 ноября 2017 года в иске заявителю отказано. Не согласившись с решением суда первой инстанции, НУЗ "ДКБ на станции Чита-2 ОАО "РЖД" обратилось с апелляционной жалобой в Четвертый арбитражный апелляционный суд, в которой просило отменить решение суда первой инстанции и принять по делу новое решение об удовлетворении заявленных требований. Постановлением Четвертого арбитражного апелляционного суда от 07 февраля 2018 года решение Арбитражного суда Забайкальского края от 17 ноября 2017 года оставлено без изменения, а апелляционная жалоба медицинской организации - без удовлетворения.

Отказывая в иске, суд первой инстанции исходил из действующей нормативной базы, регулирующей вопросы проведения ремонтных работ, а также объема произведенных ремонтных работ и поддержал позицию Фонда в части отнесения спорных ремонтных работ к категории капитального ремонта независимо от факта оплаты таких работ из различных источников (средства ОМС и средства от оказания платных услуг).

Основаниями для отнесения спорных работ к капитальному ремонту являются положения пункта 14.2 статьи 1 Градостроительного кодекса РФ, Положения об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения, утвержденных приказом Госкомархитектуры РФ при Госстрое СССР от 23 ноября 1988 года № 312 (далее - Положение ВСН 58-88 (р)), Положения о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений МДС 13-14.2000, утвержденное постановлением Госстроя СССР от 29 декабря 1973 года № 279 (далее - Постановление Госстроя № 279), а также перечень и объем проведенных ремонтных работ, отраженных в актах о приемке выполненных работ. Стоит отметить, что отдельные виды спорных ремонтных работ, произведенных медицинской организацией, по своему характеру могли быть отнесены к текущему ремонту, однако факт проведения их в комплексе с другими ремонтными работами свидетельствует о проведении капитального ремонта. Исходя из решения суда первой инстанции, не влияет на квалификацию проведенных ремонтных работ и их оплата из различных источников: так, несмотря на разделение позиций сметы по источникам финансирования, произведенные работы рассматриваются и оцениваются в комплексе как капитальный ремонт.

Четвертый арбитражный апелляционный суд согласился с судом первой инстанции в том, что все выполненные работы по ремонту четвертого этажа стационарно-поликлинического комплекса являются работами по капитальному ремонту и не подлежат оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Еще одним доводом заявителя в пользу признания решения Фонда незаконным и необоснованным являлось отсутствие у работников Фонда специального образования для квалификации произведенного ремонта. Оценка данного довода нашла свое отражение в постановлении суда апелляционной инстанции: по мнению суда критерии отнесения ремонтных работ к капитальному или текущему ремонту содержатся в Постановлении Госстроя № 279, т.е. нормативном правовом акте и являются правовыми понятиями. Кроме того, в случае, если, по мнению заявителя, для уяснения действительной сущности работ требовались познания эксперта, то заявитель вправе был ходатайствовать о назначении экспертизы, но такого ходатайства не заявлено заявителем.

В ходе рассмотрения данного дела медицинская организация обосновывала свою позицию об отнесении произведенных работ к текущему ремонту и тем, что ремонт затрагивал не всё здание, а только его части, при этом удельный вес отремонтированных конструкций не превысил 10% от общего объема здания. Судом первой и апелляционной инстанций данный довод был отклонен, поскольку пункт 5.2.Положения ВСН 58-88 (р) допускает, что при необходимости может производиться капитальный ремонт отдельных элементов здания или объекта, а не только всего здания или объекта полностью.

Еще одно заслуживающее внимания дело по заявлению медицинской организации - ФГБУЗ МСЧ № 107 ФМБА России - касалось обжалования результатов проверки Фонда в части признания неправомерным факта использования средств обязательного медицинского страхования на приобретение лекарственных средств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее - Перечень ЖНВЛП).

Выводы Фонда основывались на положениях части 5 статьи 37, частей 2 и 3 статьи 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пункта 14 Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Забайкальского края от 24 декабря 2013 года № 568 (далее - Территориальная программа на 2014 год). В соответствии с указанными нормативными правовыми актами граждане при получении медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования обеспечиваются лекарственными препаратами, включенными в Перечень ЖНВЛП, а также в исключительных случаях (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) лекарственными средствами, не включенными в указанный перечень, в случае их назначения по решению врачебной комиссии.

Таким образом, за счет средств обязательного медицинского страхования могут приобретаться любые лекарственные препараты, входящие в Перечень ЖНВЛП, и необходимые для оказания медицинской помощи по программам ОМС. Только при наличии решения врачебной комиссии, оформленной протоколом, средства ОМС могут быть использованы на оплату лекарственных средств, не входящих в указанный перечень, но назначенных комиссионно по медицинским показаниям.

В нарушение требований законодательства ФГБУЗ МСЧ № 107 ФМБА России за счет средств обязательного медицинского страхования приобрело лекарственные препараты, не входящие в Перечень ЖНВЛП, в отсутствие протоколов врачебной комиссии, обосновывающих необходимость назначения данных лекарственных средств, на сумму 203 825 руб. 09 коп. По данному факту нарушения Фондом было выставлено требование о восстановлении средств обязательного медицинского страхования в указанном размере и уплате штрафа в сумме 20 382 руб. 51 коп.

Медицинская организация не согласилась с выводами Фонда и обратилась в Арбитражный суд Забайкальского края с заявлением о признании недействительным требования Фонда в части установления факта нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования на приобретение лекарственных препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП.

Решением Арбитражного суда Забайкальского края от 21 октября 2015 года в иске заявителю отказано. При вынесении решения Арбитражный суд Забайкальского края подтвердил выводы Фонда о неправомерности приобретения за счет средств обязательного медицинского страхования лекарственных препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, без соответствующих протоколов врачебной комиссии о необходимости назначения таких препаратов.

Стоит заметить, что в ходе судебного разбирательства медицинская организация трижды представляла различные варианты протоколов врачебной комиссии о назначении спорных лекарственных препаратов, однако они не были приняты судом во внимание, так как не подтвердили правомерность приобретения и назначения данных лекарственных средств в рамках оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Еще одним доводом Фонда, подтверждающим неправомерность использования ФГБУЗ МСЧ № 107 ФМБА России средств обязательного медицинского страхования на приобретение спорных лекарственных препаратов, явилось отсутствие реестров оказанной в рамках ОМС медицинской помощи по случаям лечения, в ходе которого такие препараты были использованы.

Учитывая, что оказываемая заявителем медицинская помощь оплачивается не только из средств ОМС, но и за счет средств ФМБА России, а также то, что медицинская помощь может оказываться по видам, не включенным в Территориальную программу на 2014 год, Арбитражный суд согласился с выводами Фонда, что подтверждением факта оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию являются реестры оказанной медицинской помощи, поданные медицинской организацией в установленном порядке, прошедшие надлежащий контроль и принятые к оплате страховой медицинской организацией.

В целях подтверждения факта оказания медицинской помощи, при которой использованы спорные лекарственные препараты, в рамках ОМС страховыми медицинскими организациями проведена сверка запрашиваемых случаев с имеющимися реестрами оказанной заявителем медицинской помощи за 2014 год, по результатам которой выявлено, что из 95 оспариваемых случаев в реестрах содержится только один случай оказания стационарной медицинской помощи.

Проанализировав представленные данные, суд сделал вывод о том, что факт отсутствия остальных случаев медицинской помощи, приобретение лекарственных средств для оказания которой признано Фондом нецелевым, подтверждается также сведениями страховых медицинских организаций.

Таким образом, Арбитражный суд Забайкальского края подтвердил выводы Фонда о неправомерности использования средств обязательного медицинского страхования на приобретение лекарственных препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, в отсутствие протоколов врачебной комиссии о назначении таких препаратов по медицинским показаниям, а также при неподтверждении факта оказания медицинской помощи, в ходе которой использованы такие лекарственные средства, в рамках программы ОМС.

Выводы Арбитражного суда Забайкальского края по данному делу подтверждены судами апелляционной и кассационной инстанций.

Сложившаяся на сегодняшний день судебная практика по вопросам обязательного медицинского страхования на территории Забайкальского края имеет важное практическое значение как для территориального фонда обязательного медицинского страхования, так и для медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС.

Так, судами подтверждено право медицинской организации обжаловать в судебном порядке выводы Фонда по результатам проверок использования средств обязательного медицинского страхования при соблюдении досудебного порядка обжалования, предусмотренного действующим законодательством. Подтверждено и право Фонда требовать через суд исполнения медицинскими организациями требований о восстановлении средств ОМС, использованных с нарушением требований законодательства, уплате штрафов и пеней.

Принципиальными для Фонда являются выводы судов о достаточности у работников Фонда, осуществляющих контроль за деятельностью медицинских организаций и использованием ими средств ОМС, компетенции для установления фактов нарушений, в том числе для квалификации работ по проведению ремонта помещений, в рамках действующего законодательства.

В целом же, большинство спорных вопросов, возникающих между Фондом, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями при реализации обязательного медицинского страхования на территории Забайкальского края, удается решать в досудебном порядке.

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// Российская газета, № 263, 23.11.2011;
2. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" // Российская газета, № 274, 03.12.2010;

3. Градостроительный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 2004 года №190-ФЗ;
4. Постановление Правительства РФ от 15 февраля 2011 года № 85 "Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2017 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" // Собрание законодательства РФ, 21.02.2011, № 8, ст. 1126;
5. Постановление Правительства РФ от 18 октября 2013 года № 932 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" // Собрание законодательства РФ, 28.10.2013, № 43, ст. 5558;
6. Постановление Правительства РФ от 19 декабря 2015 года № 1382 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год" // Собрание законодательства РФ, 28.12.2015, № 52 (часть I), ст. 7607;
7. Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2011 года № 1232 "О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения" // Собрание законодательства РФ, 16.01.2012, № 3, ст. 432;
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 47, 05.03.2011;
9. Приказ ФФОМС от 01 декабря 2010 года № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" // Российская газета, № 20, 02.02.2011;
10. Приказ ФФОМС от 16 апреля 2012 года № 73 "Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования" // Российская газета, № 112, 18.05.2012;
11. Приказ Госкомархитектуры от 23 ноября 1988 года № 312 "Об утверждении ведомственных строительных норм Госкомархитектуры "Положение об организации и проведении реконструкции, ремонта и технического обслуживания жилых зданий, объектов коммунального и социально-культурного назначения" // М., Госкомархитектуры при Госстрое СССР, 1988;
12. Постановление Госстроя СССР от 29 декабря 1973 года № 279 "Об утверждении Положения о проведении планово-предупредительного ремонта производственных зданий и сооружений" // М., Госстрой России, 2000;
13. Постановление Правительства Забайкальского края от 19 апреля 2011 года № 127 // "Об утверждении Положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования Забайкальского края" //Азия-Экспресс, № 16/1, 25.04.2011;
14. Постановление Правительства Забайкальского края от 24 декабря 2013 года № 568 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов" // Азия-Экспресс, № 52/1, 31.12.2013;
15. Постановление Правительства Забайкальского края от 26 января 2016 года № 41 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2016 год" // http://www.pravo.gov.ru, 29.01.2016;
16. Материалы по делам Арбитражного суда Забайкальского края А78-6785/2015, А78- 4460/2016, А78-9342/2017, № А78-10464/2017, № А78-8921/2017.

УДК 614.2(091):340.134

Шильникова Н.Ф.[1], Ходакова О.В.[1], Чабан С.Н.[2], Бобрович В.В.[1], Литвинцева И.И.[1], Мамлеева В.А.[1]

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДЕЛИ КСГ ПРИ ОПЛАТЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ
[2]Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Забайкальского края, г. Чита

Введение. В настоящее время в системе ОМС при оплате специализированной медицинской помощи используются наиболее прогрессивные подходы. Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования с применением клинико-статистических групп (далее - КСГ) впервые внедрена в Российской Федерации с 2013 года. На протяжении последних лет модель КСГ совершенствовалась путем расширения и увеличения количества групп. Так, в 2013 году была разработана модель с применением 187 КСГ, а на 2018 год предусмотрено 343 КСГ в стационарных условиях и 132 групп для дневных стационаров.

Регулярная актуализация модели позволяет точнее классифицировать случаи госпитализации и реализовывать основной принцип оплаты по КСГ - справедливость, то есть большая оплата за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности [1].

Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС проведена большая и важная работа по внедрению оплаты специализированной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания на основе сформированных КСГ [2].

Материалы и методы. Накопленная за пятилетний период статистическая информация применения модели КСГ на территории субъекта (материалы ТФОМС Забайкальского края) позволяет выявить региональные особенности оплаты специализированной медицинской помощи.

Результаты исследования и обсуждение. В настоящей статье приведены некоторые результаты оплаты медицинской помощи по КСГ в условиях круглосуточного стационара. Анализ проведен за период 2015-2017 гг. на территории Забайкальского края. В исследовании медицинские организации, в которых оказывалась специализированная медицинская помощь (только ОМС) разделены на 2 группы: центральные районные больницы (ЦРБ) и краевые медицинские организации (в т.ч. городские больницы и иные учреждения). Такое распределение обусловлено тем, что критерием отнесения некоторых ЦРБ ко второму уровню оказания медицинской помощи является наличие более 5 профилей, по которым может быть оказана медицинская помощь, а не уровень и сложность применяемых технологий.

В течение анализируемого периода специализированная медицинская помощь в условиях стационара оказывалась в 48 медицинских организациях, из которых 29 медицинских организаций являются центральными районными больницами, 19 - краевыми учреждениями здравоохранения, городскими больницами и учреждениями иного типа. Количество законченных случаев лечения (в т.ч. прерванных), подлежащих оплате, не имеет существенных изменений в течение анализируемого периода и в среднем составляет около двухсот тысяч случаев. На долю ЦРБ приходится в разные годы от 32% до 36% всех законченных случаев лечения в условиях стационара. Остальные объемы медицинской помощи оказаны в медицинских организациях г. Читы, краевых медицинских организациях и иных учреждениях. При этом объем финансового обеспечения ЦРБ составляет не более 25% в разные годы (рис. 1).

Рис. 1. Распределение объемов финансирования между медицинскими организациями в 2015-2017 гг., %

Согласно письму Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-8080 и Федерального фонда № 13572/26-2/и от 21.11.2017 г., субъектам Российской Федерации следует осуществлять оценку эффективности оплаты медицинской помощи, оказанной стационарно и в условиях дневного стационара, в динамике по показателям, характеризующим в том числе среднюю длительность пребывания в стационаре. На протяжении всего анализируемого периода отмечается снижение средних сроков лечения: в ЦРБ - с 9,7 до 9,45 дней, в краевых и иных учреждениях здравоохранения - с 11,35 до 10,6 дней. При этом необходимо отметить, что в ряде учреждений обеих анализируемых групп происходит не снижение, а увеличение средних сроков лечения (Рис. 2,3).

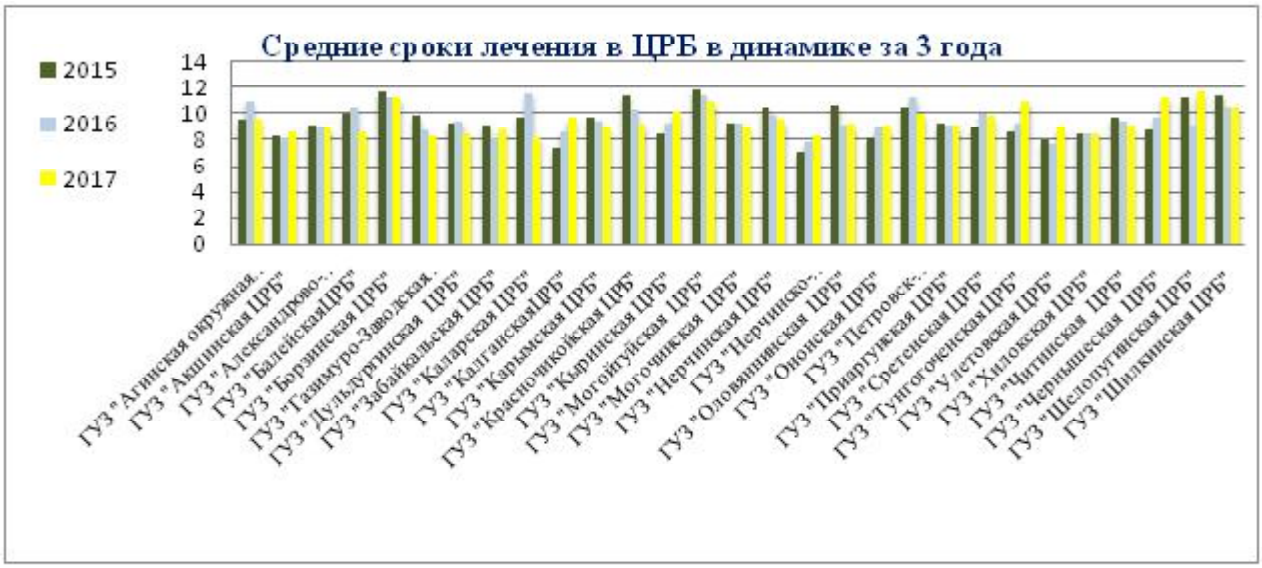


Рис. 2. Средние сроки лечения в ЦРБ в динамике за 3 года

Важное значение имеют фактически сложившиеся средние коэффициенты затратоемкости (Кз) законченных случаев лечения. Значение этого экономического параметра с 2015 по 2017 гг. увеличивается на 8% (с 1,07 до 1,15). В ЦРБ рост коэффициента составил 3% (с 1,04 до 1,08) в краевых и иных учреждениях 10% (с 1,11 до 1,23). В разрезе медицинских организаций изменение значений коэффициента затратоемкости неоднородно - можно отметить как рост и волнообразное изменение, так и снижение (Рис. 4,5).

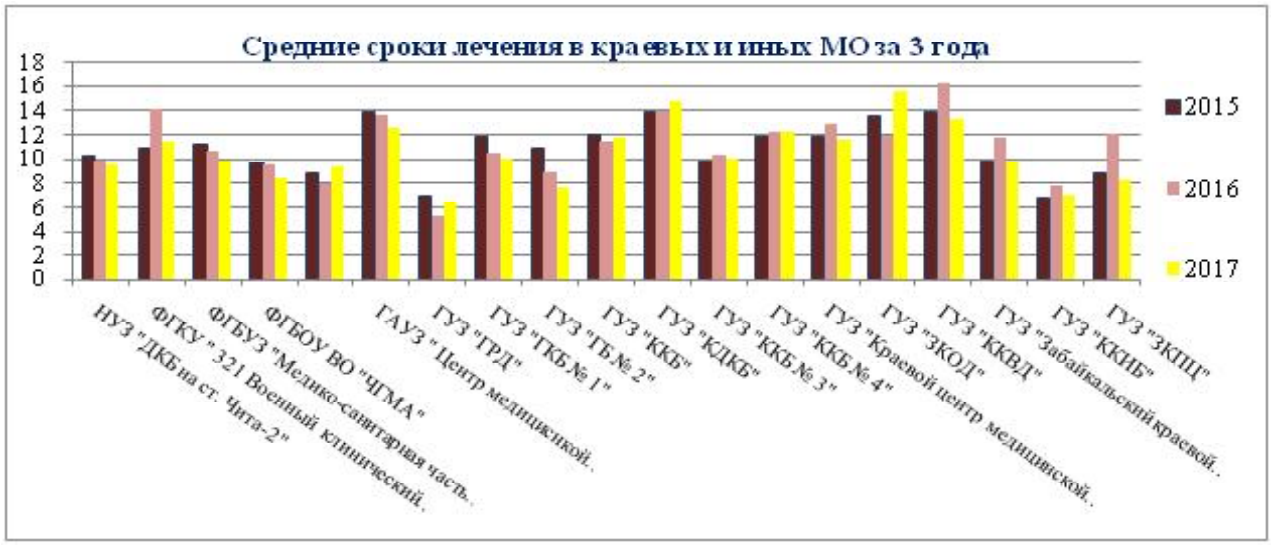


Рис. 3. Средние сроки лечения в краевых и иных МО в динамике за 3 года

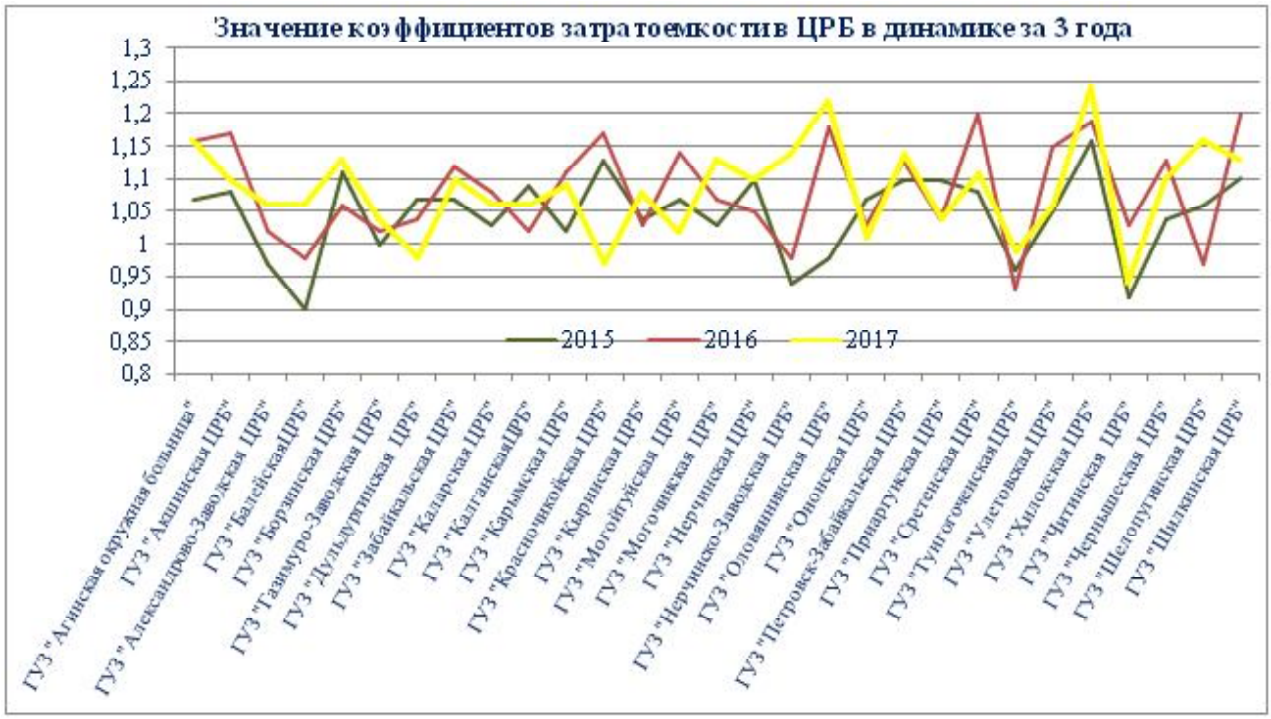


Рис. 4. Значение коэффициентов затратоемкости в ЦРБ в динамике за 3 года

Рис. 5. Значение коэффициентов затратоемкости в краевых и иных МО в динамике за 3 года

Поскольку основной принцип оплаты по КСГ предполагает большую оплату за больший объем оказанной помощи с учетом ее сложности, то необходимо определить среднюю стоимость законченного случая лечения в анализируемых группах. Среди центральных районных больниц наибольшая стоимость отмечается в 2016 году и составляет 20 431 руб., среди краевых и иных учреждений здравоохранения - также в 2016 году и составляет 32 444 руб., при этом нужно отметить, что средние значения коэффициента затратоемкости максимальны в 2017 году. Таким образом, можно подтвердить эффективность применения модели КСГ при оплате специализированной медицинской помощи.

В рамках настоящего исследования проведен регрессионный анализ, который позволил установить зависимость стоимости законченного случая лечения от некоторых экономических параметров:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в ЦРБ, наибольшее влияние на стоимость законченного случая имеет коэффициент уровня стационара (КУС);
- при оплате медицинской помощи, оказанной в краевых медицинских организациях, наибольшее влияние на стоимость законченного случая имеет коэффициент затратоемкости (Кз).

Результаты регрессионного анализа представлены в таблицах 1 и 2 ($p<0,01$).

Таблица 1

Результаты регрессионного анализа
(зависимость стоимости случая лечения в ЦРБ)

	Y	Ст.Ош. (БЕТА)	B	Ст.Ош. (B)	t(25)	p-знач.
Св. член			-20984,4	7398,880	-2,83616	0,008918
Ср. КЗ	0,466228	0,111327	18751,4	4477,473	4,18794	0,000305
случаи	0,050946	0,149058	0,1	0,364	0,34179	0,735368
КУС	0,495231	0,161118	27076,1	8808,902	3,07372	0,005055

Таблица 2

Результаты регрессионного анализа (зависимость стоимости случая лечения
в краевых и иных МО)

	Y	Ст.Ош. (БЕТА)	B	Ст.Ош. (B)	t(15)	p-знач.
Св. член			-14222,4	15314,90	-0,928661	0,367769
Ср. КЗ	0,478500	0,161797	20612,2	6969,66	2,957414	0,009785
случаи	0,436495	0,160960	0,6	0,22	2,711815	0,016073
КУС	0,184539	0,185755	16256,3	16363,44	0,993454	0,336245

Заключение. Проведенный анализ позволил определить общие закономерности оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на территории субъекта. В ходе исследования выявлена неоднородность значения некоторых экономических показателей применительно к конкретным медицинским организациям. Установленные в ходе регрессионного анализа зависимости позволят снизить финансовые риски при формировании трехуровневой системы оказания медицинской помощи в регионе. Таким образом, в дальнейшем может быть сформирована оптимальная финансовая модель регионального здравоохранения, в которой будут учтены особенности каждой медицинской организации, маршрутизации пациентов, соблюден принцип бюджетного баланса при достижении запланированных объемов медицинской помощи.

Литература:

1. Письмо Минздрава России N 11-7/10/2-8080, ФФОМС N 13572/26-2/и от 21.11.2017 (ред. от 12.03.2018) "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования".
2. Гехт И.А. О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клини-

ко-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования/ И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева// Менеджер здравоохранения.- 2015.- № 3.- С. 16-21.
3. Шильникова Н.Ф. Аудит реализации территориальной программы государственных гарантий в субъекте федерации на примере Забайкальского края/ Н.Ф. Шильникова, А.И. Сенижук// Менеджер здравоохранения.- 2017.- № 9.- С. 35-44.

УДК 614.2

Шильникова Н.Ф.[1], Ходакова О.В[1]., Богатова И.В.[1], Гринь Т.С.[3], Рыкова Н.И.[2], Банщикова Т.А.[1], Хорошунова Е.А.[1]

О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ГАУЗ "КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР Г. ЧИТЫ"

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" Минздрава России, Чита
[2]ГАУЗ "Клинический медицинский центр г. Читы", Чита
[3]ГУЗ "Детский клинический медицинский центр г. Читы", Чита

Введение. В настоящее время приоритетной задачей системы здравоохранения РФ является повышение доступности и качества медицинской помощи, в первую очередь на этапе первичной медико-санитарной помощи, оказываемой на принципах массовости и общедоступности. Реализация национального проекта "Бережливая поликлиника", который принят при совместном участии Министерства здравоохранения Российской Федерации и Государственной корпорации по атомной энергетике "Росатом", направлена на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи, на основе оптимального использования имеющихся ресурсов [1,3]. Основными направлениями данного проекта являются: улучшение качества обслуживания пациентов в поликлиниках, которое должно привести к снижению времени пребывания пациентов в медицинской организации, разделение потоков пациентов и оптимальная их маршрутизация, упрощение записи на прием к врачу [4].

Содержание. Распоряжением Министерства здравоохранения Забайкальского края от 20 марта 2018 года № 365/р создана рабочая группа проекта "Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь", в которую вошли руководители медицинских организаций, участвующих в реализации проекта, в том числе ГАУЗ "Клинический медицинский центр г. Читы" (далее КМЦ). Основной целью данного проекта является повышение качества и доступности первичной медико-санитарной помощи, оказываемой жителям Забайкальского края. Реализация проекта предполагает поэтапное внедрение принципов бережливого производства для обеспечения доступности и качества оказываемой медицинской помощи в поликлинических учреждениях. Эффективность применения новых технологий зависит от оценки текущего состояния процессов оказания медицинской помощи и изучения основных видов потерь в производстве медицинских услуг. На подготовительном этапе определены основные процессы, которые требуют наилучшей точности технологического процесса для удовлетворения потребителя медицинской услуги в оптимальных временных и результативных характеристиках. К таким процессам относится процесс забора крови в процедурном кабинете. Для оценки возможности применения бережливых технологий проведено изучение технологических характеристик процесса забора крови на примере двух поликлинических подразделений КМЦ.

Разработка проекта оптимизации процесса забора крови на примере поликлинических подразделений № 2 и № 5 (ПП № 2 и ПП № 5) включала следующие этапы исследования:
1) хронометраж работы среднего медицинского персонала в кабинете забора крови и времени ожидания пациента при получении медицинской услуги;

2) анализ полученных результатов, выявление основных проблем в организации работы кабинета забора крови;
3) составление карты текущего состояния;
4) разработка проекта оптимизации процесса забора крови с использованием карты целевых показателей.

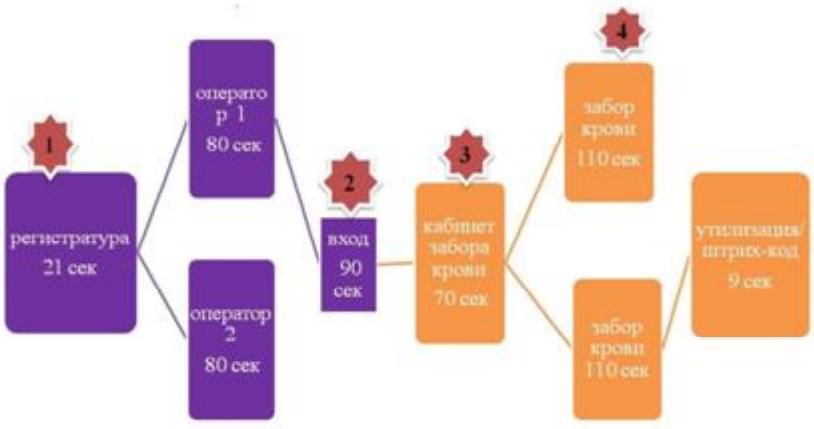
Результаты. Итоговое время процедуры забора крови в поликлиническом подразделении № 5 составило 5 мин, в поликлиническом подразделении № 2 - 6,5 мин. Разница во времени двух поликлинических подразделений обусловлена тем, что регистрация пациентов в подразделении № 5 осуществляется в самом процедурном кабинете, в подразделении № 2 - в регистратуре подразделения. Определена доля затрат рабочего времени на непосредственный забор крови: в поликлиническом подразделении № 2 - 28,8% от общего времени процедуры, поликлиническом подразделении № 5 - 39,8% (табл. 1).

Таблица 1

Результаты хронометражных наблюдений забора крови
в поликлинических подразделениях № 2 и № 5

этапы	среднее значение времени в секундах, (м ± σ)	
	пп № 2	пп № 5
очередь в регистратуру	21±14	-
заполнение документов	80±7,4	-
очередь у входа в кабинет	90±32,3	78±26
ожидание в кабинете забора крови	70±24,9	87±16,8
забор крови	110±20,8	116±14,2
утилизация/штрих-код	9±0,3	14±1,4
итоговое время	395 (6,6 мин)	300 (5 мин)
число наблюдений	n=20	n=20

Значительная часть времени затрачивается на ожидание пациента в очередях перед входом в кабинет и непосредственно в процедурном кабинете, что составило в подразделении № 2 - 47,2%, в подразделение № 5 - 56,8%. Общее время потерь процесса забора крови в поликлинических подразделениях составило от 2 до 4 минут. К основным потерям времени отнесены ожидание в очереди перед кабинетом, ожидание процедуры в кабинете забора крови (рис. 1).



1 - ожидание пациента перед процедурным кабинетом
2 - отсутствие светового сигнала для пациентов перед входом в кабинет
3 - ожидание пациента в процедурном кабинете
4 - излишние перемещения медицинского персонала

Рис. 1. Основные проблемы процесса забора крови, выявленные при хронометражных наблюдениях.

По результатам наблюдений проведения процесса забора крови составлены диаграммы-спагетти передвижений пациентов и медицинских сестер. Итоговое перемещение пациента в поликлиническом подразделении № 2 составляет от 8 до 12 м, в поликлиническом подразделении № 5 - от 5 до 10 м. Перемещение медицинской сестры в подразделении № 2 - до 315 метров за одну смену, а в подразделении № 5 среднее расстояние передвижений составило 325 метров (рис. 2 и рис. 3). Разница значений обусловлена нерациональной планировкой процедурного кабинета.

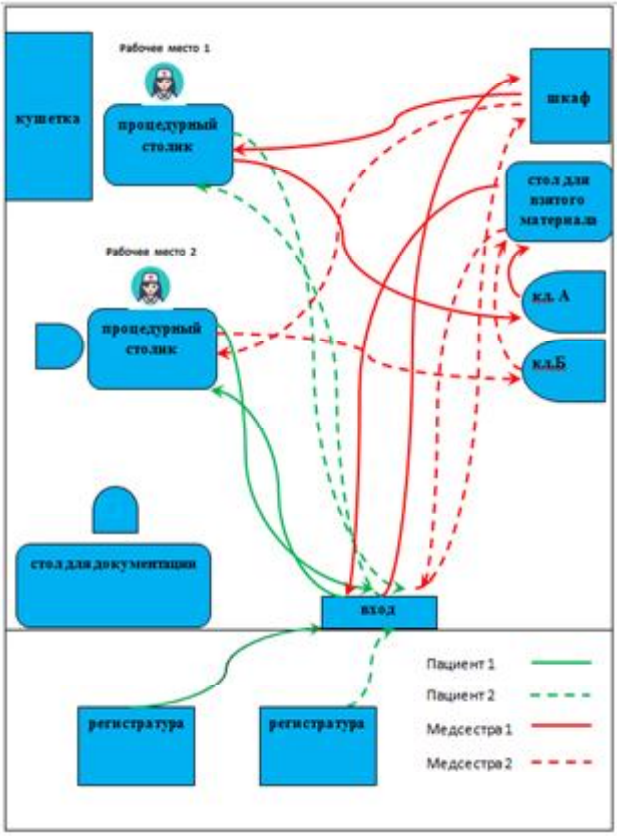


Рис. 2."Диаграмма-спагетти" перемещений участников процесса в процедурном кабинете поликлинического подразделения №2.

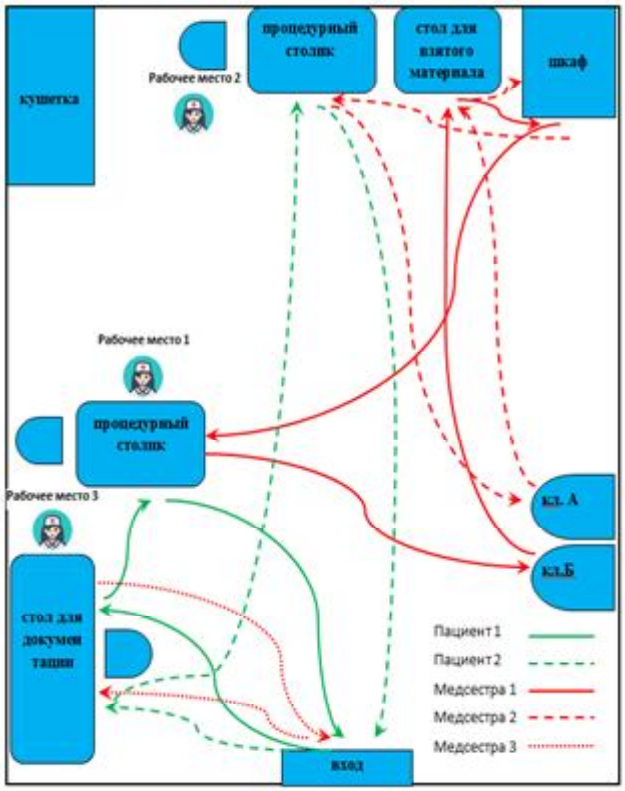


Рис. 3. "Диаграмма-спагетти" перемещений участников процесса в процедурном кабинете поликлинического подразделения № 5.

По результатам анализа текущего состояния процесса забора крови выделены основные проблемы: ожидание пациента перед процедурным кабинетом, отсутствие светового сигнала для пациентов перед входом в кабинет, ожидание пациента в процедурном кабинете, излишние перемещения медицинского персонала. Для решения выявленных проблем разработан проект по оптимизации забора крови с использованием методик "Бережливого производства" (табл. 2).

Диаграмма спагетти целевого состояния отображает рациональную планировку процедурного кабинета с учетом принципов 5С: введение дополнительного рабочего места для третьей медицинской сестры, расположение в рабочей зоне столика для взятого материала и контейнера для отходов, создание рабочей зоны оператора для регистрации пациентов (рис. 4) [2].

Таблица 2

Проект по оптимизации забора крови с использованием методик "Бережливого производства"

Проблема	Решение	Эффект	Результат
ожидание пациента перед процедурным кабинетом	введение электронной очереди	сокращение времени ожидания пациента	повышение удовлетворенности пациентов
ожидание пациента в процедурном кабинете	предварительная регистрация пациентов оператором	сокращение времени ожидания пациента	повышение удовлетворенности пациентов
отсутствие светового сигнала для пациентов перед входом в кабинет	световой сигнал на входе	сокращение перемещений медицинской сестры, оптимизация потока пациентов	снижение трудозатрат медицинского персонала, повышение удовлетворенности пациентов
излишние перемещения медицинского персонала	перепланировка кабинета, оптимизация рабочего места с помощью технологии 5с	отсутствие перемещений медицинского персонала	снижение трудозатрат медицинского персонала, увеличение пропускной способности кабинета

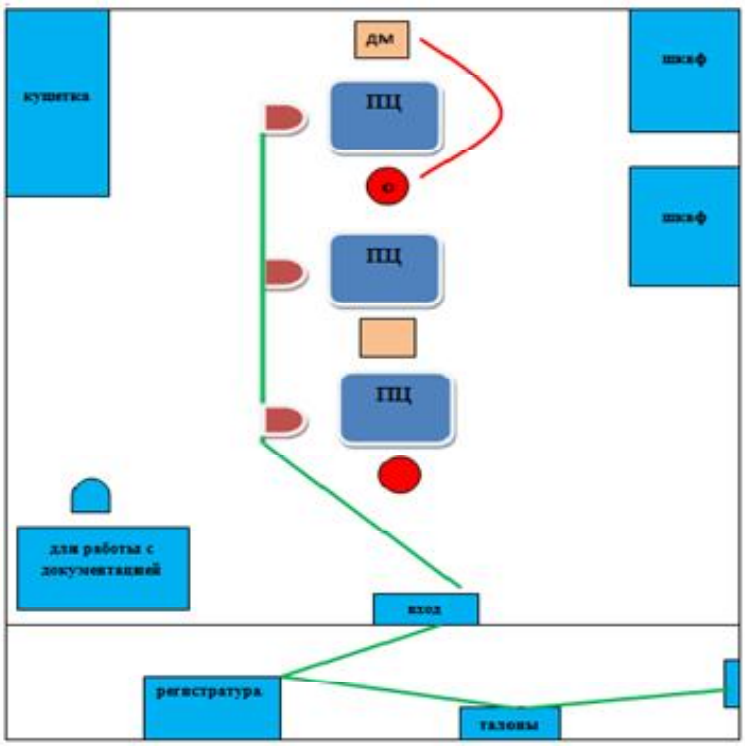


Рис. 4. "Диаграмма-спагетти" целевого состояния при перепланировке процедурного кабинета

Устранение основных видов потерь и рациональная планировка процедурного кабинета позволят сократить процесс забора с 6,6-5 минут до 3 минут и тем самым увеличить пропускную способность процедурного кабинета до 60 пациентов на одну медицинскую сестру в смену, перемещения медицинской сестры сократятся до 5 метров за смену (табл. 3).

Таблица 3

Организационная характеристика процесса забора крови
с применением принципов "бережливого производства"

показатели	целевые значения	текущие значения ПП № 2	текущие значения ПП № 5
количество рабочих медсестер	3	2	2
количество рабочих мест операторов	2	2	1
общее количество пациентов в смену	180	60	107
количество пациентов на 1 мс в смену	60	30	55
время лимитирующей операции, сек	180	395	300
перемещения медсестры в смену, м	0-5	315	325,6
перемещения пациента, м	6-8	12	10

Выводы. По результатам исследования выявлено, что более половины временных затрат проведения забора крови составляют потери, включающие в себя ожидание в очереди и дополнительные перемещения участников процесса, что приводит к увеличению время пребывания пациента в поликлинике; уменьшению количества обслуживаемых пациентов за одну смену. Для решения данных проблем разработан проект по оптимизации процесса забора крови с применением принципов "бережливых технологий", в которые вошли организация рабочего места по системе 5С, использование светового сигнала на входе для пациентов, введение электронной очереди через терминал. При устранении прямых потерь в карте целевых показателей время на проведение забора крови составило не более 3 минут, что обеспечивает увеличение пропускной способности кабинета, степени удовлетворенности пациентов, снижение трудозатрат для медицинского персонала.

Литература:

1. Артемьев С.А., Ильин С.Н. Бережливые технологии придут ко всем. Успешный опыт внедрения. Заместитель главного врача. 2017; 6: 15-23.
2. Артемьев С.А., Ильин С.Н., Романова Ю.А. Бережливые технологии в кабинете врача. 5 шагов, как организовать рабочее пространство. Заместитель главного врача. 2017; 8: 45-51.
3. Вергазова Э.К. Бережливая поликлиника. Неожиданные проблемы и как их решить. Заместитель главного врача. 2018; 3: 15-25.
4. Романова Ю.А. Как внедрить бережливые технологии, не потратив ни копейки. Система 5С. Заместитель главного врача. 2017; 6: 101-107.

УДК 614.2:314

Ходакова О.В., Дударева В.А., Евстафьева Ю.В.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Введение. Охрана здоровья детского населения является приоритетным направлением социальной политики государства, выступая в качестве непременного условия полноценного физического и психического развития детей [4,6]. Основу оказания медицинской помощи детскому населению в Российской Федерации составляет первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). Оценка эффективности и качества оказания ПМСП включает комплексный анализ как показателей здоровья детского населения (медико-демографических, заболеваемости, инвалидности), так и показателей деятельности медицинских орга-

низаций. По мнению ведущих экспертов в области охраны здоровья (В.А. Медика, О.П. Щепина), оценка только медицинской эффективности системы здравоохранения, основанная на данных официальной статистической отчетности, не может в полной мере объективно охарактеризовать реальное состояние службы и требует мониторирования показателей социальной эффективности [1,2,7]. Одним из важнейших критериев медико-социальной эффективности ПМСП выступает удовлетворенность населения доступностью медицинских услуг на уровне амбулаторного звена, изучение которой позволяет выработать практические рекомендации по оптимизации деятельности как отдельных медицинских организаций, так и системы здравоохранения в целом [5,8].

Таким образом, целью исследования явилось изучение социальной удовлетворенности населения доступностью первичной медико-санитарной помощи детям на территории Забайкальского края.

Материалы и методы. Одномоментное выборочное социально-гигиеническое исследование по изучению доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению, проведено с применением исторического, социологического, санитарно-статистического и аналитического методов. Объектом исследования выступила ПМСП, оказываемая детскому населению в учреждениях государственной системы здравоохранения Забайкальского края. Социологическое исследование проведено по специально разработанной анкете, составленной на основе вопросника ВОЗ - World Health Survey, а также в соответствии с методикой проведения социологического исследования и оценки удовлетворенности граждан РФ качеством предоставления государственных и муниципальных услуг[1]. Предложенная анкета адаптирована к условиям оказания медицинской помощи на региональном уровне и включает несколько блоков: 1) общие вопросы, 2) доступность медицинской помощи, 3) стратификационные характеристики респондентов. Анкетирование проходило в электронном формате с использованием электронного сервиса Тестограф®, предназначенного для проведения социологических исследований. Период проведения исследования - июнь 2017 г. - апрель 2018 г. Объем выборочной совокупности составил 852 респондента из числа лиц, имеющих несовершеннолетних детей и обращавшихся в государственные учреждения здравоохранения за ПМСП.

Для изучения факторной обусловленности удовлетворенности населения доступностью ПМСП несовершеннолетним использована методика расчета относительного риска (RR, статистически значимое влияние фактора на результат при RR>1), оценка достоверности различий между выборочными совокупностями проведена с применением критерия соответствия Пирсона (χ^2).

Результаты. Анализ полученных данных проведен по следующим критериям: оценка социального портрета респондента, выявление проблемных зон на уровне региональной системы здравоохранения, изучение степени удовлетворенности населения Забайкальского края доступностью ПМСП детям.

По результатам проведенного социально-гигиенического исследования определен социальный портрет респондента, который представлен преимущественно женским населением - 85,8% [82,9; 88,7], трудоспособного возраста от 26 до 35 лет - 47% [43,5; 50,8], имеющим высшее образование - 53% [50,3; 56,3], официальное трудоустройство - 74% [71,2; 77,1] и уровень благосостояния, превышающий прожиточный минимум в регионе - 53,0% [50,8; 57,1], в семье которых имеется один ребенок - 54,9% [50,8; 59,1]. При оценке обращаемости населения за медицинской помощью детям в учреждения здравоохранения выявлено, что большинство респондентов в качестве причины обращения указывают заболевание, а не посещение с профилактической целью, что может свидетельствовать о недостаточной профилактической актив-

[1]Письмо Аппарата Правительства Российской Федерации от 4.02.2014г. № П16-4808 "О методике проведения социологического исследования и оценки удовлетворенности граждан РФ качеством предоставления государственных и муниципальных услуг"

ности законных представителей в отношении несовершеннолетних детей. Необходимо отметить, что достоверно выше уровень обращаемости населения за ПМСП зарегистрирован в государственные медицинские организации (рис.1,2).

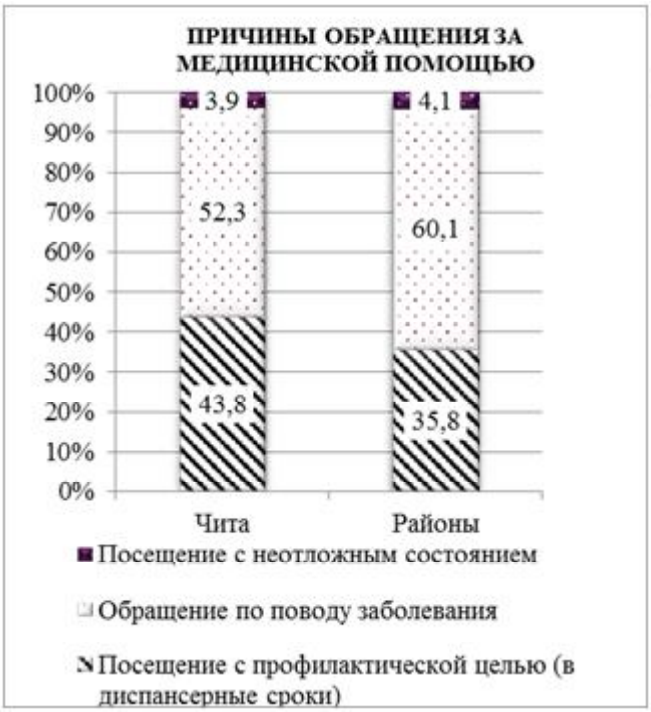


Рис. 1. Структура причин обращений за медицинской помощью

Рис. 2. Организационно-правовая форма медицинских организаций

При изучении состояния региональной системы здравоохранения установлено, что абсолютное большинство респондентов (100%) указывают на наличие проблемных зон в системе, среди которых ведущими выступают: несоблюдение порядков оказания медицинской помощи (57,7% [53,6; 61,8]), ограничение доступности медицинских услуг (54,6% [50,5; 58,7]), а также увеличение доли платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения (26,1% [22,5; 29,8]), что может обусловливать снижение социальной удовлетворенности при получении медицинской помощи.

Изучение уровня удовлетворенности населения Забайкальского края доступностью ПМСП детям проведено по следующим критериям: оценка транспортной доступности учреждений здравоохранения, организационных, материально-технических и этико-деонтологических аспектов оказания ПМСП. Так, при изучении уровня транспортной доступности медицинских организаций выявлено, что наличие общественного транспорта, включающего маршруты до детской поликлиники, а также наличие подъездных путей отмечаются в 68,8% [65,0; 72,7] и 76,4% [72,9; 79,9] случаев соответственно, что характеризует доступность медицинской помощи детскому населению с положительной стороны.

Немаловажным компонентом, влияющим на степень удовлетворенности населения доступностью ПМСП, выступают организационно-управленческие подходы в вопросах оказания медицинской помощи несовершеннолетним. Эффективные организационно-правовые методы управления учреждением здравоохранения позволяют выстроить рациональную логистическую систему внутри медицинской организации и определяют результативность деятельности каждого структурного подразделения. При оценке деятельности регистратуры детской поликлиники выявлено, что наиболее доступным способом обращения пациента за медицинской помощью является запись на прием через регистратуру медицинской организации - 84,3% [81,3; 87,4], 50,5% [46,3; 54,6] опрошенных доступен

единый электронный портал пациента, запись через постамат в медицинской организации используется в 15,0% [12,0; 17,9] случаев; 4,3% [2,6; 6,0] опрошенных затруднились в выборе ответа. Участникам исследования было предложено оценить качество работы регистратуры. Важно отметить, что более половины респондентов выделяют определенные проблемы при обращении в регистратуру (53,3% [49,1; 57,5]), среди которых длительное ожидание в очереди отметили 35,9% [31,6; 40,1] опрошенных (среднее время ожидания составило 32 минуты), отсутствие информационного сопровождения и недоступность сервиса единого электронного портала пациента - 18,0% [14,6; 21,4], отсутствие постамата в медицинской организации - 15,6% [12,4; 18,8], некорректное поведение медицинского персонала - 12,5% [9,6; 15,4] случаев. При оценке организации процесса оказания ПМСП детям в части соблюдения сроков, времени приема и графика работы специалистов, получены следующие данные. Удобным график работы врачей и служб детской поликлиники считают 71,4% [67,6; 75,1] участников исследования, при этом назначенное время приема врача соблюдалось лишь в 35,3% [31,3; 39,3] случаев, среднее время ожидания приема специалиста составило 73 минуты, 64,7% [60,7; 68,7] респондентам приходилось сталкиваться с очередностью. При оценке соблюдения сроков оказания ПМСП в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи получены следующие результаты: время ожидания приема врача-участкового педиатра в течение 24 часов отметили 76,0% [72,5; 79,6] респондентов, время ожидания приема врача-специалиста в течение 14 календарных дней - 76,9% [73,4; 80,4], неотложная помощь была оказана пациентам в течение 2 часов в 79,5% [76,1; 82,8] случаев. Необходимо отметить, что в четверти случаев обращений населения за ПМСП нарушались законодательно утвержденные сроки, что ограничивает реализацию конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья.

Для изучения ресурсной обеспеченности медицинской организации, оказывающей ПМСП детям, респондентам предложено оценить уровень материально-технической оснащенности учреждения по 5-балльной шкале (5-отлично, 4-хорошо, 3-удовлетворительно, 2-не удовлетворительно, 1-крайне плохо). Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Материально-техническая оснащенность медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению в системе регионального здравоохранения

Критерии	**Оценка**
Удобство ожидания приема (наличие стульев, кресел возле кабинетов)	3
Санитарно-эпидемический режим в детской поликлинике (чистота, наличие бактерицидных ламп, пунктов выдачи масок и бахил для пациентов)	3
Санитарно-гигиенические нормы (проведение манипуляций в стерильных перчатках, одноразовым инструментарием, мытье рук до и после проведения процедуры и др.)	4
Комфортность пребывания в медицинской организации (удобство, эстетика, заполнение времени ожидания, наличие наглядной информации (брошюр, плакатов и др.))	3
Адаптированность медицинской организации, оказывающей ПМСП детскому населению для пациентов с ограниченными возможностями здоровья (наличие пандусов, специальных парковок для автомобилей, расширенных дверных проемов, цветовых ориентиров и др.)	3

Представленные компоненты (удобство ожидания приема, санитарно-эпидемический режим в детской поликлинике, санитарно-гигиенические нормы, доступность медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, а также комфортность пребывания в медицинской организации) в целом получили среднюю оценку (3±0,2 балла), что определяет необходимость усиления контроля в вопросах соблюдения порядков оказания медицинской помощи.

Одним из ключевых моментов формирования степени удовлетворенности населения

доступностью ПМСП несовершеннолетним являются этико-деонтологические отношения, возникающие при взаимодействии медицинского персонала и пациента. При анализе блока вопросов в части этико-деонтологических отношений получены следующие результаты. Отсутствие конфликтов с лечащим врачом и со средним медицинским персоналом отмечалось в 80,7% [77,4; 84,0] и 81,6% [78,4; 84,9] случаев соответственно. Доверительные отношения с лечащим врачом возникали у 76,2% [72,7; 79,8]. При этом, 74,2% [70,6; 77,9] респондентов оценили отношение лечащего врача к их детям как доброжелательное.

В целом, при оценке результатов изучения уровня социальной удовлетворенности населения доступностью ПМСП несовершеннолетним выявлено, что значительная часть респондентов не удовлетворены оказанной медицинской помощью (47,9% [43,7; 52,1]) (рис.3). Важно отметить, что показатели удовлетворенности доступностью первичной медико-санитарной помощи оказались выше в группе родителей, обратившихся в медицинскую организацию с профилактической целью (p?0,05).

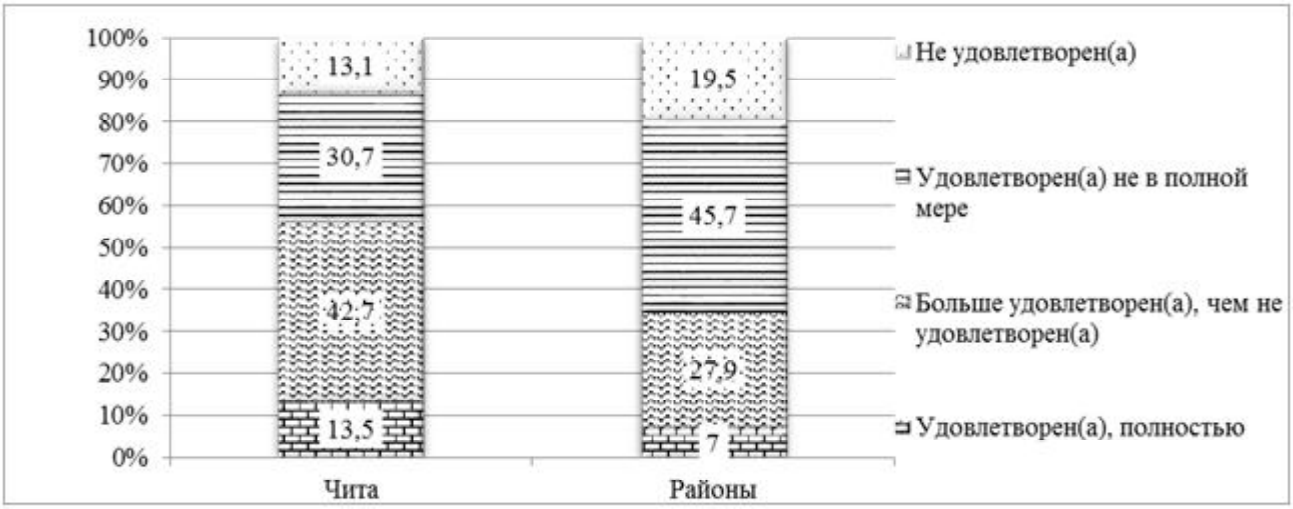


Рис. 3. Оценка удовлетворенности населения ПМСП несовершеннолетним в Забайкальском крае, %

Исследование факторной обусловленности удовлетворенности населения оказанием ПМСП детям позволило определить статистически значимые предикторы, в качестве которых выступили: доверительные отношения с лечащим врачом - RR=10,0 (?2=114,3), доступность предоставления информации о состоянии здоровья ребенка и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний - RR=6,4 (?2=106,8), уровень комфортности в медицинской организации - RR=4,5 (?2=52,3), степень реализации прав пациента в части выбора лечащего врача - RR=3,7 (?2=84,8). Представленные предикторы могут выступать причинами несоблюдения прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья, а также снижения доступности предоставляемых медицинских услуг.

Выводы. Таким образом, в результате социально-гигиенического исследования установлено, что уровень удовлетворенности населения Забайкальского края доступностью ПМСП детям недостаточный, что обусловлено нарушением прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (несоблюдение этико-деонтологических норм, нарушение порядков оказания медицинской помощи). Для повышения социальной эффективности ПМСП детскому населению необходимо формировать пациентоориентированную модель оказания медицинской помощи, гарантирующую соблюдение основных конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья.

Литература:

1. Анисимов М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня. [Электронный ре-

сурс]. Режим доступа: http://medical-diss.com/medicina/mediko-sotsialnye-aspekty-dostupnosti-udovletvorennosti-naseleniya-kachestvom-meditsinskoy-pomoschi-i-puti-povysheniya-ih (12.04.2018).
2. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям. Российский педиатрический журнал. 2013. 3. 4-6.
3. Вильданов И.Х. Управленческие решения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике "Азино" ДРКБ МЗ РТ - пилотный проект. Практическая медицина. 2016. 7. 28-30.
4. Жданова Л.А. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы. Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. 3. 5-13.
5. Камалиев М.А. Методические основы мониторинга и оценки системы здравоохранения. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://ksmumpf.ru/publ/konferencija_aktualnye_voprosy_vedenija_sgm_quot/prinjatye_k_publikacii_materialy/kamaliev_m_a/22-1-0-291 (15.04.2018).
6. Чвырева Н.В. Состояние здоровья детского населения и проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи. Здоровье - основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2012. 2. 740-741.
7. Шильникова Н.Ф. Научное обоснование эффективности использования ресурсов здравоохранения на региональном уровне, обеспечивающих качество и доступность медицинской помощи населению. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://medical-diss.com/medicina/nauchnoe-obosnovanie-effektivnosti-ispolzovaniya-resursov-zdravoohraneniya-na-regionalnom-urovne-obespechivayuschih-kache (09.04.2018).
8. Шулаев А.В., Гатауллина Г.С., Рашитов Л.З. Факторный анализ удовлетворенности родителей организацией медицинского обслуживания в детских поликлиниках г. Казани. Медицинский альманах. 2011. 6. 19-22.

УДК 614.2 - 005.7

Шильникова Н.Ф.[1], Сенижук А.И.[1], Савицкая Н.И.[2]

УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В РАМКАХ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ
[2]ГУЗ Краевая клиническая больница

Введение. Поиск новых подходов к организации медицинской помощи населению с позиций принципов обеспечения и непрерывного повышения качества медицинских услуг, в соответствии с Концепцией развития здравоохранения в России до 2020 года, определяет первостепенной задачей для руководителя медицинской организации любого уровня повышение доступности, эффективности и качества оказания медицинской помощи. Развитие здравоохранения предполагает переход на персонализированную медицину, при которой пациент получает помощь "в нужный момент и в нужном месте".

Каждый вид деятельности учреждения здравоохранения представляет собой некоторый процесс, преобразующий "вход" процесса в его "выход". Поэтому представление медицинской услуги является актуализацией комплекса взаимосвязанных процессов, реализация которых приведет к предоставлению услуги требуемого качества. Все эти процессы по способу влияния на качество предоставляемой услуги можно разделить на основные и вспомогательные. Основные процессы лежат в основе производства услуг (технологичес-

кого процесса предоставления услуг). Эти процессы непосредственно влияют на качество услуги, а их результат обладает ценностью для пациента. При этом производство услуг представляет собой основную часть деятельности по оказанию медицинской помощи, непосредственно связанную с изменением состояния пациента. Под изменением состояния пациента понимается получение пациентом объективной информации о состоянии своего организма, диагнозе, результатах лабораторных исследований, излечение пациента и т.п. Вспомогательные процессы связаны с видами деятельности, создающими необходимые условия для выполнения основных процессов, опосредованно улучшая качество производства услуги, увеличивая тем самым ее ценность для пациента.

Преимущество процессного подхода состоит в том, что процесс оказания услуг представлен в виде последовательности операций и структуры формирования ценности для потребителя. Четко представляя структуру формирования ценности, можно представить и структуру возникновения потерь качества. Зная проблемные точки, можно предотвратить потери качества, не тратя средства на восстановление уже утраченного качества. Для этого необходимо провести мониторинг потерь качества, который сводится к следующим направлениям:

- непрерывная оценка качества услуг;
- выявление дефектов и ошибок, повлекших снижение качества и эффективности услуг;
- изучение удовлетворенности пациентов (методом анонимного анкетирования);
- оперативная реакция руководства организации на выявленные потери качества;
- постоянная оценка состояния и использования кадровых и материально-технических ресурсов.

Таким образом, действия, направленные на управление промежуточными процессами, а не на конечный результат, приводят к улучшению качества услуг, позволяют выявить отклонения, провести анализ и устранить дефекты.

Целью исследования явилась разработка и обоснование мер оптимизации существующих процессов оказания медицинской помощи в консультативной поликлинике для повышения доступности и качества медицинской помощи, удовлетворенности пациентов.

Результаты и обсуждение. В Забайкальском крае более половины населения проживает в сельской местности, поэтому организация медицинской помощи жителям районов является важной государственной социально-политической проблемой. На фоне ухудшения демографических показателей, роста заболеваемости низкая обеспеченность врачами медицинских организаций обслуживающих прикрепленное население, отсутствие специалистов приводит к еще большему ограничению доступности и своевременности оказания медицинской помощи данной категории граждан. Сегодня пациент, обратившийся в краевую консультативную поликлинику, с учетом отсутствия места проживания в городе и необходимых финансовых средств, должен получить специализированную медицинскую помощь как можно раньше, при этом быть удовлетворенным оказанными услугами.

Для достижения поставленной цели нами определены и описаны основные процессы в рамках работы консультативной поликлиники, выявлены зоны риска (проблемные участки), намечены мероприятия по оптимизации основных процессов поликлиники и управлению рисками для выделенных процессов.

ГУЗ "Краевая клиническая больница" относится к третьему уровню медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь на 500 посещений в смену, консультации проводятся по 26 специальностям пациентам из районов Забайкальского края и города Читы. Доля пациентов из районов края составляет около 80%. Консультативная поликлиника, являясь подразделением государственного учреждения, осуществляет медицинские услуги за счет обязательного медицинского страхования в объеме, предусмотренном программой государственных га-

рантий, а так же на договорной основе с юридическими лицами (предприятиями, организациями), с физическими лицами и по системе добровольного медицинского страхования. В поликлинике оказывается квалифицированная специализированная лечебно-диагностическая, консультативная помощь, предварительные и периодические медицинские осмотры.

Условия оказания медицинской помощи в поликлинике:

- плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается пациентам врачами-специалистами по направлению (утвержденной формы 057/у-04) участкового врача медицинской организации, к которой прикреплен пациент;
- плановые посещения и диагностические исследования проводятся по предварительной записи;
- по экстренным показаниям медицинская помощь оказывается с момента обращения пациента.

Направление пациентов в консультативную поликлинику проводится в сложных случаях диагностики и лечения, в случаях невозможности полного обследования по месту жительства, а также при наличии других обоснованных причин со стороны лечащего врача. Консультация осуществляется на основании обследования, проведенного в медицинской организации по месту жительства.

В рамках настоящего исследования выявлены и сгруппированы ключевые показатели эффективности деятельности поликлиники, среди которых выделена подсистема показателей качества и доступности медицинских услуг (таблица 1).

Таблица 1

Ключевые показатели качества и доступности медицинских услуг

Продолжительность ожидания пациентом в очереди на прием к врачу сократилось на

Наименование показателя	Единица измерения	2014	2015	2016
1. Показатели доступности				
Посещаемость поликлиники	Число посещений в смену	500	500	500
Укомплектованность врачебными кадрами	%	100	100	100
Продолжительность ожидания пациентом в очереди на прием к врачу у кабинета	Минут	45	30	25
Продолжительность ожидания пациентом посещения по предварительной записи	Календарных дней	14	2-14	2-14
Продолжительность приема врачом	Минут в расчете на одно посещение	25	20	15
2.Показатели качества				
Наличие МИС	Есть/нет	есть	есть	есть
Количество сотрудников, прошедших повышение квалификации	%, от работающих	100	100	100
Степень удовлетворенности персонала	%, от числа опрошенных	80	90	90
Степень удовлетворенности пациентов	%, от числа опрошенных	65	70	75
Количество посещений	Число посещений в год	101170	80719	88100

45%, а продолжительность ожидания пациентом посещения по предварительной записи уменьшилась на 50%. По итогам проведенного анкетирования уровень удовлетворенности пациентов возрос на 14%, а сотрудников учреждения - на 12%.

Таким образом, ключевые показатели с последующим анализом дают возможность формировать обоснованные управленческие решения, планы и программы развития.

Качество предоставляемых услуг определяется качеством процессов их подготовки, осуществления и контроля. Осуществляемая в целом деятельность поликлиники формируется как совокупность деятельности её отдельных подразделений, отдельных исполнителей, поэтому определять и рассматривать процессы можно на различных уровнях детализации (фрагментации). Для достижения целей управления представляется целесообраз-

ным разделить все процессы поликлиники на основные (главные) процессы и вспомогательные процессы.

Основными процессами поликлиники являются все процессы взаимодействия с пациентами. Их можно разделить:

1) процесс, связанный с распределением входящих потоков пациентов, записи на прием: "Работа регистратуры";
2) процесс, связанный с деятельностью врачей-специалистов: "Прием у врача специалиста".

Участниками основных процессов являются пациенты и сотрудники поликлиники.

Вспомогательные процессы - это все процессы, которые сопровождают основные процессы, к ним относятся:

- медицинская информационная система (МИС);
- функционирование телефонной связи;
- информационное обеспечение пациентов;
- хозяйственная деятельность;
- формирование отчетной документации;
- обучение медицинских работников;
- материально-техническое обеспечение и т.д.

Описаны и построены схемы основных процессов "как есть", с указанием основных характеристик и исполнителей, выделены проблемные участки процессов. В процессе "Работа регистратуры" выделен подпроцесс "Предварительная запись на прием к врачу", который является важным в обеспечении доступности медицинской помощи, осуществляется следующими способами: при личном обращении в регистратуру поликлиники, по телефону через "call-центр", обслуживающими медицинскими организациями при оформлении направления ф057/у-04 в программе РМИС, в модуле "Управление предварительной записью".

При анализе этих способов предварительной записи выделен наиболее оптимальный способ для пациента. Это запись обслуживающими медицинскими организациями при оформлении направления ф057/у-04 в программе РМИС, в модуле "Управление предварительной записью". Такой способ позволяет согласовать с пациентом удобную для него дату и время приема врача.

В процессе описания процесса "Работа регистратуры" дана краткая характеристика организации работы регистратуры и самих регистраторов.

"Входом" в основном процессе работы регистратуры является пациент. Посещение пациентом поликлиники начинается с его взаимодействия с администратором зала. Администратор зала осуществляет распределение входящих потоков пациентов. Этот процесс проходит быстро для пациента при соблюдении всех организационных мер со стороны обслуживающих медицинских организаций, направляющих пациента в консультативную поликлинику. Оформленные, в соответствии с требованиями, направление и талон предварительной записи, проверенный полис ОМС. Таким образом, поток входящих пациентом можно разделить на три основных потока:

1) пациенты ОМС, имеющие все правильно оформленные направительные медицинские документы;
2) пациенты ОМС, не имеющие те или иные направительные медицинские документы (отсутствует направление, талон предварительной записи или действующий полис ОМС);
3) другие пациенты: ДМС, на платной или договорной основе.

Рассмотрен наиболее проблемный процесс работы регистратора, когда у пациента отсутствует направление ф057/у-04 в электронном виде, а это обязательное условие, оно необходимо при оформлении посещения и является гарантом оплаты посещения, отсутствует действующий полиса ОМС и талон предварительной записи на прием к врачу. Этот

процесс занимает много времени и включает в себя много промежуточных операций, предшествующих самой записи. Это взаимодействие с обслуживающей медицинской организацией, для решения проблемы отсутствующего электронного направления, взаимодействие со страховой компанией или ТФОМС для решения проблемы с полисом ОМС, оформление электронной амбулаторной карты, подбор записи на прием. Рассматриваемый процесс имеет ряд проблемных мест, которые не дают качественно и быстро обеспечить пациента должным обслуживаем. Основной проблемой "выхода" данного процесса является неудовлетворенность пациента. Критериями причин рассматриваемой проблемы будут являться: увеличение по времени записи на прием, отсутствие на момент обращения действующего полиса ОМС, пациента не устраивает свободная дата и время приема врача. Для определения причинно-следственных связей проанализировано влияние на появления проблемы различных факторов. Так на длительность процесса влияет работа программного обеспечения, качество телефонной связи, оперативная ответная реакция работников обслуживающей медицинской организации.

После посещения регистратуры начинается второй основной процесс, это процесс "Прием у врача-специалиста". "Входом" в процессе так же является пациент. В данном процессе происходит взаимодействие пациента с врачом и медицинской сестрой. Процесс включает в себя последовательные действия: опрос пациента, осмотр, оформление документации, рекомендации, оформление направлений на обследования или плановую госпитализацию, выписка рецептов. От того насколько правильно и рационально организован этот процесс, зависит удовлетворенность пациента на "выходе". При рассмотрении процесса "как есть" выявлены ряд проблемных мест: длительное ожидание пациента у кабинета врача, неполное информирование пациента о состоянии здоровья, неудовлетворенность пациента квалификацией врача, незапланированные пациентом дополнительные обследования, необходимость повторного посещения регистратуры. Выделены причины, которые приводят к проблемам в данном процессе: специфика контингента пациентов (жители районов края) - раннее посещение поликлиники, смещение времени начала приема (неотложные состояния, консилиум, сложный диагностический случай), неудовлетворительная работа медицинской информационной программы (сбои в работе, медленная скорость), стаж и квалификация врача, отсутствие медицинской сестры на приеме, ограниченное время приема, отсутствие свободной очереди на исследования и повторный прием в ближайшее время, незапланированные денежные расходы пациентов. Ненужные его этапы и избыточные виды деятельности являются причинами неудовлетворительных результатов и больших затрат. Чтобы увидеть и оценить возможные проблемы, необходимо постоянно контролировать процессы и анализировать потенциальные риски с целью их ликвидации или сокращения.

Для оптимизации основных процессов работы поликлиники рассмотрены конечные результаты анализа основных процессов консультативной поликлиники "как должно быть". Определены мероприятия по улучшению основных процессов консультативной поликлиники:

- открытость и доступность информации на сайте больницы, электронных стендах, постоянное обновление информации;
- разделение работы регистратуры и "call-центра";
- обучение операторов "call-центра" записи на приемы к специалистам;
- безбарьерная регистратура;
- "Вежливая регистратура", алгоритмы общения с пациентами, пути выхода из конфликтных ситуаций. Постоянное психологическое сопровождение.
- правильная организация работы и оформления медицинской документации обслуживающими медицинскими организациями при направлении пациентов в консультативную поликлинику;

- мониторинг записи на прием к врачам всех специальностей и диагностические исследования;
- замена медицинской информационной системы;
- установка в регистратуре "электронной очереди";
- необходимость решения кадровых проблем с целью увеличения количества квалифицированных врачей-специалистов для возможности работы консультативной поликлиники в две смены;
- обеспечение каждого приема врача средним медицинским персоналом;
- мероприятия по развитию кадрового потенциала, в т.ч. постоянное повышение квалификации медицинских работников по программам последипломного и дополнительного профессионального образования;
- соблюдение требования к стажу для врача консультативной поликлиники не менее 5 лет;
- сбалансированная нагрузка врача и медсестры;
- заинтересованность пациентов, ожидающих очереди у кабинета: проведение анкетирования, информационный материал по профилактике заболеваний;
- строгое регулирование очередности пациента по времени ожидания в очереди при получении медицинской услуги. Соблюдение предельных сроков ожидания посещения врача в очереди не более 30 мин;
- организация рабочего места врача. Создание оптимальных условий труда медицинского персонала;
- увеличение времени на приеме для общения с пациентом, за счет правильно организованного рабочего места врача отказа, от лишней бумажной работы;
- необходимость врачу обслуживающей медицинской организации (при направлении пациента в консультативную поликлинику) определять объем исследований с учетом нозологии и осуществлять предварительную запись;
- исключение необоснованных назначений анализов;
- замена медицинской информационной программы на другую программу, включающую ЛИС (лабораторная информационная система);
- отказ от заполнения бумажных носителей (протокол осмотра, бланки направлений на исследования);
- исключение лишних перемещений пациентов. Осуществление медицинской сестрой записей на дополнительные исследования, анализы и повторный прием в кабинете специалиста, исключая повторное посещение пациентом регистратуры;
- мониторинг качества информирования врачом пациента о состоянии его здоровья, необходимости и объеме дополнительных обследований;
- улучшение материально-технической базы больницы, оснащение современным медицинским современным диагностическим оборудованием в достаточном количестве, для сокращения времени ожидания проведения диагностического исследования до 5-10 дней;
- исключение пересечения платных и бесплатных услуг;
- обучение работников поликлиники быстрой работе с компьютером (техника набора текста);
- сохранение доброжелательности, вежливости и компетентности медицинских работников. Проведение повторных семинаров по соблюдению Кодекса профессиональной этики и деонтологии, занятий с психологами по теме профессионального выгорания;
- проведение в поликлинике капитального ремонта с целью повышения комфортности и удовлетворенности условиями ожидания в очереди;
- регулярное проведение мониторинга степени удовлетворенности пациентов качеством обслуживания в поликлинике.

После разработки перечня целесообразно назначить ответственных работников за со-

стояние каждого элемента процесса.

Таким образом, использование четко прописанных процедур реализации основных процессов в работе поликлиники способствует улучшению качества медицинских услуг, повышению имиджа организации и сотрудников, позволяет повысить уровень удовлетворенности пациентов. Процессный подход может принести большую пользу в случае, если все его аспекты: планирование, организация, мотивация, контроль - продуманы с максимальной точностью. При разработке программы повышения качества любого процесса важно понимать, что управление качеством не имеет завершения, а является непрерывным процессом. Практическая значимость результатов заключается в том, что они могут быть использованы при подготовке и реализации мероприятий в рамках пилотного проекта "Бережливая поликлиника" в ГУЗ "Краевая клиническая больница", так как именно оптимизация процессов, обеспечение комфорта пациента при посещении медицинской организации лежит в основе данного плана.

Литература:

1. Горохова И.В. Новые подходы к управлению качеством в многопрофильной городской поликлинике. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва, 2016.
2. Елиферов В.Г. Процессный подход к управлению. Моделирование бизнес-процессов, Москва, 2012.
3. Ермакова С.Э. Формирование процессно-ориентированной системы управления медицинской организации. Монография. - Москва: Макс-пресс, 2011.
4. Кригер А.Б. О роли моделирования в совершенствовании бизнес-процессов. Экономика. Теория и практика. Перспективы 21 век: сб. материалов II международной научно-практической конференции (27 февраля 2015) - Саратов. Издательство: ЦПМ "Академия бизнеса" (Саратов), 2015.
5. Туркова Е.А., Оржак А.М. Процессный подход в управлении медицинскими организациями. Томск, 2013.
6. Федеральный проект "Бережливая поликлиника". Применение методов бережливого производства в медицинских организациях. Открытие проектов по улучшению. Методические рекомендации, МЗ РФ, ГК по атомной энергии "Росатом", Москва, 2017.

УДК 614.2 - 005.2

Сенижук А.И.[1], Шильникова Н.Ф.[1], Зверочкина Ю.Н.[2]

УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

[1]ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ
[2]ГУЗ Краевая клиническая больница

Введение. Важнейшей целью политики государства в области здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения, повышение доступности, эффективности и качества медицинской помощи для всех граждан. Развитие общества, науки и практики здравоохранения заставляет постоянно предпринимать попытки по повышению эффективности системы здравоохранения страны и совершенствованию ее структуры. Постановка перед здравоохранением новых задач в рамках реализации национального проекта, пилотных проектов по повышению качества услуг, модернизации отрасли стимулируют к поиску новых подходов к организации медицинской помощи населению и новым методам управления здравоохранением [2].

С учетом централизации современного здравоохранения в рамках региональных систем необходимо развитие организационных форм, обеспечивающих оптимизацию деятельности многопрофильных больниц.

Актуальность проблемы заключается в том, что приемное отделение в стационаре играет ключевую роль в постановке первичного диагноза, определении степени тяжести состояния, необходимости госпитализации. Правильный диагноз и эффективное, в короткие сроки лечение - это требования, которые в настоящее время предъявляет не только система здравоохранения, но и сами пациенты. Качество и своевременность оказания специализированной помощи больным с экстренной патологией в большей степени зависят от работы приемного отделения стационара и характеризуются обоснованностью госпитализации больного не только по профилю отделения, но и по его состоянию [7]. Приемное отделение многопрофильной больницы можно считать одним из основных структурных подразделений, которое выполняет одну из административных функций - координационную. Координация, прежде всего, заключается в медицинской сортировке обратившихся за медицинской помощью по основным каналам госпитализации [3].

Ежедневно в круглосуточном режиме в приемном отделении многопрофильной больницы обеспечивается "специализированная" медицинская помощь в условиях стационара, в том числе при наличии диагностических коек в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение. При обращении в приемное отделение многопрофильной больницы пациенту бесплатно оказывается необходимая медицинская помощь в рамках территориальной программы государственных гарантий. Таким образом, реализуются основные принципы здравоохранения, обозначенные в Федеральном законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" [4,5].

Современные концепции менеджмента качества позволяют разработать критерии оценки эффективности деятельности МО, в частности - индикаторы качества для приемных отделений многопрофильных больниц для повышения качества медицинских услуг и устранения дефектов основных процессов приемного отделения, а также для совершенствования управления данными процессами. Особое значение оценка качества медицинской помощи приобретает в условиях функционирования системы ОМС и переходе на одноканальное финансирование [6]. При заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий медицинская помощь на уровне приемного отделения оказывается в соответствии с порядками и стандартами оказания отдельных видов (по профилям) специализированной медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом России, что определяет объемы трудозатрат медицинского персонала в приемном отделении больницы [1].

Целью исследования явилась разработка и внедрение эффективной модели управления основными процессами при оказании экстренной и неотложной помощи в работе приемного отделения многопрофильного стационара на базе ГУЗ Краевая клиническая больница г. Чита.

Материалы и методы. В работе использована системная и комплексная методика анализа рассматриваемых процессов. При исследовании использованы методы наблюдения, анкетирования, эксперимента, анализа результатов деятельности за период с 2014 по 2016 годы.

Результаты и обсуждение. Применение процессно-ориентированного управления медицинской организацией должно быть направлено как на оптимизацию деятельности текущих процессов, так и на планирование долгосрочных перспектив развития. Главное преимущество процессного подхода - это непрерывное управление процессами и их улучшение.

Нами изучена организационная структура и принципы работы приемного отделения при оказании медицинской помощи в экстренной и неотложной форме, определены ос-

новные процессы приемного отделения многопрофильного стационара, проанализировано влияние внешних и внутренних факторов на организацию работы, обоснована модель управления основными процессами, включая порядок сортировки пациентов и индикаторы оценки эффективности.

По результатам проведенных исследований были выявлены следующие проблемы. Сохраняется низкая укомплектованность врачами, младшим медицинским персоналом. Увеличение количества пациентов в дежурные дни в 2015-2016 годах на 40%, что обусловлено несколькими причинами: организацией работы специализированных центров, низкой доступностью первичной медико-санитарной помощи в поликлиниках города и др. Обращает на себя внимание ежегодное увеличение доли экстренных пациентов терапевтического профиля, что связано с изменением маршрутизации пациентов с сосудистыми заболеваниями и работой Регионального сосудистого центра. В течение нескольких лет наблюдается значительный рост количества обращений (в два раза за анализируемый период) с отсутствием показаний для госпитализации пациентов, которые нуждались в оказании неотложной помощи в условиях поликлинических подразделений. Неизменно большое количество экстренно госпитализированных пациентов, которые обращаются в приемное отделение самостоятельно, указывает на низкую доступность скорой медицинской помощи и амбулаторной в условиях городских поликлиник. За анализируемый период наметилась устойчивая тенденция уменьшения количества обследований в приемном отделении, что обусловлено непрерывной работой над протоколами обследования и дифференцированным подходом к обследованию каждого пациента, изменениями в системе оплаты амбулаторных обращений.

В 2015 году на базе ГУЗ "Краевая клиническая больница" был создан нейрососудистый центр по оказанию помощи больным с ОНМК и острым коронарным синдромом. В связи с этим, приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края была изменена маршрутизация больных, что повлекло за собой определенные изменения в порядке работы приемного отделения (расширение функций приемного отделения, увеличение количества пациентов), и как следствие, возникла необходимость в разработке способов оптимизации работы.

При проведении анализа работы приемного отделения ГУЗ "ККБ" необходимо отметить особенности работы, такие как высокий процент плановой госпитализации (ежегодно количество плановых пациентов составляет до 50% от всех пролеченных больных), наряду с этим отделение оказывает экстренную и неотложную помощь, практически как больница скорой медицинской помощи, в связи с чем возникают определенные проблемы и сложности в работе.

В связи с развитием информационных систем в медицине значительно изменен документооборот. В исследуемый период активно осуществлялся переход от бумажных носителей к электронным. Краевая клиническая больница наряду с другими медицинскими организациями Забайкальского края использует медицинскую систему РМИС. Система включает в себя информационные модули, позволяющие накапливать, идентифицировать, архивировать медицинскую и административную информацию о пациенте и услугах. Процесс перехода к электронным носителям протекает медленно и обусловлен в ряде случаев следующими факторами: несовершенством информационной системы, низкой скоростью интернета, проблемой оснащения рабочих мест.

До настоящего времени отсутствуют как на федеральном, так и на уровне региона утвержденные индикаторы оценки эффективности работы структурных подразделений медицинских организации. Для решения данной проблемы в ГУЗ "ККБ" решено идентифицировать основные процессы приемного отделения, разработать и внедрить индикаторы оценки работы.

С позиций процессного подхода управления, можно выделить следующие основные процессы приемного отделения многопрофильного стационара:
- процесс сортировки;
- процесс времени (пребывания в приемном отделении);
- процесс госпитализации.

Процесс реорганизации медицинских учреждений, увеличение доли больных, которые направлялись в стационар по экстренным показаниям, контроль над обоснованностью госпитализации больных и т.д. потребовали от медицинского персонала приемного отделения применения новых технологий и эффективной организации рабочего времени, детального изучения процессов сортировки и госпитализации. Особенностью основных процессов в приёмном отделении является их тесная взаимосвязь между собой, влияние друг на друга и обладание едиными ресурсами. Каждый из этих процессов подвергнут первичному SWOT-анализу. В результате проведенного первичного SWOT-анализа процесса сортировки выявлены следующие проблемы: отсутствие системы маршрутизации, оповещения, маркировки экстренных пациентов на территории городского округа "Город Чита"; необоснованное направление пациентов, не имеющих экстренных показаний в дежурный стационар, что влияет на количество одновременно поступающих в приемное отделение больных, низкая укомплектованность врачами приемного отделения или наличие молодых специалистов без стажа работы, что влияет на качество и своевременность проведения сортировки; отсутствие локальных правовых актов, регламентирующих процесс сортировки на базе приемного отделения ГУЗ ККБ, что приводит к неполноценному учету, длительному нахождению пациентов в приемном отделении и увеличению количества обследований на 1 пациента; формальный подход к формированию дежурных бригад, не учитывающий квалификацию и опыт специалистов, отсутствие порядка работы дежурной смены, что приводит к нарушениям в процессе сортировки, не актуальные протоколы обследования в приемном отделении и отсутствие механизмов их обновления (рабочая группа, периодичность), контактирование потоков плановой и экстренной госпитализации; выраженное влияние на коллектив приемного отделения механизмов эмоционального выгорания; отсутствие мониторинга количества обследований и времени пребывания в приемном отделении.

На основании вышеперечисленных фактов, в Краевой клинической больнице разработана: "Стратегия оптимизации работы приемного отделения по оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной форме", которая включает в себя:

1. Мероприятия по систематизации маршрутизации экстренных пациентов:
   - предложения к Министерству здравоохранения Забайкальского края;
   - методические письма МО города.
2. Мероприятия по работе с кадрами:
   - укомплектование приемного отделения врачами, путем создания особых условий работы, включая меры материального стимулирования;
   - обучение и аттестация персонала приемного отделения;
   - рациональное формирование дежурной бригады врачей с выделением ответственных лиц;
   - работа с психологами.
3. Приведение в соответствие нормативно-правовой базы, регламентирующей организацию работы приемного отделения:
   - изучение работы приемного отделения в разрезе ресурсов обеспечения основных процессов (сортировки, времени пребывания, госпитализации);
   - изучение имеющихся документов;
   - изучение опыта других МО;
   - изучение научной литературы;

- разработка и утверждение локальных нормативных актов (приказы главного врача, порядки оказания медицинской помощи).

4. Внедрение в работу порядков сортировки пациентов с критериями, порядков работы дежурной смены, протоколов обследования.
5. Ведение мониторинга имеющихся проблем, с еженедельным анализом результатов.

Информационными ресурсами в процессе сортировки пациентов является наличие системы оповещения, как внешней, со стороны МО, так и внутренней, в рамках приемного отделения стационара. При анализе этого ресурса в рамках работы приемного отделения выявлены и положительные и отрицательные стороны. Система оповещения со стороны МО города и края работает только по некоторым нозологиям (больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфарктами миокарда, пострадавшими в дорожно-транспортных происшествиях), в то же время оповещение в стационаре, начиная с осмотра врачом приемного отделения, развито на должном уровне. Следует отметить, что своевременное оповещение о доставке (поступлении) экстренных пациентов, влияет на начало лечения и, во многом, определяет исход заболевания. Со стороны ГУЗ ККБ постоянно ведется работа с МО города по систематизации системы оповещения.

Учетно-отчетные ресурсы в процессе сортировки пациентов имеют немаловажное значение. Для полноценного учета всех пациентов, обратившихся за медицинской помощью, определения сортировочных групп, постоянного мониторинга обращений в приемном отделении предусмотрен журнал амбулаторных обращений и отказов в госпитализации. В связи с изменениями функций приемного отделения, необходимостью постоянного мониторинга количества пациентов, времени их пребывания содержание журнала (фамилия, дата рождения, место жительства и диагноз) не соответствует требованиям. В связи с этим разработана карта обследования. В первой части содержится информация о каналах поступления, способ доставки пациента, подробная информация о пациенте, дата и время обращения, госпитализация или отказ в госпитализации, указывается направительный диагноз, в случае самообращения - диагноз врача приемного отделения. Отличительной особенностью является наличие номера телефона родственников (с разрешения больного). Вторая (отрывная) часть карты обследования содержит данные о пациенте, дату и время обращения, направительный диагноз. Здесь же имеется информация о состоянии больного и перечень обследований. При осмотре больного врач отмечает в карте необходимые лабораторные исследования, манипуляции, инструментальные исследования и консультации. При госпитализации больного в стационар карта обследования со всеми результатами вкладывается в историю болезни, при амбулаторном обращении - в журнал формы 001-у.

Внедрение карт обследования в работу приемного отделения позволило вести полный учет всех пациентов, определение (в результате сортировки) потоков пациентов, постоянный контроль времени пребывания пациентов в приемном отделении, диагностических процедур, времени осмотра специалистами. При этом наличие карты обследования с уникальным номером является системой учета для диагностических служб и позволяет архивировать данные в системе РМИС.

Для систематизации процесса сортировки экстренных пациентов, мониторинга и проведения анализа времени пребывания в приемном отделении были разработаны и утверждены следующие критерии: абсолютная срочность - пациенты поступают, минуя приемное отделение, сразу в отделение реанимации либо противошоковую операционную, неотложная срочность - пациенты с острыми и неотложными показаниями, требующие срочной госпитализации или помощи (принятие решения в течение 20 минут); относительная срочность - пациенты с острыми или обострением хронических заболеваний, не требующие срочной госпитализации, решение по которым нужно принять в течение 2 часов; ме-

дицинская консультация - пациенты, которым требуется осмотр специалистами в плановом порядке (до 4 часов). Пересмотрены и доработаны протоколы обследования в приемном отделении по основным нозологическим формам, ознакомлены все заинтересованные лица. Протокол обследования и лечения в приемном отделении основан на порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний. Порядок оказания медицинской помощи предусматривает весь период ведения больного от начала заболевания до амбулаторного звена. Работа с протоколами обследования в приемном отделении обусловлена изменившейся экономической ситуацией в здравоохранении, повлекшей за собой смену системы оплаты амбулаторных обращений, как обследования, так и лечения. Введение протоколов обследования в работу приемного отделения позволило достичь улучшения следующих показателей:

1) со стороны приемного отделения - уменьшение времени ожидания осмотра врачом до 10 минут, показатель 2016 года - один час. Сократилось время обследования и лечения группы пациентов относительной срочности - возможное пребывание до 2 часов;
2) со стороны диагностических служб - уменьшение количества исследований, очередей, времени получения результатов;
3) применение протоколов обследования позволило снизить количество лабораторных исследований, уменьшило число дублирований анализов клиническими отделениями и реанимациями.

Для эффективной работы дежурной смены, своевременного осмотра больных врачами специалистами разработан и внедрен порядок работы дежурной смены, регламентирующий, до минут, время оказания экстренной и неотложной помощи.

В ходе реализации процессного подхода к сортировке пациентов в приемном отделении ГУЗ ККБ постоянно уделяется внимание материально-техническому обеспечению. Для этих целей рассмотрено рациональное использование помещений приемного отделения и прилегающих помещений. Для более качественной сортировки экстренных пациентов наряду с порядком работы дежурной смены был утвержден список руководителей сортировочной бригады. Эти меры позволили улучшить качество сортировки, сократить затраты времени, а также внести элементы обучения для молодых специалистов.

Одним из важнейших показателем эффективности работы приемного отделения многопрофильного стационара является длительность пребывания пациентов. Это проблема требует ежедневного мониторинга и принятия безотлагательных мер по улучшению ситуации. Для этого разделены потоки плановых и экстренных пациентов, большое количество пациентов, не имеющих экстренных показаний для обращения в приемное отделение, т.е. нуждающихся в медицинской консультации; большое количество обследований на 1 пациента в приемном отделении; длительное ожидание врача, связанное с отсутствие порядка работы дежурной смены и низкой исполнительской дисциплиной. Постоянно проводиться работа по обновлению протоколов обследования в приемном отделении, разработаны и утверждены протоколы оказания экстренной помощи больным хирургического и терапевтического профиля, отработан порядок работы дежурной смены. Также следует отметить, что совместный первичный осмотр врача приемного отделения и врача по профилю, сокращает время принятия решения по пациенту до 10±4 минут. Определяется объем обследований для каждого пациента. При не ясном диагнозе, сложном для курации случае, необходимости трех и более обследований, показана госпитализация в стационар.

Сложность управления деятельностью приемного отделения связана с тем, что процессы сортировки и госпитализации являются "сквозными процессами". Оптимизация межфункционального взаимодействия в рамках процесса госпитализации и оказания медицинской помощи в приемном отделении многопрофильной больницы позволит эффективно управлять и оценивать деятельность приемного отделения.

По результатам изучения организации работы приемного отделения "Краевой клинической больницы" можно выделить ряд внешних и внутренних факторов, влияющих на течение основных процессов приемного отделения ГУЗ ККБ. К влиянию внешней среды можно отнести:

1. Отсутствие единой системы маршрутизации экстренных пациентов на территории городского округа "город Чита".

В настоящее время маршрутизация пациентов, требующих экстренной и неотложной помощи, разработана по нозологиям и совершенно не имеет взаимодействия между собой. Данная проблема порождает возникновение "порочного круга": врачами первичного звена выставляются необоснованные диагнозы, врачи стационара не подтверждают эти диагнозы и пациент переводится в другой стационар.

2. Ежегодное увеличение количества пациентов, нуждающихся в оказании неотложной помощи в условиях поликлиник, а часто - и плановой помощи. Как правило, эта группа пациентов обращается самостоятельно в дежурный стационар или направляется врачами городских поликлиник и частных медицинских центров. Основными причинами обращения этих пациентов являются: отсутствие специалиста в поликлиническом подразделении, гипердиагностика заболеваний, нежелание пациента обращаться в поликлинику. На протяжении нескольких лет пациенты этой группы значительно осложняют работу приемного отделения по оказанию экстренной помощи.
3. Значительный удельный вес расхождения направительного диагноза и диагноза, установленного в приемном отделении, составляющий до 70% по результатам 2014-2016 гг. Расхождение диагнозов влечет за собой необоснованные трудовые и материальные затраты, косвенно влияет на время пребывания пациентов в приемном отделении.
4. Увеличилось количество выявленных дефектов оказания медицинской помощи, чаще необоснованные диагнозы и госпитализация.
5. Большое количество сопровождающих лиц, создающих скученность в приемном отделении.

К срезам внутренней среды относятся:

1. Кадровый срез. В течение продолжительного времени сохраняется проблема с врачебными кадрами - большая текучесть, удается укомплектоваться только за счет молодых специалистов, которые более 1 года в приемном отделении не работают. Наличие специалистов без должного стажа работы по специальности. В связи с ежедневными круглосуточными дежурствами по различным нозологиям и постоянным их увеличением значительно расширились функции приемного отделения и, соответственно, функциональные обязанности сотрудников (без увеличения штатов и финансирования).
2. Организационный срез. Отсутствие порядка сортировки пациентов, необоснованные обследования пациентов в приемном отделении. На начало исследуемого периода увеличилось количество обследований на одного пациента, что влечет за собой значительные финансовые затраты и неэффективное расходование средств, длительное пребывание пациентов в приемном отделении, отсутствие порядка работы дежурной смены, длительное (более 10 минут) ожидание первичного осмотра врачом, наличие жалоб пациентов на оказание медицинских и немедицинских услуг.
3. Производственный срез. Использование одних и тех же площадей для осуществления плановой и экстренной госпитализации.

В результате проведения мероприятий, предусмотренных стратегией, можно выделить как положительные, так и отрицательных стороны. Проводиться работа по систематизации маршрутизации пациентов, полностью приведена в соответствие нормативно-правовая база организации работы приемного отделения, что позволило систематизировать процессы сортировки и госпитализации, сократить время пребывания больных, сокра-

тить расходы на обследование, территориально разделены потоки плановых и экстренных пациентов, отдел плановой госпитализации выведен из ведения приемного отделения и является самостоятельным структурным подразделением, что позволило значительно сократить время ожидания госпитализации. В период 2014-2016 гг удалось реализовать большую часть запланированного, при этом обращает на себя внимание медленная реализация мероприятий, сохраняющееся влияние внешних причин, полностью не решена проблема укомплектованности врачами приемного отделения, не уменьшается поток пациентов, не имеющих показаний для экстренного обращения в приемное отделение или госпитализации в стационар.

Предложения. Несмотря на достигнутые результаты, в настоящее время имеется определенный круг вопросов, требующих принятия решений не только со стороны ГУЗ "ККБ", но и со стороны всей системы здравоохранения Забайкальского края.

1. Систематизировать маршрутизацию экстренных пациентов на территории городского округа "Город Чита".
2. Продолжить взаимодействие с медицинскими организациями города Чита с целью уменьшения количества необоснованных направлений в дежурный стационар, связанных с несколькими составляющими (гипердиагностика заболеваний, отсутствие специалистов в поликлинических подразделениях).
3. Рассмотреть вопрос о возможности создания палат длительного наблюдения, отделения экстренной помощи.
4. Укомплектовать приемное отделение квалифицированными врачебными кадрами.
5. Продолжить мониторинг работы приемного отделения с целью незамедлительного реагирования на возникающие проблемы.

Выводы. Приемное отделение ГУЗ "ККБ" - самостоятельное структурное подразделение, которое несет ответственность за рациональную, высокоэффективную работу всего стационара. Отделение оказывает экстренную и неотложную помощь в минимально короткие сроки как госпитализируемым пациентам, так и не нуждающимся в стационарном лечении, выполняет в полном объеме диагностические исследования для дифференциального диагноза, установления предварительного диагноза, в необходимых случаях проведение консилиума специалистов для осмотра, оказания неотложной помощи и проведения диагностики.

1. Проведение идентификации основных процессов приемного отделения многопрофильного стационара позволило определить направления, которые нуждались в определенных изменениях в сторону повышения их эффективности (система сортировки экстренных пациентов, времени пребывания больных в приемном отделении, госпитализации).
2. Анализ влияния внешних и внутренних факторов на течение основных процессов в приемном отделении выявил не только проблемы организации работы ГУЗ ККБ при оказании экстренной и неотложной помощи, но и неполноценность системы маршрутизации экстренных больных в городе и Забайкальском крае. Раскрылись дополнительные возможности для организации слаженной работы приемного отделения, без привлечения финансовых затрат, применяя административно-организационные ресурсы.
3. Предложенная модель управления основными процессами, включая порядок сортировки пациентов и применение индикаторов оценки эффективности, позволила провести и продолжать оптимизацию работы приемного отделения.
4. Результатом проведенных мероприятий стало улучшение организации работы приемного отделения ГУЗ ККБ: своевременная квалифицированная сортировка пациентов, снижение времени пребывания, включая время первичного осмотра врачом и госпитализации. Улучшение показателей оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме положительно повлияло на её доступность.

Литература:
1. Александрова О.Ю., Рамненок Т.В. Экстренная и неотложная медицинская помощь - проблемы разграничения понятий и механизм реализации норм закона // "Медицина", 2015 - № 3.
2. Кораблев В.Н., Дементьева Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении // Дальневосточный медицинский журнал. 2014. № 4. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/sistema-pokazateley-otsenki-effektivnosti-meditsinskoy-pomoschi-v-zdravoohranenii (дата обращения: 07.02.2017).
3. Подгорбунских Е.И. Условия оказания специализированной помощи на этапах госпитализации: приемное отделение многопрофильной больницы // Научный журнал "Апробация", 2014. - № 4.
4. Подгорбунских Е.И. Условия для эффективного управления качеством деятельности приемного отделения // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. XXI междунар. науч.-практ. конф. - Новосибирск: СибАК, 2013.
5. Подгорбунских Е.И. Анализ организационных аспектов для разработки критериев качества работы приемного отделения многопрофильной больницы // Наука и бизнес: пути развития, 2014 - № 4.
6. Сенижук А. И. Организация медицинской помощи населению Российской Федерации: учебно-методическое пособие / А. И. Сенижук, Н. Ф. Шильникова; под ред. д.м.н. проф. Н.Ф. Шильниковой; ЧГМА. - Чита : РИЦ ЧГМА, 2014. - 49 с.
7. Тихомиров А.В. Здравоохранение: правовой аспект // Здравоохранение в Российской Федерации. 2014. № 7.

УДК 614.2-005.6

Пинелис Ю.И., Шильникова Н.Ф.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГОДЫ

ФГБОУ ВО "Читинская государственная медицинская академия" МЗ РФ, Чита

Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) на сегодняшний день является одной из важных задач контроля над деятельностью медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного страхования.

В соответствии с нормами Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" на современном этапе возрастает роль контроля качества медицинской помощи. Для введения нового подхода к контролю качества медицинской помощи в системе ОМС ФОМС разработал Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утв. приказом ФОМС 01 декабря 2010 г. № 230 в ред.от 22.02.2017).Порядки оказания медицинской помощи используются экспертами при оценке соблюдения маршрутизации и этапов оказания медицинской помощи на основании письма Минздрава РФ от 30.04.2013 г. 13-2/10/2-31/3.Оценка качества (своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата) осуществляется с использованием критериев качества, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017

№ 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи". Критерии качества разработаны для групп заболеваний (состояний) и для условий оказания медицинской помощи (амбулаторные, стационарные и условия дневного стационара).

За период с 2014 по 2018 годы нами проведена ЭКМП 838 случаев оказания медицинской помощи. Из них 232 случая оказания помощи в амбулаторных условиях и 606 историй болезней больных, находившихся на лечении в условиях стационара.

Результаты анализ амбулаторных карт установили в 72% случаев оказание помощи в неотложной форме на стоматологическом хирургическом приеме в связи с наличием острого или обострения хронического воспаления, а в 28% случаях проводилась санация очагов хронической инфекции.

Оформление амбулаторных карт проведено на достаточно хорошем профессиональном уровне при наличии замечаний:

а) при постановке диагноза "Периодонтит" нечетко обоснованы показания к операции удаления зуба (степень или уровень разрушения коронки, описание деструктивных изменений костной ткани: границы, размеры, локализация);

б) при постановке диагноза "Перикоронит" не отражается стадия течения заболевания, а также встречаются взаимоисключающие диагнозы "Ретенция и Дистопия" одного и того же зуба;

в) в описании данных местного обследования при постановке диагноза "Периостит" нижней или верхней челюсти не отражается наличие воспалительного инфильтрата, его протяженность на уровне каких зубов, наличие сглаженности переходной складки и симптома флюктуации. Кроме того, при проведении лечения не отражено проведение антисептической обработки, промывание гнойной раны и полости. При повторных посещениях больного врачи не всегда отражают динамику воспалительного инфильтрата, а указывают только на наличие или отсутствие выделения гнойного экссудата из раны. В тех случаях, когда предварительный диагноз ставится под вопросом, после операции периостотомии он (диагноз) должен быть подтвержден либо снят.

Экспертиза качества медицинской помощи в условиях стационара ОЧЛХ и хирургических отделений при ЦРБ Забайкальского края заслуживает большего внимания, так как в них проводится оказание высокотехнологической медицинской помощи (ВМП) в плановой форме по программе ОМС. При выполнении высокотехнологичных операций оформление карт и обследование пациентов проводится с соблюдением всех правил и проходит многоуровневый контроль в медицинской организации. Кроме того, высокое качество оформления документации в определенной степени обусловлено меньшим количеством больных.

Между тем, документация напациентов, которые обращаются по неотложным показаниям и в плановом порядке оформляется часто некачественно и с большим числом различных замечаний:

а) жалобы описываются кратко, не конкретно и не всегда соответствуют заболеванию;

б) анамнестические данные не всегда отражают хронологию течения заболевания, динамику течения местного процесса и общего состояния;

в) при описании данных общего обследования врачи часто не отражают имеющиеся изменения в основных системах организма у данного пациента.

Наиболее серьезные и частые замечания выявляются при описании данных местного и дополнительного обследования.

При постановке диагноза "Перелом нижней челюсти" не отражается:

- степень открывания рта;
- разобщение прикуса, величина, на каком протяжении;
- наличие патологической подвижности отломков, на каком уровне;
- не отражается разрыв слизистой, на уровне какого или между какими зубами, наличие отделяемого из раны и состояние слизистой;
- отношение зуба к линии перелома, его состояние;

- наличие данных за ушиб мягких тканей;
- при описании рентгенологического обследования не корректно описывается линия "просветления", положение отломков и величина смещения отломков;
- при проведении лечения не отражается, проведена репозиция отломков или нет, состояние прикуса, т.к. от этого будет зависеть необходимость и обоснование повторного вмешательства;
- в написании дневников наблюдения необходимо, помимо общего состояния, в локальном статусе отражать фиксацию шин и спиц, гигиену полости рта, сохранение межчелюстной фиксации, прикус зуба или лунки в линии перелома, слизистой оболочки;
- часто преждевременная выписка пациентов из стационара с фиксирующими элементами и в условиях межчелюстной фиксации не обосновывается врачом в истории болезни;
- иногда цель лечения, определенная при госпитализации, не соответствует состоянию больного на момент выписки.

При оформлении карт стационарных больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области выявляются следующие ошибки:
- описание жалоб неконкретное и носит обобщенный характер. Например, при поступлении больной жалуется на нарушение общего состояния, а при оформлении общего состояния врач изменений не обнаруживает;
- в анамнезе развития заболевания очень кратко и не в хронологическом порядке констатируются возникающие изменения как общего, так и местного характера;
- данные локального статуса оформляются с неправильным названием анатомических областей и топографии; ограничиваются описанием "отека", без описания качественных изменений тканей (инфильтрация её размеры, границы, наличие или отсутствие болезненности, цвета покровных тканей, симптом флюктуации, функциональных нарушений и др.);
- при наличии рентгенологических методов обследования записывается вывод под диагноз, а не описание рентгенограмм с выявленными или отсутствующими изменениями;
- обоснование диагноза оформляется банальной фразой "Диагноз выставлен на основании жалоб, анамнеза, данных местного и рентгенологического обследования", без указания четких жалоб, симптомов и данных, характерных заболеванию;
- диагноз приредко встречающихся заболеваний формулируется не по МКБ-10;
- запись в дневниках наблюдения проводится не ежедневно до стабилизации заболевания, далее через 2-3 дня;
- при проведении общеклинического минимума обследования врач не всегда отражает в дневнике выявленные высокие или низкие значения, а также не проводит повторный забор биологических жидкостей при наличии изменений;
- не выполняются контрольные анализы перед выпиской при госпитализации более 10 дней, при отсутствии изменений и обязательно при изменениях в предыдущих;
- при выписке отсутствуют рекомендации для консультации смежных специалистов по данным лабораторных исследований или повторного исследования;
- не указывается на момент выписки, требует ли состояние только наблюдения или долечивания в амбулаторно поликлинических условиях;

Современное ведение карт с использованием компьютеров, шаблонов облегчает работу врача, но при этом выявляется большое количество ошибок, опечаток, которые затрудняют или даже не позволяют качественно провести экспертизу.

Вышеизложенные факты, как правило, не только могут влиять на качество лечения, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, приводят к нерациональному использованию ресурсов и экономическому ущербу. Современная организация управления качеством на территориальном уровне должна использовать значимые и постоянно контролируемые результаты оценки качества с целью предупреждения дефектов в процессе оказания медицинской помощи.

УДК 614.2:658.5-061.1

Чепцов Ф.Р.

ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.

ГУЗ "Городская клиническая больница №1", г.Чита

Введение. Государственное учреждение здравоохранения "Городская клиническая больница № 1" города Читы Забайкальского края (далее - ГУЗ "ГКБ № 1") основано в 1894 году как городская лечебница на 10 мест, в 1910 году расширена до 110 коек, в 1960 году больница располагала 160 специализированными койками, в 1986 году, по завершению строительства 5-этажного корпуса, количество коек составило 600. В настоящее время ГУЗ "ГКБ № 1" - крупная многопрофильная медицинская организация города Читы, обеспечивающая в полном объеме экстренную помощь (в течение 5 дней в неделю, а по отдельным профилям ежедневно круглосуточно (токсикология, ожоговая травма, кардиология), плановую и консультативную первичную медико-санитарную (в том числе, специализированную), специализированную (в том числе, высокотехнологичную в амбулаторных и стационарных условиях). Расширяется перечень услуг при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в августе 2015 г. получена лицензия на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилям: оториноларингология (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмология, ревматология, урология, хирургия (абдоминальная), эндокринология. Возможности предоставления данного вида медицинской помощи расширены за счет введения его в программу ОМС.

На протяжении последних лет в ГУЗ "ГКБ № 1" продолжается работа по внедрению новых медицинских технологий, малоинвазивных вмешательств при лечении желчнокаменной болезни, пластике пищеводных грыж диафрагмы, паховых грыж. Успешно применяются программированные релапаротомии при лечении перитонитов, установка имплантов из металла с памятью формы при наложении анастомозов, вак-терапия при гнойно -септических процессах. В оториноларингологическом отделении внедрен метод пластики дефектов лицевого скелета пластинами из никелида-титана. В отделении травматологии расширяется перечень эндоскопических операций на крупных суставах, увеличивается число малоинвазивных операций на длинных трубчатых костях, позвоночнике, что позволяет сокращать сроки лечения пациентов в стационаре и улучшать процесс реабилитации. В 2017 г. введен в эксплуатацию и начал работу кардиологический и ожоговый корпус.

Медицинская помощь пациентам в ГУЗ "ГКБ № 1" оказывается в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России и на основе стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций и протоколов ведения больных. Больница оснащена современным медицинским оборудованием (компьютерные томографы, эндоскопические и лапароскопические стойки, УЗИ-аппараты экспертного класса, офтальмологическое оборудование: оптический когерентный томограф, аргоновый лазер, фоторегистраторы). Кадровая политика в ГУЗ "ГКБ № 1" направлена на совершенствование подготовки медицинского персонала. Бесплатное оказание медицинской помощи осуществляется на основании Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края. Оплата стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу идентичных по ресурсоемкости и затратности заболеваний - КСГ направлена на достижение более полного учета затрат на лечение различных групп заболеваний и оптимизацию средних сроков лечения (2015 год - 10,1; 2016 год - 10,0; 2017 год - 9,5). К преимуществам системы определения фиксирован-

ной суммы в расчете на случай госпитализации, размер которой зависит от диагноза, категории пациента относится, в первую очередь, исключение оказания медицинских услуг без необходимости для пациента, дублирования дополнительных методов обследования и лабораторных исследований, определение доли сложных случаев лечения в структуре оказания медицинской помощи.

Внутренний контроль качества медицинской помощи. В соответствии со ст. 90 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" формирование системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее - внутренний контроль) является полномочием руководителя медицинской организации. В ГУЗ "ГКБ № 1" внутренний контроль организован в соответствии с локальными нормативными актами, утвержденными главным врачом, направленными на повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи. Внедрение внутреннего контроля на основе разработанных внутренних нормативных актов является эффективной системой для формирования и реализации управленческих решений с целью повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Подходы, используемые при организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГУЗ "ГКБ № 1", направлены на удовлетворение потребностей пациентов, обеспечение координированной работы профильных отделений и структурных подразделений больницы, поддержание на должном уровне и совершенствование качества оказания услуг. В больнице назначен ответственный за внутренний контроль, определен порядок внутреннего контроля, определена периодичность проведения контроля, ежегодно формируются планы повышения качества медицинской помощи, вопросы обеспечения внутреннего контроля включены в работу врачебной комиссии. В ГУЗ "ГКБ № 1" внутренний контроль осуществляется на 4-х уровнях: 1 уровень: заведующий отделением с учетом самоконтроля врача. Самоконтроль осуществляется лечащими врачами ГУЗ "ГКБ № 1" на всех этапах лечебно - диагностического процесса, отражается в медицинской документации пациентов. Проводится анализ качественных и количественных характеристик состояния здоровья пациента, определяется правильность тактики обследования и лечения на основе действующих стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных. В рамках самоконтроля лечащим врачом выявляются дефекты на этапе поступления пациента в ГУЗ "ГКБ № 1" с целью предупреждения непрофильной и необоснованной госпитализации. Заведующими отделениями проводится текущая экспертная оценка качества оказанной медицинской помощи пациентам в ходе лечения, контроль состояния и использования материально-технических ресурсов; анализ медицинской документации пациентов по законченному случаю в 100%; ежемесячно определяется уровень качества лечения (УКЛ) по каждому врачу и в целом по отделению. 2 уровень: заместители главного врача осуществляют оценку качества медицинской помощи в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами ведения пациентов, текущий контроль и по законченным случаям (по медицинской документации, а также при личном осмотре пациентов), анализ работы структурных подразделений по качественным и количественным показателям, оперативное управление действиями персонала ГУЗ "ГКБ № 1", координацию взаимодействия (взаимоотношения) персонала и пациента, экспертизу сложных клинико-экспертных случаев и случаев, подлежащих обязательному экспертному контролю, оценку состояния и использования материально-технических ресурсов, контроль организации противоэпидемического режима, анализ обеспеченности отделений ГУЗ "ГКБ № 1" лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения и их рационального использования; соблюдения фармакологического порядка, контроль организации лечебного питания, анализ организации работы вспомогательных служб, оценку удовлетворенности пациентов качеством ме-

дицинской помощи, анализ дефектов оказания медицинской помощи с последующей разработкой и проведением мероприятий по устранению и предупреждению дефектов оказания медицинской помощи, контроль соблюдения требований к качеству оформления медицинской документации. По данным 2 уровня внутреннего контроля определяется ежемесячно УКЛ по каждому отделению ГУЗ "ГКБ № 1". Совместно с руководителями подразделений на основании протоколов экспертной оценки медицинской помощи заместители главного врача проводят анализ работы каждого подразделения с отработкой мероприятий по улучшению качества медицинской помощи. 3 уровень: врачебная комиссия, осуществляющая свою деятельность в соответствии с Порядком, утвержденным главным врачом. В структуре врачебной комиссии ГУЗ "ГКБ № 1" организованы подкомиссии: по экспертизе временной нетрудоспособности; формулярная подкомиссия; лечебно-контрольная подкомиссия (ЛКК); подкомиссия по изучению летальных исходов (КИЛИ); подкомиссия по отбору пациентов на высокотехнологичную медицинскую помощь; подкомиссия по инфекционному контролю. Определены составы подкомиссий врачебной комиссии ГУЗ "ГКБ № 1", разработаны и утверждены положения о ВК и подкомиссиях, графики работы, форма протокола заседаний и отчета о работе ВК. За 2015-2017 гг. проведено 2919 заседаний врачебной комиссии, в том числе, по вопросам обеспечения внутреннего контроля - 53. 4 уровень: отдел оценки контроля качества медицинской помощи, осуществляющий свою деятельность в соответствии с утвержденным Положением. Отдел организует и контролирует проведение внутреннего контроля, организует и координирует проведение плановых и внеплановых контрольных мероприятий, осуществляет взаимодействие с контрольными и надзорными органами и организациями в рамках государственного, ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Диагностические службы ГУЗ "ГКБ № 1" осуществляют внутренний контроль на основе имеющихся критериев в соответствии с технологическими стандартами. Экспертиза сестринской помощи в ГУЗ "ГКБ № 1" осуществляется комиссией по проведению ранжирования отделений больницы и медицинских сестер внутри отделений на основе критериев оценки качества профессиональной деятельности среднего медицинского персонала всех специальностей. Объектом внутреннего контроля определен процесс оказания медицинской помощи, задачами внутреннего контроля являются: проведение контрольных мероприятий в рамках обеспечения качества и доступности медицинской помощи, оказанной пациентам, безопасности медицинской деятельности ГУЗ "ГКБ № 1", выявление дефектов медицинской помощи, установление причин их возникновения и степени влияния на здоровье пациентов; изучение удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью; проведение анализа результатов внутреннего контроля; подготовка и принятие управленческих решений, направленных на повышение качества и эффективности медицинской помощи, на устранение причин дефектов. В ГУЗ "ГКБ № 1" внутренний контроль осуществляется в виде: планового (на основании годового плана), внепланового, целевого (анализ достижения определенных показателей работы; выявление причин отклонения от стандартов медицинской помощи; анализ оформления медицинской документации пациентов), предварительного контроля (на входе (1 уровень); текущего активного контроля процесса (1-4 уровни контроля); заключительного пассивного контроля на выходе (результата): (1,2,4 уровни) с учетом самоконтроля врача). Внутреннему контролю подлежат показатели работы структурных подразделений и отделений стационара ГУЗ "ГКБ № 1", выполнение требований Положений об отделениях, уровень кадрового обеспечения и материально-технического оснащения в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, выполнение стандартов медицинской помощи, экспертиза временной нетрудоспособности, качество оформления медицинской документации, организация лекарственного обеспечения и фармакологического порядка, соблюдение требований безопас-

ности медицинских изделий, обеспечение санитарно-эпидемиологического режима, работа с медицинскими отходами, организация лечебного питания, обеспечение информированности пациентов, мероприятия по медицинской профилактике, организация оказания платных услуг, результаты вневедомственного контроля, уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, соблюдение медицинскими работниками ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности; деятельность службы охраны труда, обеспечение техники безопасности и пожарной безопасности.

При проведении внутреннего контроля в ГУЗ "ГКБ №1" обеспечивается обратная связь с персоналом больницы, приказами главного врача определяются сроки проведения мероприятий по устранению дефектов (в случае выявления), назначаются ответственные лица и осуществляется обязательный контроль исполнения принятых управленческих решений. В 2015-2017 гг. проведены 64 плановые проверки; внеплановые контрольные мероприятия: 28 внеплановых проверок качества оказания медицинской помощи пациентам, 90 проверок выполнения стандарта ведения медицинской документации; 31 служебное расследование; 10 заседаний комиссии по защите прав пациентов; 11 заседаний Этической комиссии ГУЗ "ГКБ № 1". Нарушения устраняются в процессе проведения контрольных мероприятий либо в сроки, указанные в актах проверок. Информация об устранении дефектов, выявленных в процессе проверок, предоставляется в отдел оценки контроля качества медицинской помощи ГУЗ "ГКБ № 1" в установленные комиссией сроки.

По результатам проведенного внутреннего контроля планируются и реализуются мероприятия, направленные на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи, на устранение причин, вызвавших возникновение дефектов медицинской помощи, на повышение качества и эффективности оказываемой медицинской помощи: 1) организационные мероприятия - проведение совещаний, конференций, инструктажей; издание приказов, инструкций, регламентов; совершенствование организационных технологий оказания медицинской помощи; 2) образовательные мероприятия - проведение клинических разборов и конференций, направление медицинских работников на повышение квалификации (в том числе внеплановое), обеспечение мотивации медицинских работников к самообразованию (в том числе, с применением современных информационных технологий (сети Интернет, электронной медицинской библиотеки); 3) дисциплинарные мероприятия - применение дисциплинарных взысканий в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации и должностными инструкциями работников; 4) применение административных взысканий. Результаты внутреннего контроля применяются для определения размера выплат стимулирующего характера медицинским работникам в соответствии с Положением об оплате труда ГУЗ "ГКБ № 1". Отчеты о проведенном внутреннем контроле доводятся до сведения главного врача ГУЗ "ГКБ № 1" и заведующих отделениями ежемесячно, до сведения медицинских работников больницы - не реже, чем 1 раз в 6 месяцев. В соответствии с уровнями внутреннего контроля в больнице ведутся журналы контроля, ежеквартально определяется уровень качества лечения (УКЛ) по каждому врачу, в целом по отделениям.

Сотрудниками отдела оценки контроля качества медицинской помощи ГУЗ "ГКБ № 1" осуществляется анализ результатов вневедомственной экспертизы качества, проводимой экспертами страховых медицинских компаний, формируются управленческие решения по устранению и предотвращению дефектов, в определенных случаях оформляются протоколы разногласий, претензии. По результатам данного раздела работы сумма недоплат средств ОМС по результатам проведения МЭК в 2016 году снизилась на 28,0% по сравнению с 2015 годом, в 2017 году уменьшилась на 55% по сравнению с 2016 годом, по результатам ЭКМП в 2016 году сумма недоплат уменьшилась на 25,0% по сравнению с 2015 годом, в 2017 году снизилась на 9,0% по сравнению с 2016 годом. В ГУЗ "ГКБ № 1" проводится

работа по использованию в рамках внутреннего контроля критериев оценки качества медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 года № 203н. Критерии распределены: по условиям оказания медицинской помощи: стационар, травматологический пункт; по группам заболеваний (состояний) в соответствии с ч. III вышеуказанного приказа Минздрава России с учетом: значения показателей: "Да" - 1 балл, "Нет" - 0 баллов; уровней результативности в зависимости от клинической ситуации: 50% - неудовлетворительно, 51-75% - удовлетворительно, 76-100% - "хорошо". Анализ удовлетворенности пациентов качеством и доступностью медицинской помощи осуществляется в ГУЗ "ГКБ № 1" в соответствии с ежегодно утверждаемым графиком анкетирования по отделениям. Анкетирование проводится по отделениям с детализацией причин неудовлетворенности пациентов (при наличии), приказы на проведение анкетирования с указанием отделений и количества респондентов подписываются главным врачом больницы ежеквартально. Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи проводится 1 раз в 3 месяца. За 2015- 2017 гг. в анкетировании приняли участие 2860 респондентов, результаты опросов пациентов используются для оптимизации деятельности отделений и структурных подразделений больницы, учитываются при организации взаимодействия с партнерами (в т.ч. ООО "МЕДФУД" по вопросам организации питания пациентов). Уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи составляет на протяжении трех последних лет более 70,0%.

Работа с обращениями граждан осуществляется в соответствии с действующим законодательством. В ГУЗ "ГКБ № 1" утвержден Порядок работы с обращениями граждан, рассмотрение которых проводится в форме внеплановых проверок качества оказания медицинской помощи пациентам, служебных расследований в случае дисциплинарных нарушений со стороны персонала больницы, заседаний Комиссии по защите прав пациентов по письменному заявлению обратившегося, Этической комиссии по фактам нарушений принципов пациентоориентированности. Разработаны положения о проведении каждого типа вышеуказанных контрольных мероприятий, функционирует телефон "Горячей линии", выделен специальный раздел на официальном сайте больницы в сети Интернет, организован личный прием граждан главным врачом и его заместителями. Количество поступающих в ГУЗ "ГКБ № 1" обращений на протяжении последних лет не уменьшается, что связано с высоким уровнем информированности граждан о своих правах и гарантиях, предоставляемых государством, имеющейся возможности у населения напрямую обратиться в контролирующие органы, в том числе, посредством электронных заявлений. Отмечается снижение числа личных обращений граждан в ГУЗ "ГКБ № 1" по вопросам качества оказания медицинской помощи.

Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья граждан (гл. 4 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"), права и обязанности застрахованных лиц (ст. 16 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации") размещены на информационных стендах, у кабинета главного врача, на официальном сайте ГУЗ "ГКБ № 1", в приемных отделениях больницы, в холле для посетителей хирургического корпуса, в травматологическом пункте, на информационных стендах в отделениях ГУЗ "ГКБ № 1". Пациенты ГУЗ "ГКБ № 1" имеют возможность получить информацию на информационных стендах и официальном сайте gkb.med75.ru о больнице как юридическом лице, о лицензии, транспортной доступности, режиме работы; видах оказываемой медицинской помощи, профессиональной и квалификационной подготовке специалистов, оказывающих медицинскую помощь в ГУЗ "ГКБ № 1"; вакансиях; об объеме, порядке и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи, Территориальной программе государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, в том

числе, перечне гарантированных лекарственных средств и расходных материалов, показателях качества и доступности медицинской помощи, профилактических мероприятиях, проводимых в рамках территориальной программы ОМС; платных медицинских услугах, специалистах, их предоставляющих, прейскуранте цен и форме договора на оказание платных услуг; категориях лиц, имеющих право на внеочередное обслуживание; контролирующих организациях и страховых медицинских компаниях, имеющих договоры с больницей. В больнице является действующим приказ от 17.03.2015 года № 180 "Об обеспечении информированности пациентов о правах при получении медицинской помощи в государственном учреждении здравоохранения "Городская клиническая больница № 1".

В соответствии с данным приказом заведующими отделениями ГУЗ "ГКБ № 1" систематически актуализируется информация, размещаемая для пациентов, с учетом вышеуказанного информационного письма; обеспечено информирование пациентов о: наличии лицензии ГУЗ "ГКБ № 1" на медицинскую деятельность; наличии свидетельства о регистрации ГУЗ "ГКБ № 1" в налоговом органе; режиме работы отделения; видах и условиях предоставления медицинской помощи; сотрудниках отделения и их профессиональной подготовке (с учетом информации о персональных данных); рабочих номерах телефонов администрации ГУЗ "ГКБ № 1"; адресах и контактных телефонах контролирующих организаций (Территориального органа Росздравнадзора по Забайкальскому краю, Управления Роспотребнадзора по Забайкальскому краю); страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; об оказании платных услуг в отделении. Обеспечено ношение персоналом отделений бейджей с указанием фамилии, имени, отчества, должности сотрудников. Для пациентов в ГУЗ "ГКБ № 1" размещена информация о порядке рассмотрения обращений граждан (Федеральный закон от 02.05.2006 года № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации") и порядке обжалования действия (бездействия) персонала больницы, о работе комиссии по защите прав пациентов, контактные телефоны ответственных лиц. В хирургическом и терапевтическом корпусах ГУЗ "ГКБ № 1" размещены ящики для письменных обращений граждан. Главный врач и заместители главного врача ГУЗ "ГКБ № 1" осуществляют личный прием в соответствии с графиками личного приема. Графики личного приема граждан размещены на информационных стендах и официальном сайте ГУЗ "ГКБ № 1" gkb.med75.ru., на личный прием гражданин может записаться заблаговременно по телефонам приемной больницы. Заведующими отделениями ГУЗ "ГКБ № 1" обеспечена организация учета мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи на основе проведения регулярного анализа книги отзывов и предложений в процессе обходов в отделениях и ежемесячное предоставление анализа мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи с приложением книг отзывов и предложений в отдел оценки контроля качества медицинской помощи ГУЗ "ГКБ № 1". Жалобы пациентов, оформленные в книгах отзывов и предложений, рассматриваются в установленном порядке. Благодаря системному подходу к работе с обращениями граждан обоснованность жалоб, поступивших в ГУЗ "ГКБ № 1", снизилась в течение трех последних лет, в среднем, на 10,0%.

В рамках внутреннего контроля в ГУЗ "ГКБ № 1" в 2015-2017 гг. принято либо актуализировано порядка 80 нормативных актов, регламентирующих: деятельность структурных подразделений, работу первичного сосудистого отделения, совершенствование оказания высокотехнологичной медицинской помощи, организацию платных медицинских услуг, работу врачебной комиссии и ее подкомиссий, деятельность врачей - консультантов, не являющихся сотрудниками больницы, правила созыва консилиума врачей, организацию административных обходов, оформление медицинской документации, применение стандартов качества оказания государственных услуг в сфере здравоохранения и критериев оценки качества медицинской помощи, процесс внедрения в практическую деятель-

ность профессиональных стандартов, правила поведения пациентов в стационаре, обеспечение информированности пациентов о работе больницы и правах при получении медицинской помощи и т.д.

Заключение. С целью повышения эффективности системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в ГУЗ "ГКБ № 1" определены основные направления в работе: 1) совершенствование оказания медицинской помощи пациентам на основе стандартов медицинской помощи; организация экстренной и требующей немедленного оказания медицинской помощи в условиях стационара; повышение эффективности работы приёмного отделения (своевременная дифференцировка потока пациентов в соответствии с тяжестью состояния); 2) обеспечение преемственности медицинской помощи в процессе перевода пациентов в другие медицинские организации с целью предотвращения нарушения принципа непрерывности предоставления медицинской помощи: разработка инструкций передачи информации, обеспечение мониторинга и обратной связи между направляющей и принимающей медицинской организациями, создание единых форм сопровождающей документации; 3) профилактика неблагоприятных исходов, связанных с оперативными вмешательствами за счёт соблюдения последовательности хирургического лечения, выполнения клинических протоколов и клинических рекомендаций, эффективного обезболивания; снижение рисков при переливании донорской крови и её компонентов, препаратов из донорской крови; 3) обеспечение эпидемиологической безопасности: предотвращение развития возможных инфекционных заболеваний, возникающих при оказании медицинской помощи, минимизация риска получения инфекции, связанной с предоставлением медицинской помощи за счет своевременного использования средств индивидуальной защиты, соблюдения принципов личной гигиены, реализации принципов стерилизации медицинских изделий и дезинфекции помещений, преимущественного использования изделий однократного применения, утилизации медицинских отходов установленным образом, соблюдения технологии транспортировки и хранения биологического материала; 4) эффективное и безопасное применение лекарственных средств, исключение ошибок в процессе назначения, разведения, дозирования лекарственных препаратов, строгое соблюдение способов приема, правил введения; 5) контроль качества и безопасности оборота медицинских изделий, соблюдение установленных правил закупки, упаковки, маркировки, хранения, учета, эксплуатации, технического контроля исправности; обучение персонала и пациентов вопросам безопасности обращения медицинских изделий; 6) обеспечение безопасности среды в больнице, организация ухода за пациентами, мероприятия по профилактике пролежней и падений; 7) неукоснительное соблюдение принципов пациентоориентированности, соблюдение Кодекса профессиональной этики и служебного поведения работников медицинских организаций, осуществляющих свою деятельность на территории Забайкальского края; 8) актуализация локальной нормативной базы осуществления внутреннего контроля, том числе, вспомогательных подразделений больницы, разработка и внедрение формализованных форм медицинской, учетно-отчетной документации, преимущественное использование результатов контроля с целью стимулирования работников больницы, постепенный переход от штрафных санкций к методам поощрения; 9) обеспечение участия представителей планово - финансовой, юридической, хозяйственной служб в проведении контрольных мероприятий, комплексном решении вопросов организации лечебного процесса; 10) проведение оценки качества оказания медицинской помощи на основе критериев, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации; 11) повышение роли 1-ого уровня внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГУЗ "ГКБ № 1" в организации оказания медицинской помощи пациентам, в том числе обеспечении мониторинга состояния и использования материально-технических ресурсов, своевремен-

ности технического обслуживания и состояния медицинской аппаратуры, организации лечебного питания, обеспечения и использования лекарственных препаратов, своевременности профессиональной подготовки и повышения квалификации персонала. Данные направления позволят обеспечить комплексное проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности ГУЗ "ГКБ № 1" с учетом режима работы и функциональных особенностей отделений и структурных подразделений больницы. В перспективе персоналу ГУЗ "ГКБ № 1" предстоит совершенствование деятельности по повышению доступности и качества медицинской помощи пациентам, обеспечение работы кардиологического и ожогового центра, дальнейшее совершенствование медицинской помощи пациентам с сосудистыми заболеваниями в рамках первичного сосудистого отделения, продолжение оптимизации коечного фонда путем перепрофилирования имеющихся коек без сокращения коечного фонда, расширение использования информационных технологий в процессе организации оказания медицинской помощи населению.

Литература:

1. Федеральный закон РФ от 02 мая 2006 года № 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" (в редакции Федеральных законов от 29.06.2010 года № 126-ФЗ, от 27.07.2010 года № 227-ФЗ, от 07.05.2013 года № 80-ФЗ, от 02.07.2013 года № 182-ФЗ, с изменениями, внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 18.07.2012 года № 19-П).
2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации").
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской федерации от 05.05.2012 года № 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (в редакции приказа Минздрава России от 02.12.2013 года № 886н).
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 08.10.2015 года № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки".
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 года № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи".
7. Письмо ФФОМС от 10.06.2014 года № 3109/30/и "О направлении информационного письма": информационное письмо об обеспечении информированности застрахованных лиц о правах при получении медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования.
8. Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 24.07.2009 года № 608 "Об утверждении положения о порядке создания и деятельности комиссии по защите прав пациентов" (в редакции приказа Министерства здравоохранения Забайкальского края от 12.10.2009 года № 664).
9. Распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 06.03.2012 года № 429 "Об установлении методических рекомендаций по оформлению карты стационарного больного, карты амбулаторного больного, истории развития новорожденного и истории развития ребенка".
10. Распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 22.07.2013 г. № 1233 "Об утверждении анкеты для изучения мнения населения о доступности и качестве оказания медицинской помощи в Забайкальском крае".

УДК 614.2

Бянкин С.Ю., Иванова М.В.

ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ГАУЗ "ШИЛКИНСКЯ ЦРБ"

ГАУЗ "Шилкинская ЦРБ", Забайкальский край

В последние десятилетия в Российской Федерации наблюдаются активные преобразования в сфере медицины, вызванные объективной необходимостью повышения качества и доступности оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению. Однако для регионов, отдаленных от центра страны, к числу которых относится и Забайкальский край, достижение важнейших стратегических задач, связанных с организацией профилактических мероприятий и оказанием качественных медицинских услуг, в силу финансовых, организационных и других проблем остается затруднительным. Одним из способов оптимизации деятельности медицинских организаций в регионах страны является использование технологий телемедицины, которые, в соответствии с Концепцией развития здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г., признаны приоритетными направлениями современной медицины.

Важнейшим фактором, обуславливающим необходимость внедрения телекоммуникационных технологий в деятельность ЦРБ Шилкинского района, является географический фактор, заключающийся в территориальной отдаленности района от столицы Забайкальского края, ее ведущих медицинских организаций и территориальная разрозненность структурных подразделений ЦРБ, осуществляющих медицинское обслуживание населения 43 населенных пунктов Шилкинского района. В особых территориально-географических условиях района необходимость применения телемедицинских технологий продиктована потребностью активного взаимодействия ЦРБ и входящих в ее структуру УБ, СВА и ФАПов, в целях обеспечения связи с медицинскими организациями Забайкальского края, обмена опытом, проведение видео-консилиумов, преодоления проблемы дефицита высококвалифицированных кадров ,необходимого оборудования, повышения качества консультативной, диагностической лечебной помощи, дистанционное обучение медицинского персонала.

С учетом названных обстоятельств целью проекта стало внедрение телемедицинских технологий в структурных подразделениях ЦРБ. Задачи проекта сводятся к рассмотрению теоретических основ телемедицины, анализу российского и зарубежного опыта применения телемедицинских технологий, анализу деятельности ЦРБ Шилкинского района как объекта исследования, разработке этапов реализации проекта с обоснованием кадрового и технического обеспечения, оценке социально-экономической и медицинской эффективности проекта.

В целях обоснования необходимости создания телекоммуникационного центра, определения перспектив реализации проекта проведен социологический опрос, направленный на выявление уровня востребованности телемедицинских услуг среди населения, а также готовности пациентов к участию в телемедицинском взаимодействии. По результатам опроса выявлено, что отношение к телемедицине и ее возможностям у населения в целом положительное. Большая часть опрошенных пациентов считает телемедицину перспективным направлением, позволяющим повышать качество, оперативность и доступность медицинских услуг и готова к участию в медицинском телекоммуникационном взаимодействии. При этом востребованными для пациентов Шилкинского района являются различные направления телемедицины, среди которых и те, реализация которых планируется в рамках проектируемого телемедицинского центра - телеконсультации, телediагностика, телемониторинг, а также домашняя телемедицина.

В процессе разработки проекта применялись такие методы, как наблюдение, анализ и

синтез, метод сравнения, методы расчета экономической эффективности, методы статистической обработки данных, социологический опрос.

Организация деятельности телемедицинского центра должна соответствовать принципу легитимности (соответствия законодательству в области телемедицины), принципу эффективности (рациональному использованию ресурсов учреждения, достижению окупаемости), принципу медицинской этики.

В правовом поле телемедицине отдельно необходимо выделить проблему защиты персональных данных, что в практической деятельности телемедицинского центра означает обязательное наличие письменного согласия пациента на услуги в сфере медицины, возможности передачи информации о состоянии здоровья пациента. При оказании телемедицинских услуг в этой связи особую актуальность имеют ФЗ "О персональных данных", а также Указ Президента "О перечне сведений конфиденциального характера".

На основании Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации, действующих федеральных законов о телемедицине, разработаны общие положения деятельности, задачи и функции телемедицинского центра на базе ГАУЗ "Шилкинская ЦРБ", разработана структура телемедицинского центра.

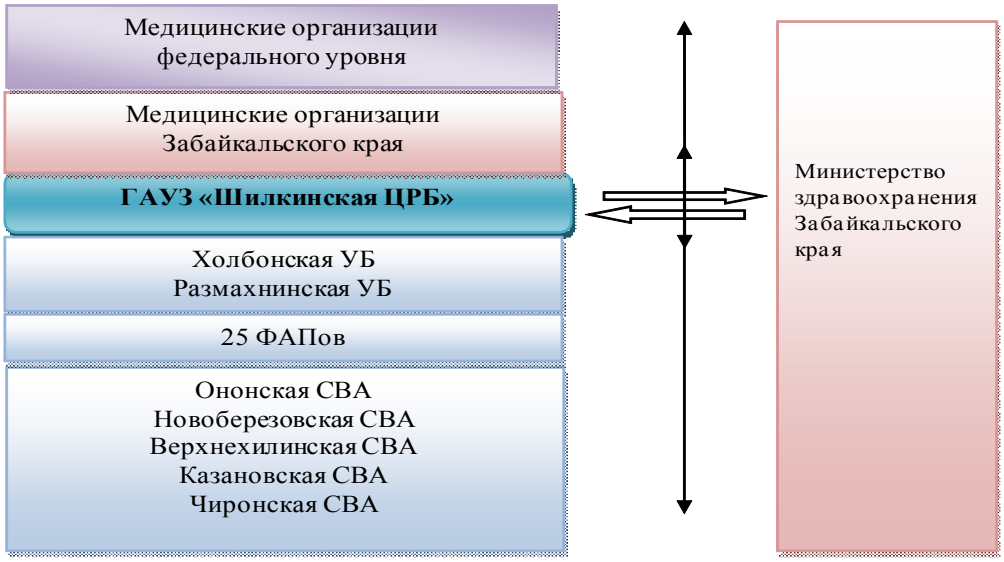


Рис. 1. Организационная схема телемедицинского центра.

Согласно разработанной схеме, телемедицинское взаимодействие будет осуществляться на 3 уровнях.

На межрегиональном уровне устанавливается взаимодействие с медицинскими организациями других регионов с целью проведения телеконсультаций, диагностических исследований, обмена информацией, способствующей повышению уровня и качества обслуживания пациентов.

На региональном уровне обеспечивается информационное взаимодействие с Министерством здравоохранения Забайкальского края, территориальным фондом ОМС, организация телеконсультаций и телediагностики пациентов с лечебно-профилактическими учреждениями г. Читы.

На районном уровне устанавливается связь с участковыми больницами, фельдшерско-акушерскими пунктами, сельскими врачебными амбулаториями.

Неотъемлемой составляющей реализации проекта является кадровое обеспечение телемедицинского центра.

Как показывает анализ релевантных источников, в России применяется два варианта кадрового обеспечения телемедицинских центров - альтруистический (без выделения от-

дельных штатных единиц и предоставления дополнительных выплат) и неальтруистический (с выделением отдельных штатных единиц и оплатой функциональных обязанностей персонала, связанных с деятельностью телемедицинского центра). В ЦРБ Шилкинского района не планируется выделение дополнительных штатных единиц для обеспечения функционирования центра, однако предусмотрены выплаты стимулирующих выплат врачам и диспетчерам, участвующим в реализации телемедицинских процедур.

Для обеспечения деятельности ТМЦ необходимы диспетчер, врач-консультант, патронажная медицинская сестра, инженер.

Задачами диспетчера являются методически правильная организация и бесперебойное проведение телемедицинских сеансов, помощь медицинским работникам в подготовке данных для телемедицинских процедур, решение экономических, организационных и других задач.

Задачами врача-консультанта выступают организация и проведение телемедицинских сеансов, предоставление консультативных заключений. Задача патронажной медицинской сестры: контроль за поступлением данных от домашних, амбулаторных и других систем телемониторинга и иных средств домашней телемедицины, осуществление медсестринского телепатронажа.

Основными задачами в деятельности инженера являются обеспечение бесперебойной работы оборудования и средств связи.

Обязательным условием эффективной реализации проекта является наличие команды, ответственной за ход осуществления проекта и мотивированной на успех.

В соответствии с многообразием задач, связанным с реализацией проекта, в состав команды вошли:

- проект-менеджер,
- администраторы проекта,
- финансовый менеджер,
- менеджеры по связи и техническому обеспечению.

Каждый участник команды наделен функциональными обязанностями в соответствии с тем направлением реализации проекта, которое он курирует.

В рамках телемедицинского центра на базе ЦРБ в первый год реализации проекта, согласно разработанному графику, предполагается реализация таких направлений, как телеконсультация, телеобучение и теледиагностика. На последующих этапах проекта внедряемыми направлениями станут: применение средств дистанционного контроля лечебных устройств (мониторы, инфузоматы, аппараты ИВЛ с портами компьютерных интерфейсов), позволяющих проводить контроль и коррекцию лечебных программ;, оснащение телемедицинского рабочего кабинета и амбулатории, создание телемедицинского пункта; развитие домашней телемедицины. В ходе реализации проекта планируется поэтапное внедрение каждого из направлений, что обеспечит планомерность и рациональность реализации проекта в соответствии с финансовыми, техническими и временными ресурсами учреждения.

Телеконсультация, как процесс дистанционного обсуждения конкретного клинического случая с целью поддержки в принятии качественного и оптимального клинического решения для оказания неотложной или плановой медицинской помощи, предполагает взаимодействие таких участников, как абонент, диспетчер и консультант. В процесс телеконсультации могут также вовлекаться непосредственно пациент (особенно в случаях синхронных телемедицинских консультаций, видеоконференций) и инженерный персонал.

Для определения цели, функций, ответственности и полномочий телемедицинского центра разработан проект положения деятельности телемедицинского центра.

На основании Приказа Министерства здравоохранения Забайкальского края от 24.11.2016 г. № 713 "Об организации службы телемедицинских консультаций в Забайкальском крае" разработан и описан алгоритм проведения телеконсультаций, который сводится к предоставлению отдаленному консультанту медицинской информации о пациенте с максимально высокой

диагностической ценностью при минимальном физическом объеме, организации эффективной обратной связи. Соблюдение телемедицинской безопасности (клинической, информационной). Определены основные показания к проведению телемедицинского консультирования на базе ТМЦ, выявлены потенциальные организационно-технические и информационные проблемы проведения телеконсультаций, предложены мероприятия по их предупреждению и ликвидации, соблюдению безопасности телемедицинского консультирования.

Согласно Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плану ее реализации, определены цели и формы обучения медперсонала ЦРБ посредством телекоммуникационных технологий.

В целях повышения качества и доступности высококвалифицированной и специализированной лечебно-профилактической помощи населению предполагается осуществление телеконсультаций в режиме реального времени (on-line), а также отложенных (off-line) консультаций. Планируется проведение телеконсультаций по схеме.

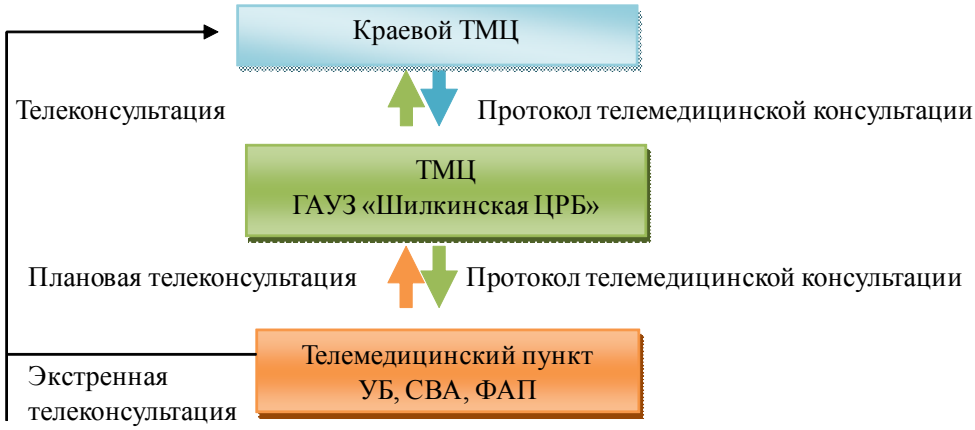


Рис. 2. Схема проведения телемедицинских консультаций

Основными этапами телеконсультаций на основании представленной схемы, таким образом, являются:

1) предоставление отдаленному консультанту медицинской информации о пациенте с максимально высокой диагностической ценностью при минимальном физическом объеме;
2) организация эффективной обратной связи.

Основными показаниями к проведению телемедицинского консультирования на базе ТМЦ станут: определение (подтверждение) диагноза; определение (подтверждение) тактики лечения; определение методов профилактики осложнений; определение показаний к переводу пациента в специализированное лечебно-профилактическое учреждение; определение показаний к очной консультации пациента врачом-специалистом; необходимость диагностики и определения тактики лечения редких, тяжелых или атипично протекающих заболеваний; необходимость выполнения нового и/или редкого вида оперативного (лечебного или диагностического) вмешательства, процедуры и т.д.; отсутствие непосредственного специалиста в данной или смежной медицинской отрасли, или отсутствие достаточного клинического опыта для диагностики или лечения заболевания; внешний аудит лечебно-диагностической работы, сомнения пациента в правильности предложенной лечебно-диагностической программы и диагнозе, разбор жалоб; оказание медицинской помощи при значительном удалении пациента от медицинских центров; невозможность преодоления географического расстояния между медицинским работником и пациентом; географическая удаленность отдельных специалистов; поиск альтернативных путей решения клинической задачи; получение дополнительных знаний и умений по конкретной клинической проблеме.

Согласно Концепции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации и плане ее реализации, посредством телекоммуникационных технологий должны быть созданы условия для реализации различных форм обучения медперсонала. К таким фор-

мам на современном этапе относятся дистанционное образование (повышение квалификации и осуществление профессиональной переподготовки медперсонала); теленаставничество - применение интерактивного контроля за действиями обучаемых во время проведения диагностических исследований или хирургических операций; научно-практические семинары для оперативного обмена информацией о новых методах диагностики и лечения, прошедших апробацию в специализированных учреждениях здравоохранения; тренинг медперсонала при освоении новых медицинских методов и инновационных информационных технологий. В ГАУЗ "Шилкинская ЦРБ" первоочередной задачей, связанной с обучением медперсонала, является проведение дистанционных семинаров для фельдшеров.

В перспективе планируется организация и проведение дистанционного обучения для медперсонала всех уровней в ведущих образовательных медицинских учреждениях страны, внедрение теленаставничества, проведение научных семинаров и тренингов, дистанционное проведение экзаменов и квалификационных тестирований в режиме реального времени.

Расчеты финансово-экономического обоснования проекта производились в постоянных ценах, действующих на момент составления бизнес-плана, с использованием исходных числовых и прочих данных.

Начало пилотной реализации проекта - май 2017 г.

Для осуществления проекта необходимо осуществить закупку необходимого оборудования. Перечень оборудования и затраты на его приобретение представлены в таблице 1.

Таблица 1

Перечень оборудования, необходимого для обеспечения телекоммуникационного взаимодействия и обмена данными

Наименование	Количество	Цена за ед., руб.	Затраты, руб.
Общее телекоммуникационное			
Цифровая фотокамера с наличием цифрового и оптического увеличения, возможностью записи видеоклипов	1	21300	21300
Многофункциональное устройство (МФУ)	19	19790	376010
Спутниковое оборудование	6	9900	59400
Планшет	19	12400	235600
Специализированное телекоммуникационное			
Клинические цифровые электрокардиографы	8	имеются в наличии	-
Усилитель биосигналов ECG Dongle Full (Кардиофлэшки) и комплектов электродов-груш для них	19	12700	241300

С целью обеспечения функционирования основной деятельности в рамках расчетов предусмотрены следующие виды затрат.

Таблица 2

Структура ежемесячных расходов

Ежемесячные расходы	руб./мес.
Поддержка линий связи (сотовая, спутниковая, стационарная) в т.ч. доступ к сети Интернет	28040
Расходы на электричество	1500
Итого	29540

Таблица 3

Общие затраты на реализацию проекта

Статьи затрат	руб.
Среднегодовые текущие затраты	354480
Единовременные затраты (инвестиции)	933610
Итого	1288090

Для реализации проекта осуществлена закупка необходимого оборудования.

Разработка и обоснование материально-технического обеспечения проекта позволила заключить, что на приобретение общего и специализированного телемедицинского оборудования требуется 933 610 руб.

Ежемесячные расходы на обеспечение функционирования основной деятельности, составят 29 540 руб., в год - 354 480 руб. Общие затраты на реализацию проекта в первый год составят 1 288 090 руб.

В рамках проекта также были произведены расчеты по оценке его эффективности. Выявлено, что народнохозяйственный экономический эффект за счет снижения смертности и возвращения к экономической деятельности трудоспособного населения 27 722 853,6 руб. дохода в год в виде ВРП. Экономия бюджетных средств за счет сокращения инвалидности составит 11 679 708 руб.

Экономия средств фонда социального страхования за счет сокращения дней нетрудоспособности для пациентов (своевременная диагностика, консультирование, снижение смертности и инвалидизации) составит 375 342,83 руб. в год.

Снижение затрат на выезды скорой помощи в села и поселки района составит 120 551,2 руб. в год; экономия затрат на обучение фельдшеров -72 000 руб. в год.

Суммарный годовой экономический эффект от организации телемедицинского центра составит 40 001 601 руб.

Чистая текущая стоимость (NPV) проекта при ставке дисконтирования 15% составит 87 838 697 руб.

Простой срок окупаемости - не более 1 года.

Дисконтированный срок окупаемости = 1 год

Данный экономический эффект ожидается за первый год реализации проекта без учета увеличения его на величину эффекта от новых спасенных и возвращенных к экономической деятельности пациентов и эффекта от сокращения инвалидизации.

Наряду с экономическим эффектом реализации проекта отмечен социальный и медицинский эффект.

В качестве социального эффекта выступает:

1) дистанционная поддержка в своевременном принятии диагностистических и клинических решений;
2) максимально эффективное использование новых медицинских технологий, географически отдаленных медицинских организаций;
4) повышение возможности средних медицинских работников по оказанию медицинской помощи населению;
5) проведение профилактической работы в населённых пунктах, испытывающих острый дефицит медобслуживания;
6) оптимизация потоков пациентов, снижение количества транспортировок;
7) непрерывное повышение квалификации медицинских работников, в том числе без отрыва от производства.

Медицинским эффектом от реализации проекта целесообразно считать:

1) снижение удельного веса диагностических ошибок;
2) снижение количества осложнений у пациентов;
3) повышение предсказуемости развития клинического состояния пациента;
4) эффективную маршрутизацию пациента;
5) снижение потерь времени от начала заболевания, обострения, травмы до предоставления специализированной и квалифицированной помощи;
6) улучшение показателей здоровья и снижение смертности жителей Шилкинского района, в т.ч. лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Реализация проекта предполагает планомерное осуществление мероприятий в соответствии с календарным графиком. Ключевыми мероприятиями на первичном этапе реализации проекта станут мероприятия, связанные с организацией работы центра, расстановкой кадров, внедрением технологий телемедицинской диагностики и телеобучения.

Телемедицина на современном этапе выступает одним из наиболее надежных и эффективных инструментов оказания качественной и оперативной помощи населению. Телемедицина открывает широкие перспективы в деятельности как отдельного учреждения, так и всей системы отечественного здравоохранения в целом. Российский и зарубежный опыт применения телемедицинских технологий доказал свою эффективность, продемонстрировал реальные возможности решения сложнейших финансовых, технических, социальных проблем в области клинической медицины.

Внедрение телемедицинских технологий в деятельность отдаленных от центра страны регионов является одной из наиболее актуальных составляющих концепции развития электронного здравоохранения в Российской Федерации. Телемедицина в регионах, отдаленных от центра страны, позволила преодолеть географические барьеры в оказании плановой и экстренной медицинской помощи, обеспечить эффективное взаимодействие лечебных и образовательных учреждений, достичь высокого уровня профессионализма в деятельности медицинских кадров.

В Шилкинском районе Забайкальского края основным фактором, обуславливающим необходимость внедрения телекоммуникационных технологий в деятельность учреждения, является географический фактор, заключающийся в территориальной отдаленности Шилкинского района от столицы Забайкальского края, ее ведущих диагностических и лечебных учреждений, а также территориальной разрозненности структурных подразделений ЦРБ. Использование телемедицинских технологий необходимо также для установления связи с диагностическими и лечебно-профилактическими учреждениями Забайкальского края, обмена опытом с ведущими лечебными и образовательными учреждениями страны, организации видеоконсилиумов, преодоления проблемы неукомплектованности квалифицированных кадров, а также недостаточной технической оснащенности учреждения диагностическим оборудованием.

Поэтапная реализация мероприятий, запланированных в рамках проекта, позволит предоставить населению Шилкинского района равный и широкий доступ к получению высококвалифицированной медицинской помощи в ближайшие 2-3 года. Оценка экономической эффективности проекта, прогнозирование его социального эффекта обосновывает перспективу укрепления конкурентной позиции ЦРБ на рынке локальных медицинских услуг, демонстрирует тем самым значимость проекта для развития региональной системы здравоохранения.

В качестве рекомендательной базы дальнейшей реализации проекта могут быть рассмотрены следующие мероприятия:

1) создание и полноценное оснащение телемедицинского рабочего кабинета;
2) оснащение телемедицинских пунктов;
3) создание телемедицинской амбулатории;
4) внедрение линий передачи информации, соответствующих международным стандартам (DICOM, SCP-ECG);
5) закупка оборудования, необходимого для обеспечения прогрессивных направлений телемедицины (мониторы, инфузоматы, аппараты ИВЛ с портами компьютерных интерфейсов);
6) внедрение и развитие прогрессивных направлений телемедицины (домашняя телемедицина, мобильная экстренная телемедицина).

Литература:
1.Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323
2. О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам изменения информационно-телекоммуникационных технологий в сфере охраны здоровья граждан и создания национальных научно-практических телемедицинских центров: Федеральный закон от 01.01. 2017 г
3. Государственная программа Российской Федерации "Информационное общество" (2011-2020 гг.)", утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 20 октября 2010 г. № 1815
4. Богдановская, И. Ю. Правовое регулирование телемедицины / И.Ю. Богдановская // Врач и информационные технологии. - 2016. - № 3. - С. 64-68.
5. Владзимирский, А. В. Телемедицина: монография / А. В. Владзимирский. - Донецк: ООО "Цифровая типография", 2011. - 437 с.
6. Лях, Ю. Е. Введение в телемедицину / Ю. Е. Лях, А. В. Владзимирский. - Донецк: ООО "Лебедь", 2013.- 134 с.
7. Воронина, Ю. Какими преимуществами обладает телемедицина / Ю. А. Воронина // Российская газета - спецвыпуск № 7006 (138). - URL: https://rg.ru/ . - 11.03.2017
8. Тихомиров, В. Б. Мобильный диагностический комплекс - телемониторинг здоровья граждан и диспансеризация / В. Б. Тихомиров // Доклады 57-го заседания рабочей группы IT-специалистов РАМН "Мобильная медицина и mHealth". - М., 2015. https://www.youtube.com/watch?v=OHXEUlm2bRw. - 04.03.2017 г.
9. Упатов, А. Телемедицина в России и за рубежом: краткий анализ. - URL: https://medaboutme.ru/zdorove/publikacii.- 17.01.2017

УДК 614.2-061.2:314.1

Громов П.В., Макаров В.Ю., Сенотрусова Ю.Е.

ОПЫТ РАБОТЫ НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ЧИТА-2 ОАО "РЖД" В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2015-2017 гг.

Негосударственное учреждение здравоохранения "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 открытого акционерного общества "Российские железные дороги" г. Чита

Введение. Негосударственное учреждение здравоохранения "Дорожная клиническая больница на станции Чита-2 открытого акционерного общества "Российские железные дороги" (далее - НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД") является одной из крупнейших медицинских организаций региона, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь населению Забайкальского края.

В системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" работает непрерывно с момента становления системы регулируемого страхования в России. Участие в реализации территориальной программы государственных гарантий является одним из приоритетных направлений работы учреждения.

В современных условиях интеграция организаций сети здравоохранения ОАО "РЖД" - "РЖД-Медицина" в государственную систему здравоохранения позволяет эффективно реализовывать потенциал учреждений компании для обеспечения оказания населению доступной и качественной медицинской помощи [5].

Совершенствование способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС на основе использования клинико-статистических групп заболеваний, объединенных сходными методами диагностики, лечения и средней ресурсоемкостью, позволяет стимулировать медицинские организации к повышению эффективности расходования ресурсов путем увеличения хирургической активности, внедрения современных технологий в медицинскую практику, позволяющих сократить средние сроки лечения пациентов при достижении запланированного медицинского результата [1,2].

Содержание. В настоящее время в состав НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" входят: 2 поликлиники для обслуживания взрослого населения, общей плановой мощностью - 840 посещений в смену, круглосуточный стационар на 720 коек, дневной стационар при стационаре (60 коек), дневной стационар при поликлинике (40 пациенто-мест).

По данным Территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на медицинское обслуживание к НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" на 31.12.2017 года прикреплено 61 427 человек. За период 2015-2017 гг. численность прикрепленного населения имеет тенденцию к увеличению - на 8,3% (Рис. 1).

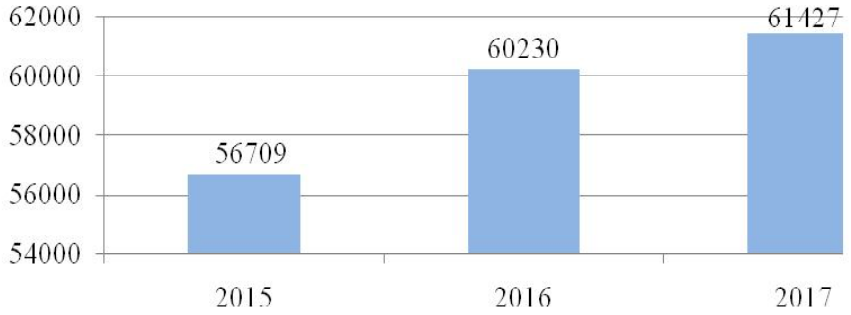


Рис. 1. Численность прикрепленного населения НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" за период 2015-2017 гг. (данные на конец года)

Рост численности населения обусловлен реализацией жителями городского округа "Город Чита" права выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

В 2016 году в рамках государственно-частного партнёрства с целью повышения доступности для населения первичной медико-санитарной помощи были открыты 3 офиса врачебной практики "Дорога к доктору", оказывающих медицинскую помощь по полису ОМС прикрепленному населению Железнодорожного, Ингодинского районов, а также жителям пригородной зоны г. Читы.

Для исследования объемов медицинской помощи, выполненных НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" в рамках реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края, проведено построение простых интервальных динамических рядов данных по отдельным объемам за период 2015-2017 гг. В случае неравномерного изменения изучаемого признака с целью определения общего тренда применялся метод выравнивания ряда путем расчета скользящей средней. Для количественной оценки динамики анализируемого явления, исследования скорости изменения процессов рассчитаны показатели динамического ряда - абсолютный прирост, темп прироста, темп роста, абсолютное значение 1% прироста.

Полученные результаты и их обсуждение. Число посещений с профилактическими и иными целями за анализируемый период изменяется неравномерно, при расчете скользящей средней выявлена тенденция к незначительному снижению изучаемого признака (Таб. 1). Следует отметить, что развитие профилактического направления первичной медико-санитарной помощи является одним из приоритетов в работе НУЗ "ДКБ на ст. Чита-

2 ОАО "РЖД". Число профилактических посещений в системе ОМС остается в учреждении на стабильно высоком уровне, составляя свыше 140 тысяч посещений ежегодно. Тенденция к снижению числа посещений с профилактическими и иными целями обусловлена совершенствованием системы учета разовых посещений по поводу заболеваний, относящихся в рамках программы государственных гарантий к категории посещений с профилактическими и иными целями, что характеризуется отрицательными показателями абсолютного прироста и темпа прироста в 2017 году.

Таблица 1

Показатели динамического ряда числа посещений с профилактическими и иными целями за период 2015-2017 гг.

	2015	**2016**	**2017**
Скользящая средняя	-	151489	149172
Абсолютный прирост (число посещений)	-	+4760	-9395
Темп прироста (%)	-	+3,2	-6,1
Темп роста (%)	-	103,2	93,9
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	1487,5	1540,2

Объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, за исследуемый период увеличились более чем в 4 раза. Максимальные значения темпа прироста отмечаются в 2017 году +134,3% (Таб. 2).

Таблица 2

Показатели динамического ряда числа посещений в неотложной форме за период 2015-2017 гг.

	2015	**2016**	**2017**
Абсолютный прирост (число посещений)	-	+6530	+19438
Темп прироста (%)	-	+82,2	+134,3
Темп роста (%)	-	182,2	234,3
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	79,4	144,7

Обращение по поводу заболевания представляет собой законченный случай лечения в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. В целом по территориальной программе государственных гарантий кратность посещений по поводу одного заболевания составляет от 2,6 до 3,2 посещения [6].

Число обращений по поводу заболеваний прикрепленного населения НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" в 2017 году имеет тенденцию к увеличению по сравнению с уровнем 2016 года - темп роста составил 195,5% (Таб. 3). Данный тренд, в том числе обусловлен изменением порядка регистрации посещений в реестре на оплату медицинской помощи в системе ОМС, когда посещения по поводу заболевания с кратностью 2 и более, приходящиеся на конец месяца, автоматически учитывались программой как разовые, то есть относились к посещениям с профилактическими и иными целями.

Таблица 3

Показатели динамического ряда числа обращений по поводу заболеваний за период 2015-2017 гг.

	2015	**2016**	**2017**
Абсолютный прирост (число посещений)	-	-99829	+46176
Темп прироста (%)	-	-67,4	+95,5
Темп роста (%)	-	32,6	195,5
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	1481,1	483,5

Объемы медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, увеличиваются на протяжении всего наблюдаемого периода (Таб. 4). Темп роста составил 170,7%. При изучении скорости изменения явления по уровням динамического ряда максимальные значения темпа прироста отмечаются в 2016 году - +61,6%. Увеличение объемов стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи свидетельствует об активном внедрении в НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" ресурсосберегающих технологий, в том числе малоинвазивных оперативных методик в рамках "хирургии одного дня".

Таблица 4

Показатели динамического ряда числа случаев лечения в дневном стационаре за период 2015-2017 гг.

	2015	2016	2017
Абсолютный прирост (число посещений)	-	+1182	+174
Темп прироста (%)	-	+61,6	+5,3
Темп роста (%)	-	161,6	105,6
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	19,2	32,8

Число случаев госпитализации в круглосуточный стационар в рамках реализации территориальной программы ОМС за анализируемый период 2015-2017 гг. имеет тенденцию к увеличению (Таб. 5). Темп роста - 144,5%. Скорость изменения явления различная, наибольшие показатели темпа прироста выявлены в 2016 году - +26,6%. Высокие значения прироста случаев лечения в круглосуточном стационаре в значительной мере обусловлены спросом на медицинские услуги учреждения среди неприкрепленного населения Забайкальского края и жителей других регионов страны как медицинской организации-исполнителя в рамках межучрежденческих и межтерриториальных расчетов.

Таблица 5

Показатели динамического ряда числа случаев лечения в круглосуточном стационаре за период 2015-2017 гг.

	2015	2016	2017
Абсолютный прирост (число посещений)	-	+2219	+1486
Темп прироста (%)	-	+26,6	+14,1
Темп роста (%)	-	126,6	114,1
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	83,4	105,4

Высокотехнологичная медицинская помощь по ОМС оказывается в НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" с 2014 года. Лечение с применением высоких технологий осуществляется по следующим профилям медицинской помощи: травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, гинекология, урология, эндокринология. На протяжении анализируемого периода отмечается тенденция к снижению объемов высокотехнологичной медицинской помощи, выполненных в рамках территориальной программы ОМС, обусловленная ежегодным уменьшением выделяемых учреждению плановых объемов по данному виду медицинской помощи (Таб. 6). Темп убыли за исследуемый период составил -30,5% при максимальной скорости изменения явления в 2017 году (-25,6%).

Таблица 6

Показатели динамического ряда числа случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи за период 2015-2017 гг.

	2015	2016	2017
Абсолютный прирост (число посещений)	-	-53	-193
Темп прироста (%)	-	-6,6	-25,6
Темп роста (%)	-	93,4	74,4
Абсолютное значение 1% прироста (число посещений)	-	8,0	7,5

Выводы. Анализ динамических рядов данных фактических объемов медицинской помощи, выполненных НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" за период 2015-2017 гг. в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края, позволяет сделать следующие выводы:

1. На протяжении всего периода наблюдения отмечен рост объемов медицинской помощи, оказанных в амбулаторных условиях - числа посещений в неотложной форме, обращений по поводу заболеваний. Число посещений с профилактическими и иными целями остается на высоком уровне за весь анализируемый период. Выявленный тренд является положительным, свидетельствует о повышении доступности первичной медико-санитарной помощи для населения. Полученные данные положительно коррелируют с ростом численности прикрепленного населения (на 8,3%), показателями заболеваемости по обращаемости (по данным формы федерального статистического наблюдения № 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации" за 2015-2017 гг.).
2. Отмечается увеличение объемов медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, что свидетельствует о широком развитии в НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" ресурсосберегающих технологий, способствующих перераспределению части объемов медицинской помощи с дорогостоящего стационарного звена на внебольничный сектор, удовлетворению потребности населения в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, достижению позитивного экономического и социального эффектов [3,4].
3. Число случаев госпитализации в круглосуточный стационар по ОМС за анализируемый период имеет тенденцию к росту, что обусловлено увеличением потребности в медицинских услугах НУЗ "ДКБ на ст. Чита-2 ОАО "РЖД" как медицинской организации-исполнителя внешних медицинских услуг среди неприкрепленного населения субъекта и жителей других регионов страны.
4. Объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС, снижаются, что связано с уменьшением выделяемых учреждению плановых объемов по данному виду медицинской помощи.

Список литературы.

1. Авксентьева М.В, Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации. Лекарственный вестник. 2016. Т. 10. 2 (62). 31-36.
2. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования. Менеджер здравоохранения. 2015. 3. 16-21.
3. Карайланов М.Г, Русев И.Т., Новицкий А.В., Прокин И.Г., Буценко С.А., Гопеенко В.В., Пономарев И.М. Эффективность применения стационарозамещающих технологий в амбулаторной практике. Medline.ru. Организация здравоохранения. 2015. Т. 16. 998-1006.
4. Лебедев Н.Н., Решетников С.В., Шихметов А.Н., Решетников В.Н. Стационарозамещающие технологии в многопрофильном клинико-диагностическом центре. Стационарозамещающие технологии: амбулаторная хирургия. 2017. 1-2 (65-66). 9-14.
5. ОАО "РЖД" продолжит работу по интеграции отраслевой медицины в общенациональную систему здравоохранения. Официальный пресс-релиз пресс-службы ОАО "РЖД [Электронный ресурс]. 2017. Режим доступа: http://press.rzd.ru/news/public/ru?STRUCTURE_ID=654&layer_id=4069&refererLayerId=3770&id=89874.
6. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год

и на плановый период 2019 и 2020 годов [Электронный ресурс]. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 декабря 2017 года № 11-7/10/2-8616. Компания "Консультант Плюс". Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285651.

УДК 614.2-061.1

Горяев Н.И.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КРАЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.

ГУЗ "Краевая больница № 3", Забайкальский край

В этом году исполняется 25 лет внедрения системы обязательного медицинского страхования в Забайкальском крае. С позиции сегодняшнего дня не лишним является воскресить в памяти особенности становления системы ОМС как в регионе, так и медицинских организациях Забайкальского края на примере ГУЗ "КБ № 3".

Страховая медицина существует более двух десятилетий, но дискуссия вокруг страхового принципа развития здравоохранения, обязательного медицинского страхования не утихает на всех уровнях. Настойчиво звучат голоса о необходимости пересмотра закона об ОМС. На рассмотрении в профильных комиссиях Государственной Думы представлено 5 законопроектов, касающихся реформирования системы ОМС в России с полярными предложениями. В этих заявлениях усматривается политическая недальновидность, рассматривание указанных изменений в условиях нестабильной экономики может вызвать прямо противоположный эффект. Любые изменения в настоящее время могут быть направлены не на созидание, а могут привести к непредсказуемым последствиям, ведущим к перестройке системы с обрывом всех налаженных связей, что однозначно негативно отразится на деятельности медицинских организаций. Нет сомнения в том, что с развитием общества имеется необходимость и в пересмотре законодательства в области медицинского страхования, но процесс этот должен быть поступательным, с обязательным учетом и анализом исторического пути становления и развития системы ОМС в России. Не зная прошлого, сложно оценивать настоящее и планировать будущее.

Давайте посмотрим, в каких условиях происходило формирование системы ОМС в РФ и регионах, по сути, это были вынужденные меры. Внедрение системы ОМС в РФ в начале 90-х происходило в условиях жесточайшего экономического кризиса. Резкий спад производства, кризис государственного управления, снижение уровня жизни населения. Возрастающая потребность в медицинской помощи не удовлетворяется в рамках прежней государственной системы здравоохранения. Именно глубочайший кризис, коренные изменения системы общественного хозяйства, утрата государством управленческих функций и возможностей, дефицит государственного бюджета, существование только государственной системы финансирования и управления в здравоохранении, явились основными предпосылками образования системы обязательного медицинского страхования.

Системе обязательного медицинского страхования исполнилось 25 лет. Срок небольшой, т.к. в некоторых странах десятилетиями только обсуждаются принципы предстоящей реформы. Но для современного этапа развития России 25 лет, это уже достаточно большой период времени, который позволяет сделать определенные выводы и подвести итоги. В целом, несмотря на ошибки и трудности начального периода введения ОМС, были

обеспечены не только выживание, но и развитие системы здравоохранения в условиях крайне нестабильной политической и экономической ситуации 90-х годов прошлого столетия.

Система ОМС обеспечила предоставление минимума гарантированной медицинской помощи, позволила внедрить вневедомственный контроль над ее качеством, начать структурную перестройку здравоохранения в соответствии с реальными потребностями населения в основных видах медицинской помощи и перейти к более рациональному использованию финансовых ресурсов в здравоохранении.

Имеющиеся недостатки в реализации системы ОМС подвергаются коррекции во времени. Закон ОМС один. Но в каждом регионе РФ, в каждой медицинской организации внедрение системы ОМС имело свои особенности.

В Читинской области в 1993 г. ГУЗ "КБ № 3" одной из первых медицинских организаций в свою деятельность начала внедрять систему ОМС. Одна из важных проблем, которую мы должны были решить в первую очередь, которая и определила полноценную реализацию системы ОМС - это обеспечение достаточного объема работы. Ведь весь механизм финансирования системы ОМС был направлен в первую очередь на объемы оказания медицинской помощи. Проблема заключалась в том, что к нашей медицинской организации было прикреплено только население п. Первомайский, которое в то время составляло всего 12 тысяч человек. Это обстоятельство усугублялось еще тем, что в нашем районе было несколько медицинских организаций, к которым традиционно приписывалось определенное количество населения. Необходимо было уже на первом этапе изменить устоявшиеся традиции, переориентировать потоки больных, сформировать новые. А для этого нужно было сделать многое. В первую очередь, необходимо было в короткий срок организовать населению медицинские услуги, которые они не могли получить в других медицинских организациях района, области, обеспечить их качество и доступность. Работа шла в различных направлениях. Укреплялась материально-техническая база больницы, закупалось новое лечебное и диагностическое оборудование, проводилась профессиональная подготовка и переподготовка медицинских кадров. Важным событием не только для больницы, но и Забайкальского края было открытие на нашей базе центра профессиональных заболеваний. Это дало возможность получать специализированную медицинскую помощь более 100 тысячам работающих во вредных и опасных условиях труда непосредственно в центре профессиональных заболеваний. Через год открывается межрайонный диагностический центр, куда на обследование направляются пациенты из 5 районов Читинской области. Через 3 года для оказания специализированной хирургической помощи нуждающимся пациентам на базе хирургического отделения больницы открывается центр плановой хирургии для жителей 7 районов края. Центр амбулаторного гемодиализа обеспечивает специализированную медицинскую помощь пациентам из нескольких районов края. В последующие годы открываются: сосудистый центр, травмацентр 2 уровня и реабилитационное отделение с тремя этапами медицинской реабилитации и т.д. Сегодня на базе ГУЗ "КБ № 3" функционирует 8 специализированных центров, которые оказывают медицинскую помощь жителям нескольких районов Забайкальского края. Можно с уверенностью говорить о том, что система обязательного медицинского страхования в течение 25 лет для ГУЗ "КБ № 3" явилась своеобразным двигателем в становлении и развитии больницы. За этот период времени ГУЗ "КБ № 3" заняла достойное место в структуре здравоохранения Забайкальского края, обеспечивая доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению не только п. Первомайский, но и прикрепленных районов. Из года в год увеличивается доля финансовых средств ОМС в консолидируемом бюджете ГУЗ "КБ № 3". В настоящее время она составляет 93%. Это позволяет нам укреплять материально-техническую базу больницы, проводить профессиональную подготовку и переподготовку медицинских кадров, обеспечивать доступность и качество оказания меди-

цинской помощи населению. Для того, чтобы реализация любого закона, любой реформы были успешны, необходимо их адаптировать к условиям, в которых живешь и работаешь. В реализации закона "Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ" участвуют кроме медицинских организаций достаточно много субъектов - это работодатель, налоговая служба, население, органы местного самоуправления и т.д. Именно от гармонизации работы всех субъектов, участвующих в реализации закона, во многом зависит эффективность его внедрения. Основываясь на опыте внедрения и становления системы ОМС в ГУЗ "КБ № 3", можно сделать вывод: система ОМС доказала свою жизнеспособность, оправдываемость, устойчивость и эффективность.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ " Об основах здоровья граждан в Российской Федерации".
3. Постановления Правительства Российской Федерации "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (в ред.от 22.02.2017) "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию".
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2011 № 158 (в ред.от 2.08.2015) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования".

УДК 614.2-061.1

Гергесова Е.Е., Зимина Е.В., Рыкова Н.И.

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ КАК СТРУКТУРНОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ

Государственное автономное учреждение здравоохранения "Клинический медицинский центр г. Читы" г. Чита

Лабораторная медицина в настоящее время по количеству представляемой информации - одна из самых объемных отраслей клинической медицины. Она объединяет в себе и служит базисной основой для практически всех отраслей клинической медицины: кардиологии, гематологии, педиатрии, пульмонологии, иммунологии, аллергологии, урологии, гинекологии и др. Все врачи-специалисты признают важность лабораторной диагностики для клинической практики. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения:

- удельный вес лабораторных исследований составляет 75-90% от общего числа разных видов исследований, проводимых пациенту в медицинских организациях;
- в 60-70% клинических случаев правильный диагноз пациенту устанавливается на основании данных результатов лабораторных исследований;
- более 70% врачебных решений принимается на основании полученных результатов лабораторных исследований;
- в 65% случаев результаты лабораторных исследований, выполненных по неотложным показаниям, приводят к коренному изменению тактики ведения пациента [2].

Таким образом, на сегодняшний день лабораторные исследования приобретают высокую диагностическую значимость, но при этом растет и их стоимость. Стоимость каждого лабораторного теста складывается из прямых и накладных затрат, и в условиях возрастаю-

щих требований к управлению качеством лабораторных анализов особую долю здесь занимают прямые материальные затраты (дорогостоящее лабораторное оборудование, реагенты и расходные материалы, инженерное обслуживание аппаратуры, метрологическая поверка, контрольные материалы, внедрение и эксплуатация лабораторных информационных систем и т.п.) [1]. Становится очевидным, что далеко не все лаборатории могут обеспечить полноценное внедрение системы управления качеством исследований, а некоторые из них и вовсе не могут быть до конца уверены в качестве и достоверности конечного результата ввиду использования устаревших методов, которые обладают низкой диагностической значимостью, не включаются в современные клинические рекомендации, не автоматизируются и не имеют аттестованных контрольных материалов (например, исследование крови на LE-клетки, проведение осадочных "печеночных" проб и т.п.) [3].

Служба клинической лабораторной диагностики медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края, представлена 28 лабораториями центральных районных больниц, 1 - окружной, 6 - городских и 15 - краевых медицинских организаций.

Укомплектованность врачебным персоналом составляет 85,1%, средним медицинским персоналом - 90,9%. Но при этом коэффициент совместительства для врачебных должностей составляет 1,5, для фельдшеров-лаборантов - 1,3. Кроме того, в лабораториях двух краевых и одиннадцати районных медицинских организаций не заняты штатные единицы врачебного персонала.

Большинство лабораторий центральных районных больниц используют устаревшее оборудование, показатель износа которого приближается к 100%. Так, на балансе медицинских организаций до сих пор числятся монокулярые микроскопы, 95% из которых эксплуатируются более 20 лет; фотоэлектрические колориметры, 81% которых введены в эксплуатацию более 10 лет назад; коагулометры с ручным дозированием, 75% которых имеют год выпуска 2000 и ранее. При этом результаты исследований, произведенных на таком оборудовании, ставятся под сомнение краевыми медицинскими организациями, что приводит к вынужденному дублированию лабораторных анализов, выполненных в районе, при обращении пациента в многопрофильную медицинскую организацию. Вместе с тем, только две лаборатории в регионе (ГУЗ "ККИБ" и КМЦ г. Читы) оснащены лабораторной информационной системой, что обеспечивает исполнение требований информатизации и формирования полноценной интегрированной электронной медицинской карты пациента [1].

Таким образом, недостаток врачебного персонала, использование устаревшего оборудования и "ручных" методик лабораторного анализа, отсутствие информатизации лабораторной службы в регионе не может не приводить к снижению доступности и качества лабораторных исследований, а также к необоснованным затратам на дублирующие и неверно назначенные анализы.

Очевидно, что на сегодняшний день территориальное здравоохранение не может привлечь к работе в ЦРБ двенадцать врачей клинической лабораторной диагностики, оснастить все требующие того медицинские организации современным оборудованием, внедрить лабораторную информационную систему в сорока восьми КДЛ. В связи с этим возникает необходимость структурных преобразований лабораторной службы региона, направленных на повышение качества и доступности лабораторных исследований и эффективное использование ресурсов медицинских организаций. Одним из доступных способов решения проблемы является внедрение модели централизации лабораторной службы Забайкальского края с созданием трехуровневой системы КДЛ.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 2 апреля 2018 года № 169/ОД "О реализации мероприятий по централизации клинических лабораторных исследований в Забайкальском крае" в регионе организуется трехуровневая система КДЛ, включающая:

- клинико-диагностические лаборатории 1 уровня с сетью пунктов приема биологического материала;
- межрайонные лабораторные центры;
- лабораторные центры 3 уровня.

Клинико-диагностические лаборатории 1 уровня - все КДЛ центральных районных больниц, выполняющие исследования по "cito", нецентрализуемые исследования (цитология, паразитология, изосерология, КУМ, исследование мокроты и мочи, УМСС), а также все анализы, назначаемые при оказании медицинской помощи в условиях стационара. Кроме того, персонал КДЛ 1 уровня осуществляет методическое руководство пунктами приема биологического материала, обеспечивает их детальными инструкциями и утвержденными стандартными операционными процедурами, регламентирующими выполнение требований организации преаналитического этапа лабораторной диагностики.

В качестве межрайонных лабораторных центров определены клинико-диагностические лаборатории шести медицинских организаций, для которых разработан минимальный стандарт оснащения, позволяющий выполнять все централизуемые (гематология, биохимия, иммунология, гемостаз) исследования для прикрепленных медицинских организаций, назначаемые при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. Межрайонные лабораторные центры осуществляют выдачу результатов в автоматическом режиме и электронном варианте посредством лабораторной информационной системы, передающей бланк ответа в интегрированную электронную медицинскую карту пациента на уровне регионального информационного сегмента. Персонал межрайонных центров осуществляет методическую поддержку КДЛ 1 уровня прикрепленных медицинских организаций, взаимодействует по вопросам исполнения требований организации преаналитического этапа.

Лабораторные центры 3 уровня - наиболее оснащенные, крупные лаборатории, централизованно выполняющие для всех медицинских организаций региона редкие, высокотехнологичные, дорогостоящие лабораторные исследования, требующие высокопроизводительного оборудования и специально обученного персонала. Кроме того, лабораторные центры 3 уровня работают как межрайонные лабораторные центры для прикрепленных к ним медицинских организаций. Персонал лабораторных центров 3 уровня апробирует новые современные методики лабораторного анализа, лабораторное оборудование, постоянно взаимодействует с межрайонными лабораторными центрами, осуществляет методическую поддержку.

Направление биоматериала для централизованного лабораторного исследования осуществляется в сопровождении бланка утвержденной формы 057/у-04, что подразумевает взаимодействие медицинских организаций заказчиков и исполнителей лабораторных исследований в системе ОМС. С целью рационального и эффективного использования средств ОМС создание трехуровневой системы лабораторной службы в регионе параллельно с информатизацией здравоохранения подразумевает внедрение программы управления назначениями лабораторных исследований: ограничение повторных назначений, контроль обоснованности направления на определенные исследования, контроль обоснованности кратности назначения анализов. Решение этих задач возможно при полноценном взаимодействии медицинской и лабораторной информационных систем, позволяющем в автоматическом режиме закрыть прямое назначение в МИС части редких дорогостоящих исследований, сохранив возможность заказа при одобрении на другом уровне; закрыть возможность назначения в МИС исследований с кратностью, превышающей документированный норматив, сохранив возможность заказа при одобрении на другом уровне. Вместе с тем, с целью эффективной работы централизованной лабораторной службы в регионе, необходимо принятие ряда административных мер, а именно: документировать обязательный перечень исследований и сроки действия анализов при плановой госпитализации; проводить весь спектр тестов, необходимых для госпитализации, на амбулаторном этапе; установить оптимальные интервалы повторного тестирования при оказании

медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом порядков и стандартов оказания медицинской помощи.

Таким образом, трехуровневая система организации лабораторной службы в Забайкальском крае позволит достичь медицинского, социального и экономического эффекта:

1) расширение спектра исследований для пациентов районных больниц;
2) отсутствие необходимости для пациента покидать пределы района для проведения редких лабораторных исследований;
3) уверенность в качестве и достоверности результатов анализов;
4) формирование ИЭМК пациента, его "лабораторного анамнеза";
5) сокращение дублирования исследований;
6) управление назначениями и исключение необоснованных направлений на лабораторные анализы.

Литература:

1. Калачева О.С. КДЛ в условиях централизации: опыт работы. Справочник заведующего КДЛ. [Internet]. 2018. 4. Available from: https://e.zavkdl.ru/article.aspx?aid=633212
2. Кишкун А.А.. Гильманов А.Ж., Долгих Т.И., Грищенко Д.А., Скороходова Т.Г. Организация преаналитического этапа при централизации лабораторных исследований. Москва. 2014.
3. Лудупова Е.Ю., Мункоева Д.М., Урбатов А.Л., Филиппов А.А., Итыгилов М.Ю. Управление лабораторными назначениями - эффективное направление деятельности медицинской организации. Справочник заведующего КДЛ. [Internet]. 2017. 6. Available from: https://e.zavkdl.ru/article.aspx?aid=563285

УДК 614.2:658.5

Михно Н.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОФОРМЛЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННЫХ ДОБРОВОЛЬНЫХ СОГЛАСИЙ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЦИПОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ИННОВАЦИОННОЙ КЛИНИКЕ "АКАДЕМИЯ ЗДОРОВЬЯ"

Инновационная клиника "Академия здоровья", г. Чита

Введение. Инновационная клиника "Академия здоровья"- многопрофильная медицинская организация, оказывающая различные виды медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях.

На базе инновационной клиники "Академия здоровья" осуществляют деятельность 3 юридических лица - ООО "Медика Холдинг", ООО "Реабилитационный центр кинезитерапии", ООО "Центр пластической хирургии и косметологии "Академия".

В декабре 2015 г. в клинике внедрена система менеджмента качества на соответствие требованиям международного стандарта ISO 9001:2008.

Основными целями внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации являются:

• обеспечение качества медицинских услуг,
• удовлетворение потребностей пациентов, поставщиков,
• соблюдение требований контролирующих организаций,
• повышение результативности процессов.

Одним из основных принципов ISO 9001: 2008 является постоянное улучшение, которое реализуется через такие механизмы, как разработка корректирующих действий при выявленных несоответствиях, плана предупреждающих действий при потенциальных дефектах и рисках. Одним из инструментов корректирующих мероприятий является разработка алгоритма по проблемным вопросам в виде стандартной операционной процедуры.

В Инновационной клинике "Академия здоровья" постоянно ведется мониторинг на соответствие нормам законодательства. При анализе на соответствие исполнения законодательства в части оформления информированных добровольных согласий были выявлены дефекты и разработаны мероприятия по устранению и предотвращению несоответствий.

Содержание. На основании ст. 20, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Ежедневно в клинику для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях обращается до 700 пациентов, оказывается более 1 500 медицинских услуг, из них около 50 инвазивных процедур, обследование на ВИЧ-инфекцию требуется 10-15 ти пациентам. Учитывая важность и значимость оформления добровольных информированных согласий, был проведен анализ порядка оформления, хранения информированных согласий за период 2014-2015 гг, по результатам которого были выявлены следующие системные несоответствия:

1. Оформление согласий на медицинское вмешательство, согласно приказа Министерства Здравоохранения и социального развития от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении перечня определенных видов медицинского вмешательства, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации" (далее общее медицинское согласие), не производилось.
2. В информированном добровольном согласии отсутствовала информация о юридическом лице, где оформлялось согласие.
3. Оформление согласий на инвазивное вмешательство производилось в произвольной форме, часть согласий выписывались автоматически при распечатывании услуги, часть оформлялась вручную, в связи с чем встречались такие несоответствия, как отсутствие даты оформления, персональные данные (ФИО, дата рождения) заполнялись сокращенно, что затрудняло идентификацию пациента. Предполагаемые осложнения были не детализированы, содержали общие фразы.
4. Отсутствовала автоматическая печать информированных согласий при обследовании на ВИЧ-инфекцию, имелись дефекты в заполнении.
5. Отсутствовал контроль количества и правильности оформления информированных добровольных согласий всех видов.
6. Отсутствовало централизованное хранение.

Для устранения выявленных несоответствий было принято решение по реализации следующих мероприятий:

- разработка и внедрение программы по оформлению согласий с целью автоматизации процесса, уменьшению времени на заполнение согласий, оформление согласий необходимому количеству пациентов (всем пациентам на инвазивные вмешательства, однократно на общее медицинское согласие). Оформление согласий должно осуществляться в каждом юридическом лице;
- разработка стандартной операционной процедуры "Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства";
- определение ответственного лица за контроль и хранение информированных согласий.

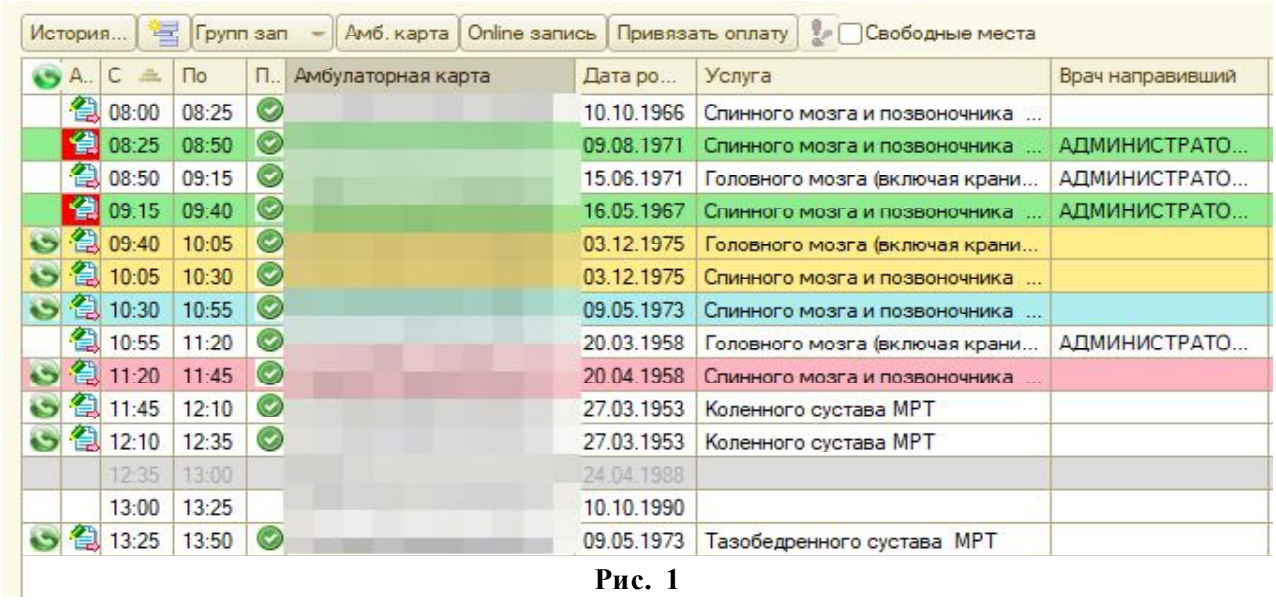
С учетом отсутствия медицинского образования у сотрудников регистратуры, было принято решение об оформлении всех видов медицинских согласий медицинскими сотрудниками в кабинетах. Оформление общего медицинского согласия должно осуществляться в каждом из 3-х юридических лиц однократно при первичном обращении пациента.

Техническое задание для программы содержало следующие основные положения:

1. Автоматическая печать общих медицинских согласий однократно при обращении пациента в каждом юридическом лице;
2. Автоматическая печать согласий на инвазивные вмешательства при проведении каждой процедуры;
3. Автоматическая печать согласий при обследовании на ВИЧ-инфекцию;
4. В программе должны быть функции по контролю и самоконтролю количества выданных согласий медицинскими сотрудниками;
5. В программе должны быть функции контроля общего количества оформленных согласий.

При разработке программного модуля были учтены вышеуказанные условия, готоваяпрограмма "Добровольные согласия" содержит:

1. Общее медицинское согласие оформляется однократно при первичном обращении пациента в организацию. При отсутствии у пациента данного вида согласия в расписаниинапротив фамилии пациента высвечиваетсяиндикаторный сигнал красного цвета. Печать осуществляется автоматически при открытии электронной амбулаторной карты.



А..	С	По	П..	Амбулаторная карта	Дата ро...	Услуга	Врач направивший
	08:00	08:25			10.10.1966	Спинного мозга и позвоночника ...	
	08:25	08:50			09.08.1971	Спинного мозга и позвоночника ...	АДМИНИСТРАТО...
	08:50	09:15			15.06.1971	Головного мозга (включая крани...	АДМИНИСТРАТО...
	09:15	09:40			16.05.1967	Спинного мозга и позвоночника ...	АДМИНИСТРАТО...
	09:40	10:05			03.12.1975	Головного мозга (включая крани...	
	10:05	10:30			03.12.1975	Спинного мозга и позвоночника ...	
	10:30	10:55			09.05.1973	Спинного мозга и позвоночника ...	
	10:55	11:20			20.03.1958	Головного мозга (включая крани...	АДМИНИСТРАТО...
	11:20	11:45			20.04.1958	Спинного мозга и позвоночника ...	
	11:45	12:10			27.03.1953	Коленного сустава МРТ	
	12:10	12:35			27.03.1953	Коленного сустава МРТ	
	12:35	13:00			24.04.1988		
	13:00	13:25			10.10.1990		
	13:25	13:50			09.05.1973	Тазобедренного сустава МРТ	

Рис. 1

2. Согласия на инвазивное вмешательство, обследование на ВИЧ-инфекцию, на прерывание беременности выводятся на автоматическую печать при оформлении пациента на исследование при проведении каждой процедуры, при этом ФИО пациента, дата рождения, дата заполнения согласия, ФИО врача автоматически вносятся в согласие.
3. В программе имеется функция, с помощью которой медицинский сотрудник формирует реестр выданных согласий, содержащий ФИО пациента, дату оформления согласия, организацию, где оформлено согласие, количество, ФИО врача. С помощью данного реестра каждый медицинский сотрудник осуществляет самоконтроль.

После создания программного дополнения была разработана стандартная операционная процедура "Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства".

Таблица 2

Форма реестра общих медицинских согласий			
ФИО пациента	Дата оформления согласия	Организация	Количество
Итого			
ФИО врача			

В соответствии с данной процедурой оформление согласий осуществляется следующим образом:

Шаг 1. Оформление информированных добровольных согласий медицинскими сотрудниками.

Всего оформляется 4 вида информированных добровольных согласий:

1. Общее медицинское согласие(приказМинистерства Здравоохранения и социального развития от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении перечня определенных видов медицинского вмешательства, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации".
2. Информированное добровольное согласие на инвазивное вмешательство (Федеральный закон от 21.11.2011 г "Об основах охраны здоровья граждан", статья 20.
3. Инофрмированное добровольное согласие при обследовании на ВИЧ-инфекцию (Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека", санитарные правила СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции" от 11.01.2011").
4. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. N 216н "Об утверждении формы добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины").

I. "Оформление в кабинете врача-специалиста, в процедурном кабинете общего медицинского согласия (или отказа)":

Врач-специалист, медицинская сестра

- доводит информацию до пациента о целях, методах оказания ему медицинской помощи, связанных с ней рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- осуществляет сбор и хранение оформленных информированных добровольных согласий (отказов) в рабочих папках "Информированные добровольные согласия";
- осуществляет количественный учет оформленных информированных добровольных согласий (отказов), сличение с базой программы 1-С (" Список медицинских согласий"), определяет количество, формирует реестр, при отсутствии подписи пациента, делает пометку для архивариуса с целью повторного оформления, передает архивариусу ежедневно по окончанию рабочей смены.

II. "Оформление в кабинете у врача информированного добровольного согласия на инвазивное медицинское вмешательство (в т.ч. согласий на прерывание беременности) или отказа на медицинское вмешательство"

Врач-специалист

- предоставляет пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания ему медицинской помощи (в том числе, в отношении инвазивных медицинских вмешательств), связанных с ней рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, о чем делает запись в амбулаторной карте;
- в случае несогласия проведения инвазивного исследования, оформляется письменный отказ от медицинского вмешательства, при этом врач-специалист в доступной форме объясняет последствие отказа от медицинского вмешательства;
- несет ответственность за подписание согласия (отказа) со стороны пациента и своей стороны, сохранность информированных согласий. Обеспечивает сохранность информированных добровольных согласий до передачи в архив.

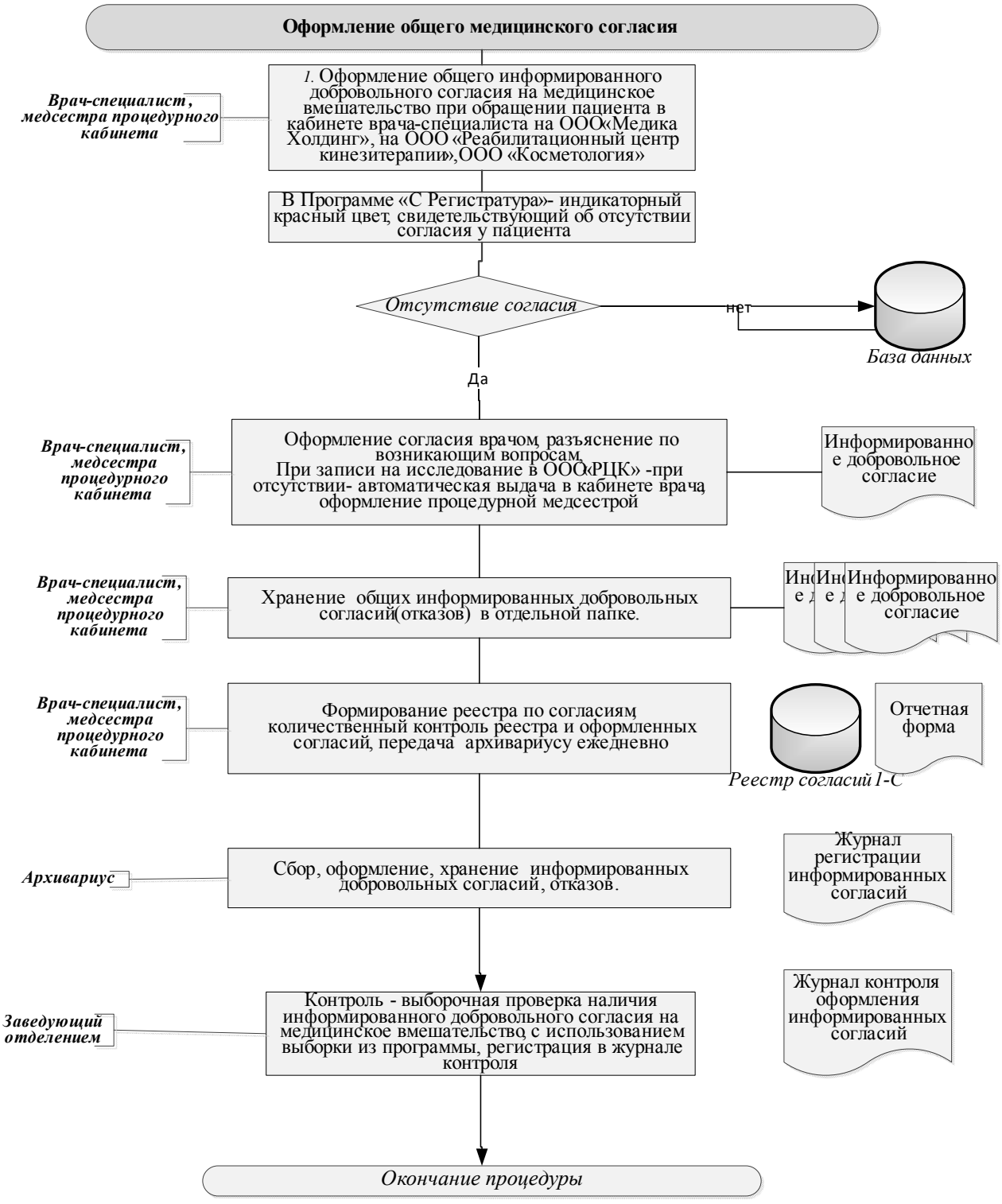


Рис. 2.

Медицинская сестра

- обеспечивает сохранность информированных добровольных согласий, оформленных врачом-специалистом с пациентом во время приёма;
- осуществляет количественный учет оформленных информированных добровольных согласий, сличение с базой программы 1-С ("Статистика"), формирует отчет в программе 1-С, оформляет отчет, передает старшей медицинской сестре 1 раз в неделю.

Медицинская сестра процедурного кабинета

- при осуществлении забора биологических жидкостей на исследование в случае отсут-

ствия общего согласия на медицинское вмешательства производит оформление информированного добровольного согласия в установленном порядке;

• осуществляет количественный учет оформленных информированных добровольных согласий, сличение с базой программы 1-С ("Статистика"), определяет количество, оформляет отчет, передает старшей медицинской сестре 1 раз в неделю.

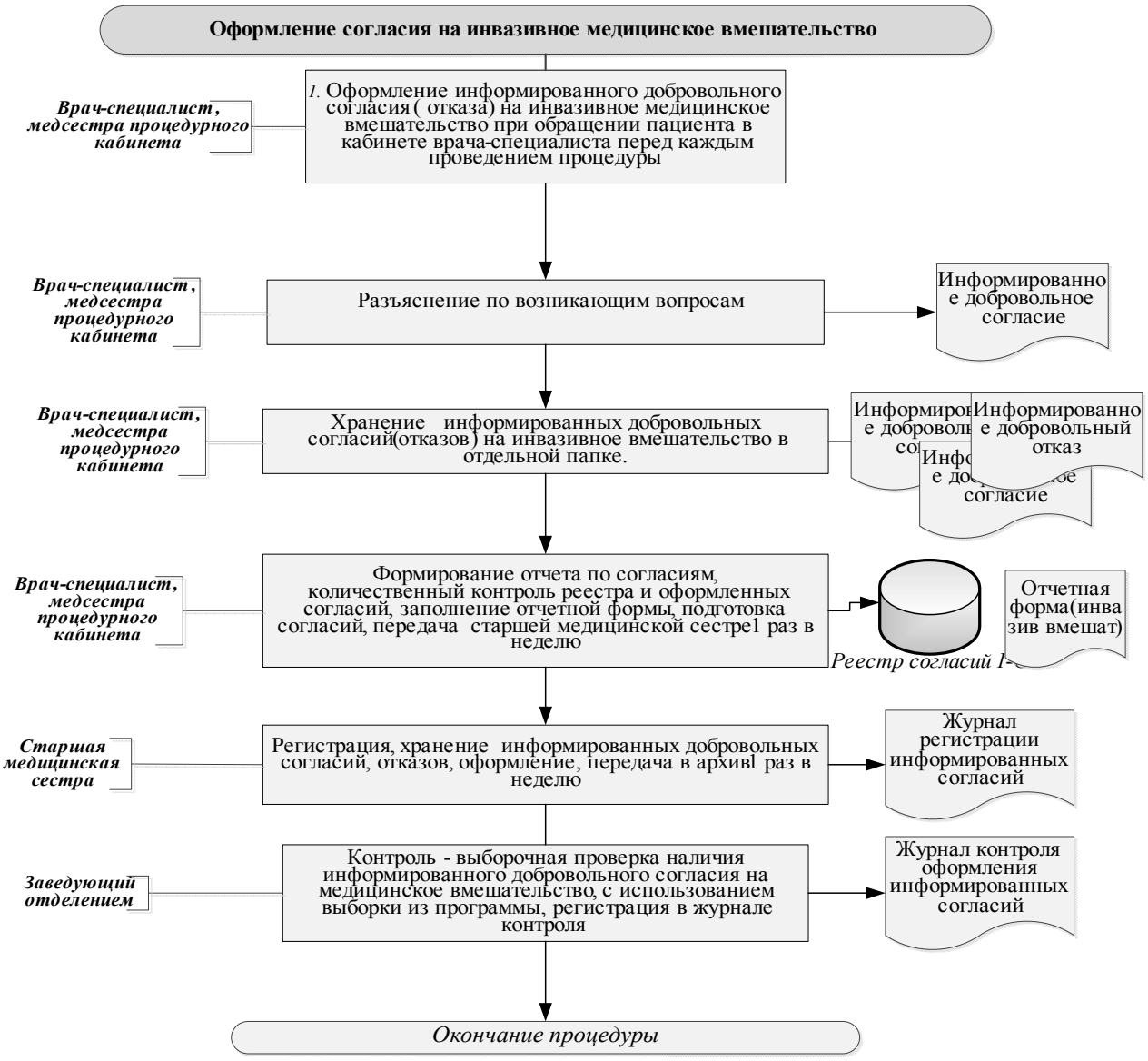


Рис. 3.

III. "Оформление информированных добровольных согласий при обследовании на ВИЧ инфекциию:

Регистратор

• передает пациенту два экземпляра информированного согласия на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ, информации-памятки о ВИЧ- инфекции, объясняет пациенту об ознакомлении с данной информацией, оформлении, передаче в процедурном кабинете процедурной медицинской сестре.

Врач-специалист

• при направлении пациента на исследование антител к ВИЧ автоматически выводится на печать информированное добровольное согласие на проведение исследования в 2-х экземплярах, информация-памятка для пациента о ВИЧ-инфекции;

• врач-специалист дает пояснение пациенту о ВИЧ инфекции, оформляет согласие, контролирует проставление подписи пациентом. Оба экземпляра передает пациенту. Объясняет о передачи второго согласия в процедурном кабинете, ставит отметку в электронной амбулаторной карте пациента, истории болезни о проведении дотестового консультирования.

Медицинская сестра процедурного кабинета:

• уточняет у пациента по возникающим вопросам по ВИЧ-инфекции после прочтения информации-памятки по ВИЧ инфекции. В случае возникающих вопросов направляет пациента на консультацию к врачу-лаборанту;
• оформляет информированное согласие на проведение добровольного обследования на антитела ВИЧ, подписывает оба экземпляра, один передает пациенту, второй определяет для хранения в архиве с отметкой о дотестовом и послетестовом консультировании;
• обеспечивает хранение и сохранность информированных согласий, передает на хранение в архив ежедневно.

Шаг 3. "Обеспечение сбора, хранения информированных добровольных согласий"

Врач-специалист

• передает оформленные добровольные информированные согласия, реестр согласий в ячейку регистратуры для архивариуса ежедневно по окончанию рабочей смены.

Старшие медицинские сестры

• осуществляют сбор, оформление, регистрацию количества информированных добровольных согласий в журнале формата Excel, передачу информированных добровольных согласий на инвазивные вмешательства, отказов от медицинских вмешательств в кабинетах архивариусу 1 раз в неделю с указанием даты, количества.

Архивариус

• осуществляет ежедневный сбор общих медицинских согласий, согласий на обследование на ВИЧ- инфекцию;
• осуществляет еженедельный сбор согласий на инвазивные медицинские вмешательства, от старших медицинских сестер;
• осуществляет визуальный контроль наличия подписи пациента и медицинского сотрудника в оформленном согласии, в случае отсутствия изымает дефектное согласие, ставит в известность исполнителя, производит правку в программе 1-С;
• осуществляет ежедневный контроль передачи информированных согласий всеми врачами-специалистами, работающими в смену, информирует заведующего структурным подразделеним о должниках;
• несет ответственность за хранение информированных добровольных согласий (отказов) на медицинское вмешательство в медицинском архиве;
• составляет ежемесячный отчет по общим согласиям, согласиям на инвазивные вмешательства, инвазивным согласиям, передает заместителю директора по стратегическому развитию и управлению качеством.

Шаг 4. " Контроль исполнения СОП"

Заведующий структурным подразделением

• методом случайной выборки контролирует выполнение СОП путем сличения количества информированных добровольных согласий с информационной базой программы 1-С ("Список медицинских согласий")

Заместитель директора по стратегическому развитию и управлению качеством

• анализирует ежемесячный отчет архивариуса;
• разрабатывает корректирующие действия при выявленных несоответствиях.

На начальном этапе реализации проекта основными несоответствиями были:

1) дефекты при оформлении согласий (отсутствие подписи пациента);
2) расхождение количества согласий с данными реестра;

3) не все медицинские сотрудники ежедневно передавали оформленные согласия в архив.

По данным несоответствиям разрабатывались корректирующие мероприятия, с должниками проводилась индивидуальная разъяснительная работа.

Полученные результаты

Вследствие реализации данного проекта, удалось достичь следующих результатов:

1. В оформлении общих согласий участвуют 185 медицинских сотрудников, в оформлении согласий на инвазивные вмешательства - 67 врачей.
2. Количество общих медицинских согласий составляет от 10000 - 14500, инвазивных согласий около 1 500, согласий на обследование на ВИЧ-инфекцию до 350 в месяц. При этом общие согласия передаются в архив ежедневно, на инвазивные согласия - еженедельно. Все виды согласий печатаются автоматически при оформлении пациента.
3. Оформление согласий осуществляется во всех юридических лицах, что имеет важное значение при проверках контролирующих организаций, когда необходимо документарное соответствие.
4. Ведется четкий учет количества оформленных согласий за счет самоконтроля медицинскими сотрудниками оформленных согласий с реестром, сформированным в программе 1-С. Реализован 3-х уровневый контроль количества согласий:

1-й уровень - медицинские сотрудники контролируют и несут ответственность за соответствие количества оформленных согласий данным реестра. При выявленных количественных несоответствиях самостоятельно находят ошибку и указывают пояснение в реестре для архивариуса;

2-й уровень - архивариус контролирует соответствие количества фактического наличия согласий с данными реестра, пересчет оформленных согласий и сверка с реестром согласий, визуальный контроль наличия подписей пациента и врача.

Выборочный контроль осуществляет заведующий структурным подразделением;

3-й уровень - заместитель директора по стратегическому развитию и управлению качеством осуществляет ежемесячный контроль отчетов по оформлению согласий, разрабатывает корректирующие мероприятия при выявленных несоответствиях.

Вследствие реализации 3-х уровневой системы контроля, количество недостающих согласий на общее вмешательство составляет не более 0,1%, при этом архивариус производит правку в программе 1-С (снимает отметку с пациента с целью повторного оформления согласия на общее медицинское вмешательство). Согласия на инвазивные вмешательства оформляются в 100% случаев.

Выводы

Реализация данного проекта продемонстрировала эффективность методов и инструментов системы менеджмента качества, используемых при разработке мероприятий в случае выявления дефектов и несоответствий.

Литература:

1. Национальный стандарт Российской ФедерацииГОСТ ИСО 9001-2008 "Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь" (Утвержден и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 08 декабря 2008 г. № 470-ст).
2. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ ИСО 9001-2008 "Системы менеджмента качества. Требования" (Введен в действие приказом Федерального агенства по техническому регулированию и метрологии от 22 декабря 2011 г. № 471-ст).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 20.
4. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека.

5. Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении перечня определенных видов медицинского вмешательства, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации".
6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 апреля 2016 г. N 216н "Об утверждении формы добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины".

УДК - 614.256

Немакина О.В.[1], Коржов Б.В.[2]

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В ГБУЗ "ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН"

[1]ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн,
[2]Общественный Совет по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, расположенными на территории Забайкальского края

В статье рассмотрены результаты независимой оценки качества оказания услуг ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн", проведенных в 2016 году, имеющей свои особенности, в связи с определенным возрастным контингентом, обслуживаемым учреждением.

В соответствии с п. 2 Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 мая 2015 года N 240 "Об утверждении методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями" - независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. независимая оценка качества дает возможность медицинским организациям адекватно оценивать и анализировать свою деятельность, разрабатывать оперативные и стратегические управленческие решения в своей сфере, прогнозировать дальнее развитие учреждения, определиться с сегментом рынка медицинских услуг.

Нормативно-правовые акты, регламентирующие проведение независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в Российской Федерации, представлены следующими нормативными актами:

- Указ президента Российской Федерации от 07 мая 2012 г. № 597 "О мерах по реализации государственной социальной политики";
- Распоряжение Правительства РФ от 30 марта 2013 г. № 487-р "О плане мероприятий по формированию независимой системы оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги, на 2013-2015 гг.";
- Федеральный закон от 21 июля 2014 г. № 256 - ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями в сфере культуры, социального обслуживания, охраны здоровья и образования";

На уровне субъекта Российской Федерации, проведение независимой оценки качества оказываемых услуг медицинскими организациями, расположенными на территории Забайкальского края, регламентированы следующими нормативными актами:

- Распоряжение Министерства здравоохранения Забайкальского края от 19.07.2013 № 1216 "Об утверждении общественного совета по проведению независимой оценки качества работ ГУЗ Забайкальского края";
- Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 30.09.2013 № 508 "Об образовании общественного совета по проведению независимой оценки качества работы государственных учреждений здравоохранения Забайкальского края";
- Приказ МЗЗК от 30.05.2014 года № 295 "Об утверждении порядка проведения независимой оценки качества работы государственных учреждений здравоохранения Забайкальского края";
- Постановление Правительства Забайкальского края от 24.10.2014 № 588 "О внесении изменений в Положение о Министерстве здравоохранения Забайкальского края, утвержденное постановлением Правительства Забайкальского края от 08.05.2014 № 255"
- Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 05.09.2016 № 552 "Об организации работ по независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями"
- Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 07.11.2016 №671 "Об утверждении Порядка рассмотрения результатов независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями"
- Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 30.03.2017 № 128 "О реализации мероприятий по созданию условий для проведения независимой оценки качества оказания услуг"

Государственное учреждение здравоохранения "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн" - медицинская организация, относящаяся ко второму уровню оказания медицинской помощи, медицинская помощь - плановая. В состав учреждения входит стационар на 120 коек (в том числе 30 геронтологических), лечебно-диагностическое подразделение, условия оказания медицинской помощи - стационарно по направлению от медицинских организаций-фондодержателей, прикрепленного населения медицинская организация не имеет.

В 2016 году ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн" приняло участие в независимой оценке качества оказываемых услуг медицинскими организациями, расположенными на территории Забайкальского края.

В ходе прохождения НОК медицинская организация столкнулась с технической сложностью, которая была обусловлена определенным возрастом обслуживаемого контингента (82% пациентов старше 75 лет), и с учетом того, что данные необходимо было заносить в режиме "online" - в сети интернет. Для разрешения данной проблемы было принято решение перенести данные опросного листа на бумажный носитель и работать с пациентами в более привычной для них форме, после чего, данные переносились в электронные анкеты оператором.

Такой способ, безусловно, можно подвергнуть критике и заявить о недостоверности информации, однако, во избежание искажения полученных данных на этапе заполнения бумажных носителей и переноса информации в электронные анкеты, приказом главного врача учреждения был создан наблюдательный совет ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн", в состав которого вошли представители администрации учреждения, представители ассоциации медицинских сестер Забайкальского края и представители центра психологического сопровождения работника здравоохранения Забайкальского края. Наблюдательный совет сопровождал процедуру на всех этапах сбора и переноса информации.

Кроме того, в целях дополнительного подтверждения внесенной информации, после подведения итогов независимой оценки качества оказываемых услуг в ГБУЗ "ЗККГВВ", учреждение продолжило работу по постоянному мониторингу качества услуг, психолога-

ми центра психологического сопровождения работника здравоохранения Забайкальского края, проводится постоянный мониторинг качества оказываемых услуг посредством анкетирования на бумажном носителе.

Всего в 2016 году независимой оценкой качества оказываемых услуг было охвачено 468 респондентов, из них - 89% в момент опроса находились в стационаре учреждения, 4% опрошено на дому, 7% самостоятельно заносили данные (возможно, пользуясь помощью родственников).

В результате проведенной НОК, медицинская организация получила общий балл - 72,1 из 75, заняла 7 место среди медицинских организаций Забайкальского края и 60 место среди медицинских организаций РФ.

Результаты независимой оценки качества оказываемых услуг в ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн" (таблица 1).

Таблица 1

№ п/п	Наименование медицинской организации	количество анкет	Открытость и доступность информации о медицинской организации		Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения		Время ожидания предоставления медицинской услуги		Доброжелательность, вежливость, компетентность работников МО		Удовлетворенность оказанными услугами в МО		Итоговый балл	
			Факт. балл	Макс. балл - 14	Факт. балл	Макс. балл - 21	Факт. балл	Макс. балл - 15	Факт. балл	Макс. балл - 10	Факт. балл	Макс. балл - 15	Факт. балл	Макс. балл - 75
1	ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн	468	14		19		14,1		10		15		72,1	

В результате проведенной независимой оценки качества предоставляемых услуг, были определены 4 показателя, где удовлетворенность пациентов была не в полной мере, а именно:
- доля потребителей услуг, удовлетворенных условиями, у которых не возникла необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет (2 балла из 3);
- доля получателей услуг, у которых во время пребывания в стационаре не возникла необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет (2 балла из 3);
- среднее ожидание в приемном отделении медицинской организации (4,4 балла из 5);
- средние сроки ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) (4,7 баллов из 5).

Проведя анализ каждого показателя, администрация медицинской организации пришла к пониманию необходимости исследования каждого параметра, т.к. ожидание низкого балла у самой администрации были в иных подразделах анкеты.

При изучении показателей, набравших низкие баллы, было установлено следующее:
- Результаты дополнительного изучения по параметру "Доля потребителей услуг, удовлетворенных условиями, у которых не возникла необходимость оплачивать назначенные диагностические исследования за свой счет" - неудовлетворенность пациентов связана с необходимостью срочного прохождения МРТ или КТ, данными услугами медицинская организация не располагает, а учитывая необходимость прохождения указанных видов исследования в рамках нахождения в стационаре и наличия незначительной очередности в медицинских организациях, оказывающих эти медицинские услуги, пациенты обращались в медицинские организации частной системы здравоохранения и проходили обследования за свой счет, однако, все пациенты располагали доступной информацией о возможности пройти МРТ или КТ в рамках программы государственных гарантий;

- Результаты дополнительного изучения по параметру "Доля получателей услуг, у которых во время пребывания в стационаре не возникла необходимость оплачивать назначенные лекарственные средства за свой счет" - неудовлетворенность пациентов связана с назначенными препаратами до госпитализации пациента, часть препаратов отсутствует в ассортименте учреждения, в подавляющем количестве случаев это относится к дорогостоящим препаратам;
- Результаты дополнительного изучения по параметру "Среднее ожидание в приемном отделении медицинской организации" - действительно были установлены случаи ожидания в приемном отделении учреждения, связанные с поступлением пациентов вне очереди, случаи единичные;
- Результаты дополнительного изучения по параметру "Средние сроки ожидания плановой госпитализации с момента получения направления на плановую госпитализацию (относительно сроков ожидания, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)" - данный параметр не относится на прямую к учреждению. Ответственность за формирование очередности госпитализации в учреждение лежит на первичном звене, к которому прикреплен каждый конкретный гражданин и задержка госпитализации обусловлена работой участкового терапевта. В ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн" пациенты принимаются на госпитализацию в день обращения.

Благодаря проведенной независимой оценке качества, работа учреждения была подвергнута детальному изучению в качестве эксперимента было решено анкетировать управленческий и медицинский состав медицинской организации при помощи анкет, утвержденных для проведения независимой оценки, так, как будто работники являлись пациентами. Результаты получились весьма интересными и абсолютно не похожими на результаты независимой оценки среди реальных пациентов (таблица 2).

Таблица 2

Результаты анкетирования среди сотрудников учреждения.

№ п/п	Наименование медицинской организации	количество анкет	Открытость и доступность информации о медицинской организации		Комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения		Время ожидания предоставления медицинской услуги		Доброжелательность, вежливость, компетентность работников МО		Удовлетворенность оказанными услугами в МО		Итоговый балл	
			Факт. балл	Макс. балл - 14	Факт. балл	Макс. балл - 21	Факт. балл	Макс. балл - 15	Факт. балл	Макс. балл - 10	Факт. балл	Макс. балл - 15	Факт. балл	Макс. балл - 75
1	ГБУЗ "Забайкальский краевой клинический госпиталь для ветеранов войн	82	12		17		15		10		15		69,0	

В результате проведенного анкетирования были определены 4 показателя, где удовлетворенность была не в полной мере, а именно:

- доля потребителей услуг, удовлетворенных качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступных в помещениях медицинских организаций (4 балла из 5). По мнению опрошенных, информация была расположена в неудобных для прочтения пожилыми людьми местах и выше уровня глаз среднестатистического роста человека. Концепцию расположения информации в помещениях поменяли, однако отметили, что для пожилого контингента учреждения наиболее удобный способ получения информации - из уст медицинского работника;
- наличие и доступность на официальном сайте медицинской организации способов обратной связи потребителям услуг (1 балл из 2). По мнению опрошенных, работа вкладки

на сайте "Задать вопрос" выстроена некорректно, ответы вопрошающим направляются в течение 1-2 суток, что неприемлемо. Пересмотрена концепция работы сайта в данном направлении и определены ответственные лица за своевременное предоставление ответов на поставленные вопросы;

- доля потребителей услуг, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации (3 балла из 5). В 2015-2016 гг. в медицинской организации был проведен ремонт в части подразделений, в целом ремонтные работы в учреждении до 2016 года не проводились более 15 лет (проводились эпизодические, маломасштабные, секторальные косметические работы, что сказалось на эстетическом и техническом состоянии помещений). В помещениях, где масштабные ремонтные работы были проведены в 2016-2017 году - уровень комфортности очень высок, остальные помещения, в т.ч. и часть палат, требуют капитальных финансовых вложений, в связи с чем, о 100% комфортности говорить не приходится. В 2017 году были отремонтированы еще два подразделения учреждения, на 2018 год запланировано работу продолжить;
- доля потребителей услуг с ограниченными возможностями здоровья, удовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации (3 балла из 5). Данный раздел на прямую связан с предыдущим, устарели пандусы, поручни, в части санитарных узлов имеют место быть душевые поддоны, расположенные на высоте 30 см, что, безусловно, создает трудности маломобильным пациентам, при проведенных ремонта это уже учтено, как и будет учтено при проведении дальнейших ремонтных работ в медицинской организации.

Для проверки достоверности НОК среди пациентов, проведенной в 2016 году в учреждении, как говорилось выше, продолжена работа по постоянному мониторингу качества услуг психологами центра психологического сопровождения работника здравоохранения Забайкальского края. Анкета для данного мониторинга утверждена распоряжением министерства здравоохранения Забайкальского края от 22.07.2017 г. № 1233.

Результаты мониторинга качества услуг в первом квартале 2018 года (таблица 3).

Таблица 3

№ п/п	Позиция	данные	Кол-во опрошенных	%
1	2	3	4	5
1	Возраст:	До 65 лет Старше 65 лет	3 97	3 97
2	Пол	Мужской Женский	6 94	6 94
3	Социальный статус	Неработающий пенсионер Работающий пенсионер Временно неработающий	95 2 3	95 2 3
4	Уровень образования	Среднее Среднее специальное Незаконченное высшее Высшее	9 33 1 57	9 33 1 57
5	Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи в медицинской организации	Удовлетворен полностью Удовлетворен не в полной мере Не удовлетворен в целом	100 0 0	100 0 0
6	Сроки ожидания осмотра врачом в приемном покое	В течение 1 часа В течение 2 часов Свыше 2 часов	80 10 10	80 10 10
7	Сроки первичного осмотра врачом в отделении	В течение 1 часа В течение 2 часов Свыше 2 часов	99 1 0	99 1 0
8	Удовлетворенность возможностями обследования в стационаре	Удовлетворен полностью Не удовлетворен	100 0	100 0
9	Удовлетворенность питанием в стационаре	Удовлетворен полностью Удовлетворен не полностью Не удовлетворен	97 3 0	97 3 0

1	2	3	4	5
10	Удовлетворенность отношением врачебного персонала к пациентам	Удовлетворен Недостаточно удовлетворен Не удовлетворен	100 0 0	100 0 0
11	Удовлетворенность отношением среднего медицинского персонала к пациентам	Удовлетворен Недостаточно удовлетворен Не удовлетворен	100 0 0	100 0 0
12	Использование личных денежных средств на лечение в данном стационаре	Не использовал Использовал	100 0	100 0
13	Удовлетворенность санитарно-техническим состоянием стационара	Удовлетворен полностью Удовлетворен не полностью Не удовлетворен	100 0 0	100 0 0
14	Итого:	Удовлетворены оказанием услуг в МО полностью Удовлетворены не в полной мере	97,3% 2,7%	

Незначительный процент неудовлетворенных полностью пациентов говорит о том, что работа, проведенная после НОК в 2016 году принесла свои положительные результаты, однако есть еще задел, для принятия управленческих решений.

Как показал наш опыт - независимая оценка качества оказываемых услуг является серьезным подспорьем в работе управленческого состава медицинской организации, благодаря данной процедуре было обращено внимание на некоторые нюансы организации деятельности учреждения, которые ранее не привлекали особого внимания администрации.

Федеральным законом 5 декабря 2017 г. № 392 - ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам совершенствования проведения независимой оценки условий оказания услуг организациями в сфере культуры, охраны здоровья, образования, социального обслуживания и федеральных учреждений медико-социальной экспертизы", принятым Государственной Думой 24 ноября 2017 г. и одобренным Советом Федерации 29 ноября 2017 года, внесены, кроме прочих, изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а именно:

Дополнен частью 17 - "Руководители медицинских организаций, участвующих в реализации программы государственных гарантий оказания медицинской помощи несут ответственность за непринятие мер по устранению недостатков, выявленных в ходе независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в соответствии с трудовым законодательством. В трудовых договорах с руководителями указанных медицинских организаций в показатели эффективности работы руководителя включаются результаты независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями и выполнение плана по устранению недостатков, выявленных в ходе такой оценки";

Дополнен частью 18 - "Результаты независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями учитываются при оценке эффективности деятельности руководителя уполномоченного федерального органа исполнительной власти, высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов власти) субъектов Российской Федерации, руководителей органов местного самоуправления".

Указанные изменения возлагают еще большую ответственность руководителей за данный раздел работы и создают условия для совершенствования оказания услуг в медицинских организациях в целом.

Библиография

1. Кадыров Ф.Н. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями. Менеджер здравоохранения. 2014; (12):51-64.
2. http://www.rosminzdrav.ru /open/supervision/format/nezavisimaya-sistema-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami.
3. https://www.rosminzdrav.ru/open/supervision/format/rezultaty-nezavisimoy-otsenki-kachestva-okazaniya-uslug-meditsinskimi-organizatsiyami-razmeschennyh-na-bus-gov-ru.

УДК 614.2-061.1

Юрчук С.В., Днепровская И.С.

ПЕРЕХОД ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА" НА ОПЛАТУ ЗА ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВКЛЮЧЕННОГО В СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", г. Чита

Порядок оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования определяется Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н (далее - Правила ОМС), а также условиями заключаемых в соответствии с утвержденной формой между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

С 2012 г. в Российской Федерации осуществляется внедрение клинико-статистических групп (КСГ) как метода оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее - КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

С 2014 г. в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" оплата специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, начала осуществляться за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в пределах объемов и соответствующей им стоимости специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по Территориальной программе, установленных решением Комиссии, в разрезе каждой СМО, в соответствии с Договором.

Основными преимуществами оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний перед иными моделями оплаты медпомощи, оказанной в стационаре, является то, что в ней отсутствует прямая связь с длительностью лечения.

Таблица 1

Средние сроки лечения и количество случаев госпитализации при переходе оплаты по КСГ в ГУЗ "ККИБ"

Наименование	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	РФ	СФО
Средний срок лечения	8,7	8,2	7,9	7,6	7,27	6,95
Случаи госпитализации	7 172	8 359	8 326	8 290	-	-

Так, в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" при переходе на оплату по КСГ удалось сократить средние сроки пребывания пациентов в стационаре с 8-7 дней в 2014 г. до 7-6 дней в 2017 г., приблизив их к средним по РФ и СФО. Снижение длительности пребывания пациентов в стационаре позволило пролечить большее количество человек на 16% в 2017 г. по сравнению с 2014 г.

Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ определяется как произведение установленной базовой ставки и коэффициентов (коэффициент затратоемкости, коэффициент территориальной дифференциации медицинской организации, коэффициент уровня оказания медицинской помощи, управленческий коэффициент по КСГ, коэффициент сложности лечения пациентов по КСГ).

Коэффициент относительной затратоемкости - коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке. Данный коэффициент играет важную роль при определении стоимости одного случая лечения в стационаре, диапазон которого варьируется от 0,27 до 25.

Значение коэффициента затратоемкости отражает сложность лечебно-диагностического процесса, обеспечивает системный и справедливый подход к оплате медицинской помощи в зависимости от затрат, необходимых на конкретную группу заболевания.

Среднее значение коэффициента затратоемкости в ГУЗ "ККИБ" составляет для детей 0,7; для взрослых пациентов - 0,6.

Значения коэффициента затратоемкости по основным КСГ представлены в следующей таблице.

Таблица 2

Значения коэффициента затратоемкости по основным КСГ в ГУЗ "ККИБ"

КСГ	Наименование КСГ	Коэффициент затратоемкости	Случаи госпитализации за 2017 г.	% от числа пролеченных пациентов
Дети				
66	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	0,5	1 610	30,3
57	Кишечные инфекции, дети	0,62	1 517	28,6
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	1,29	872	16,4
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75	853	16,1
Взрослые				
65	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	0,35	965	34,7
56	Кишечные инфекции, взрослые	0,58	441	15,9
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	0,75	376	13,5
59	Вирусный гепатит хронический	1,27	300	10,8
63	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	1,18	231	8,3

Из таблицы видно, что более 30% от пролеченных пациентов приходится на КСГ с наименьшим коэффициентом затратоемкости (дети – 0,5; взрослые – 0,35). Соответственно, и средняя стоимость 1 случая госпитализации в медицинской организации является невысокой.

Таблица 3

Наименование	2014 г.	205 г.	2016 г.	2017 г.
Количество пролеченных пациентов, чел.	7 172	8 359	8 326	8 290
Стоимость 1 случая госпитализации, тыс. руб., всего	19,3	21,9	19,5	21,9
в т. ч. дети	20,2	23,8	21,0	24,5

Из таблицы видно, что средняя стоимость 1 случая госпитализации в условиях стационара в 2014 г. составляла 19,3 тыс. руб. При таком объеме пролеченных пациентов данная стоимость не покрывала фактических затрат и на 01.01.2015 г. у медицинской организации образовалась кредиторская задолженность в размере 12 619,9 тыс. руб. При увеличении объемов оказываемой медицинской помощи и сокращении сроков пребывания в стационаре кредиторскую задолженность на 01.01.2016 г. удалось снизить до 2 838,5 тыс. руб. На 01.01.2018 г. кредиторская задолженность отсутствует.

Таким образом, переход на оплату медицинской помощи по КСГпривел к повышению эффективности оказания стационарной помощи за счет сокращения сроков лечения, повышению справедливости системы финансирования стационаров, заключающейся в более высокой оплате за больший объем оказанных услуг и более сложные и тяжелые случаи, совершенствованию спектра оказанных услуг и оптимизации профиля коек, тем самым стабилизировав финансовое положение медицинской организации.

Литература:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N 1273 г. "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" // СПС Консультант Плюс
2. Постановление Правительства России от 19 декабря 2015 г. № 1382 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов" // СПС Консультант Плюс
3. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" // СПС Консультант Плюс
4. Приказ Федерального фонда ОМС от 14 ноября 2013 г. № 229 "Об утверждении "Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования" // СПС Консультант Плюс
5. Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 "Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования" // СПС Консультант Плюс
6. Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2018 год // СПС Консультант Плюс

УДК 614.2:616.9

Юрчук С.В. Дудко И.В.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА" В РАЗРЕЗЕ КСГ ЗА 2015-2017 ГОДЫ.

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", г. Чита

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" является единственным специализированным стационаром в Забайкальском крае, предназначенным для госпитализации, проведения диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с различными бактериальными и вирусными инфекционными заболеваниями. В больнице предусмотрена высокая маневренность, при которой лечебные отделения как взрослые, так и детские могут быть перепрофилированы для госпитализации больных с любыми формами особоопасных инфекционных заболеваний в зависимости от эпидемической обстановки в крае и потребности в койках.- Мощность стационара ГУЗ "ККИБ" составляет 220 коек, в том числе 94 койки предназначены для оказания медицинской помощи взрослым, 114 - детям, 12 - реанимационным больным.

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" на протяжении всех лет работает с положительным медико-социальным и экономическим эффектом, ежегодно порядка 97%

пациентов выписываются с улучшением и выздоровлением, показатели работы коечного фонда свидетельствуют о его рациональном использовании. Для повышения эффективности работы коечного фонда, а также в целях оказания медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами на базе стационара круглосуточного пребывания развернут дневной стационар, рассчитанный на 2 койки.

Основные показатели работы стационара ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" за 2015-2017 годы представлены в таблице 1.

Таблица 1

Основные показатели работы стационара
ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" за 2015-2017 годах

№	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год	РФ	СФО
1	Поступило больных всего	8381	8307	8364		
2	Выписано больных	8359	8326	8290		
3	Проведено койко-дней	68.515	65.468	63.612		
4	Работа койки	314,3	297,6	291,8	294,3	283,1
5	Средние сроки лечения	8,2	7,87	7,63	7,27	6,95
6	Оборот койки	38,3	37,8	38,2	38,5	39

Сложившиеся за три анализируемых года показатели работы стационара соответствуют средним показателям по Российской Федерации и Сибирскому Федеральному округу.

Фактически выполненные объемы медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", в рамках реализации территориальной программы ОМС (с финансированием) представлены в таблице 2.

Таблица 2

Фактически выполненные объемы медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", в рамках реализации территориальной программы ОМС

№	Показатель	2015 год	2016 год	2017 год
1	Количество случаев лечения всего	8359	8326	8290
2	Количество случаев лечения детей	5079	5102	5309
3	% пролеченных детей (от числа всех пролеченных)	60,76	61,27	64,04
4	Количество случаев лечения взрослых пациентов	3280	3224	2981
5	% пролеченных взрослых пациентов (от числа всех пролеченных)	39,24	38,73	35,96

Стоит отметить, что количество детей, пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в течение анализируемых лет увеличилось на 3,3% и составило в 2017 году 64,04% от числа всех пролеченных пациентов.

Проведенный структурный анализ работы ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" за 2015-2017 годы в разрезе клинико-статистических групп на предмет количества случаев, пролеченных в медицинской организации детей и взрослых, представлены в таблицах 3 и 4.

Представленные в таблице данные свидетельствуют о следующем: доля госпитализированных в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" детей в разрезе КСГпо профилю "Инфекционные болезни"составила 54,75% от всех пролеченных за 3 года в стационаре детей. В структурном составе профиля на первом месте находятся заболевания КСГ"Кишечные инфекции"- 48,51%, на втором - КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" - 41,63%, КСГ "Другие инфекционные и паразитарные болезни", включая КСГ "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", а также КСГ "Клещевой энцефалит", составили 9,86% от общего количества.

Таблица 3

Пролечено по КСГ (количество случаев), дети

КСГ	Профиль/ наименование КСГ	Количество случаев			% от числа пролеченных пациентов			Средний % за 3 года от числа пролеченных пациентов
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
	Инфекционные болезни	**2270**	**2771**	**3464**	**44,69**	**54,32**	**65,25**	**54,75**
57	Кишечные инфекции, дети	1237	1372	1517	24,36	26,89	28,57	26,61
66	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети	830	1101	1610	16,34	21,58	30,33	22,75
64	Другие инфекционные и паразитарные болезни, дети	203	293	216	4	5,74	4,07	4,60
67	Грипп, вирус гриппа идентифицирован			120	0	0	2,26	0,75
68	Клещевой энцефалит		5	1	0	0,1	0,02	0,04
	Неонатология	40	13	23	0,79	0,25	0,43	0,49
111-113	Другие нарушения, возникшие в перинатальном периоде	40	13	23	0,79	0,25	0,43	0,49
	Пульмонология	731	501	872	14,39	9,82	16,42	13,54
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	731	501	872	14,39	9,82	16,42	13,54
	Терапия	1519	1248	853	29,91	24,46	16,07	23,48
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	1519	1248	853	29,91	24,46	16,07	23,48
Прочие		519	569	97	10,22	11,15	1,83	7,73
	ИТОГО	5079	5102	5309	100	100	100	100,00

Доля детей, пролеченных в стационаре по профилю "Пульмонология" (КСГ "Пневмония, плеврит, другие болезни плевры") составил 13,54% от всей структуры выполненных объемов, по профилю "Терапия" (КСГ "Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания") - 23,48%, "Неонатология" - 0,49%, прочие заболевания (единичные случаи из разных профилей КСГ) - 7,73%.

Таблица 4

Пролечено по КСГ (количество случаев), взрослые

КСГ	Профиль/ наименование КСГ	Количество случаев			% от числа пролеченных пациентов			Средний % за 3 года от числа пролеченных пациентов
		2015 г.	2016 г.	2017 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	
	Инфекционные болезни	**1669**	**1854**	**2159**	**51,29**	**52,35**	**77,65**	**60,43**
56	Кишечные инфекции, взрослые	585	521	441	17,98	14,71	15,86	16,18
65	Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые	559	851	965	17,18	24,03	34,71	25,31
59	Вирусный гепатит, хронический	356	329	300	10,94	9,29	10,79	10,34
58	Вирусный гепатит, острый	34	13	24	1,04	0,37	0,86	0,76
63	Другие инфекционные и паразитарные болезни, взрослые	135	136	231	4,15	3,84	8,31	5,43
67	Грипп, вирус гриппа идентифицирован			185	0	0	6,65	2,22
68	Клещевой энцефалит		4	13	0	0,11	0,47	0,19
	Пульмонология	**30**	**59**	**64**	**0,92**	**1,67**	**2,3**	**1,63**
188	Пневмония, плеврит, другие болезни плевры	30	59	64	0,92	1,67	2,3	1,63
	Терапия	**1124**	**1282**	**376**	**34,54**	**36,19**	**13,53**	**28,09**
217	Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания	1124	1282	376	34,54	36,19	13,53	28,09
Прочие		**431**	**347**	**181**	**13,25**	**9,80**	**6,51**	**9,85**
	ИТОГО	3280	3224	2981	100	100	100	100

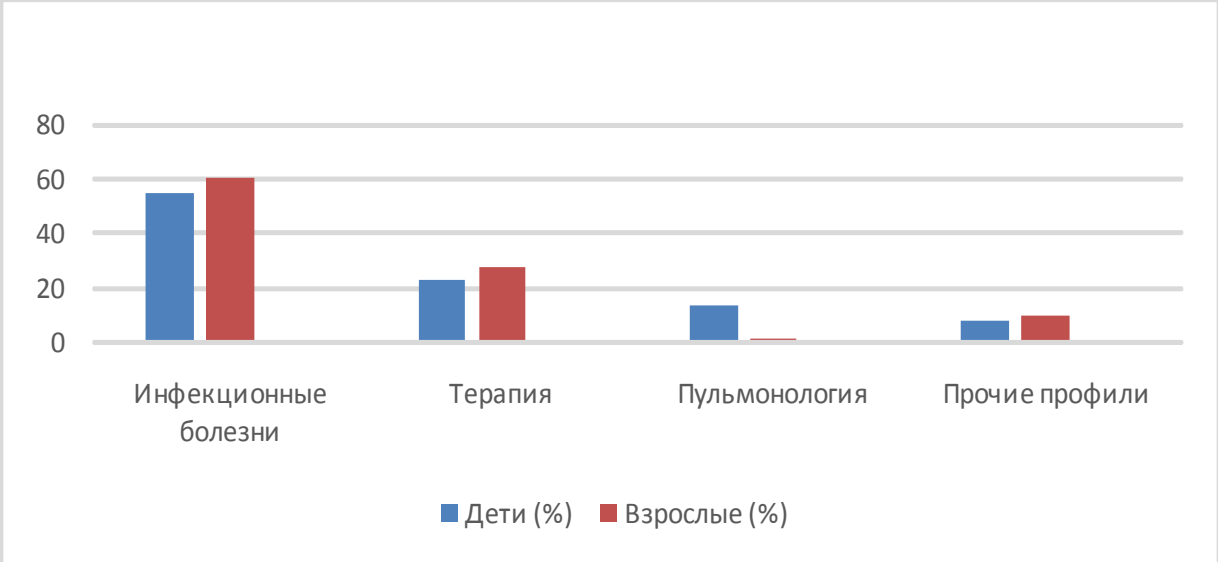
Структурный анализ выполненных объемов медицинской помощи по круглосуточному стационару в разрезе КСГ показал, что доля взрослых пациентов, госпитализированных в "Краевую клиническую инфекционную больницу" по профилю "Инфекционные болезни" составил 60,43% от всех пролеченных за 3 года в стационаре взрослых пациентов. В структурном составе профиля, КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" составил 41,8% от общего количества взрослых пациентов, КСГ "Кишечные инфекции, взрослые" - 27,23%. КСГ "Вирусный гепатит хронический" находится на третьем месте и занимает в структуре профиля "Инфекционные болезни" - 17,3%. КСГ "Другие инфекционные и паразитарные болезни", включая КСГ "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", "Вирусный гепатит, хронический", а также КСГ "Клещевой энцефалит" составили 13,67% от общего числа пролеченных взрослых пациентов по профилю "Инфекционные болезни".

Доля взрослых, пролеченных в стационаре по профилю "Пульмонология" (КСГ "Пневмония, плеврит, другие болезни плевры") составила1,63% от всей структуры выполненных объемов, по профилю "Терапия" (КСГ "Бронхит необструктивный, симптомы и признаки, относящиеся к органам дыхания") - 28,09%, прочие заболевания (единичные случаи из разных профилей КСГ) - 9,85%.

Сравнительные данные по распределению числа взрослых и детей, пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в разрезе профилей КСГ в 2015-2017 годах представлена на диаграмме №1.

Диаграмма №1

Сравнительные данные по распределению числа взрослых и детей, пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в разрезе профилей КСГ в 2015-2017 годах



Таким образом, проведенный структурный анализ заболеваемости в ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" в разрезе КСГ за 2015-2017 годы продемонстрировал, что лидирующим профилем КСГ по количеству пролеченных в стационаре ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница" пациентов, как среди детей, так и среди взрослых является профиль "Инфекционные болезни". Стоит отметить, что внутри данного профиля доля взрослых и детей, пролеченных по одинаковым КСГ различается. Так у детей на первом месте находится КСГ "Кишечные инфекции, дети" (48,51%), в то время как у взрослых на первом месте находится КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые" (41,8% от общего количества). На втором месте по количеству

пролеченных в стационаре случаев среди детей находится КСГ "Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети" (41,63%), в то время как у взрослых - КСГ"Кишечные инфекции, взрослые" (27,23%).

Вторым, по количеству пролеченных в круглосуточном стационаре пациентов является профиль КСГ "Терапия". У детей он составил 23,48% от общего количества пролеченных пациентов, а у взрослых - 28,09%.

Профиль КСГ "Пульмонология" у детей составил 13,54% от общего количества пациентов, в то время как у взрослых - 1,63%. Это связано с увеличившимся количеством внебольничных пневмоний среди детей, который был зафиксирован в 2017 году.

Прочие заболевания, которые можно отнести к ряду профилей КСГ, таких как: "Другие инфекционные и паразитарные болезни", включая КСГ "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", КСГ "Клещевой энцефалит", а также "Вирусный гепатит острый" у детей составили 8,22%, а у взрослых - 9,85%.

Литература:

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. N 1273 г. "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов" // СПС Консультант Плюс
2. Постановление Правительства России от 19 декабря 2015 г. № 1382 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов" // СПС Консультант Плюс
3. Постановление Правительства РФ от 19.12.2016 N 1403 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов" // СПС Консультант Плюс
4. Приказ Федерального фонда ОМС от 14 ноября 2013 г. № 229 "Об утверждении "Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования" // СПС Консультант Плюс
5. Информационное письмо Минздрава России от 11 ноября 2013 г. № 66-0/10/2-8405 "Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования" // СПС КонсультантПлюс
6. Шильникова Н.Ф. Клинико-статистические группы как способ оплаты медицинской помощи в стационарных условиях / Н.Ф. Шильникова, В.В. Бобрович // Забайкальский медицинский журнал. - 2015. - № 2. - С. 22-26.

УДК 614.2:616.9

Юрчук С.В. Веселова Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ. ПЛАНЫ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.

ГУЗ "Краевая клиническая инфекционная больница", г. Чита

Причинами сложной и чрезвычайно динамичной современной эпидемиологической ситуации является ряд причин, таких как возникновение новых, патогенных для человека, реассортантных штаммов вируса гриппа птиц, новых коронавирусов; массовый завоз и распространение в ряде территорий случаев кори; сохраняющаяся угроза заноса дикого

полиовируса из неблагополучных по полиомиелиту стран; рост заболеваемости острой кишечной инфекцией вирусной этиологии; угроза завоза нетипичных штаммов холеры V. choleraebiovareltor с повышенной вирулентностью (эпидемия холеры на Гаити и в ряде др. стран); появление новых высокоустойчивых к антибактериальным препаратам штаммов бактерий, приводящих к формированию эпидемических очагов с необычно тяжелым клиническим течением; увеличение активности циркуляции возбудителей в очагах инфекций, общих для человека и животных, и природно-очаговых инфекций (геморрагические лихорадки, клещевой энцефалит, бешенство, бруцеллез, сибирская язва), расширение ареала лихорадки Западного Нила, а также других трансмиссивных инфекций и ряд других факторов.Поэтому все более важными являются разработка новых подходов к диагностике, лечению и профилактике инфекций у взрослых и детей, совершенствование лабораторной диагностики и эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями.

Характерной чертой современности является постоянная угроза инфекционных болезней: появление новых или возвращение, казалось бы, уже потерявших свое значение болезней в сочетании с быстрым распространением и эпидемическим потенциалом некоторых из них, что повышает уровни предотвратимой заболеваемости, преждевременной смертности и потенциальной угрозы этих инфекций для здоровья. Поэтому вопрос готовности к появлению инфекционных болезней по-прежнему занимает приоритетное место в повестке дня общественного здравоохранения.

Инфекционная служба Забайкальского края структурно представлена специализированным стационаром государственного учреждения здравоохранения "Краевая клиническая инфекционная больница" (ГУЗ "ККИБ"), инфекционным отделением на 25 детских коек, расположенным в ГУЗ "Городская больница № 2" и койками инфекционного профиля, находящимися в районах края на базе 21 отделения.

Стоит выделить ряд особенностей службы, характерных для Забайкальского края:

1. Проведено сокращение коек инфекционного профиля в районах края в предшествующие годы с 576 в 2013 году до 439 в 2017 году, но при этом инфекционные заболевания остаются одной из ведущих причин смертности населения Забайкальского края (по данным Забайкалкрайстата умерших от инфекционных причин в крае в 2015 году - 220, в 2015 - 271, в 2016 - 252).
2. Общая и первичная инфекционная заболеваемость в крае падает из года в год (2013 год - 115 006 до 92 931 за 2017 год) на фоне снижения коечного фонда и числа врачей инфекционистов, т.е инфекционные заболевания плохо выявляются и не регистрируются ввиду отсутствия врача-инфекциониста.
3. Уровень госпитализаций пациентов с инфекционными заболеваниями на 1000 населения выше рекомендованного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации показателя. В Забайкальском крае этот показатель составляет 15,4 человека на 1000 населения, в то время как рекомендованный - 11,7 человек на 1000 населения. Данная ситуация напрямую связана с недостаточным количеством врачей-инфекционистов в районах края, невысоким доходом жителей, проживающих в районах, отдаленностью части населенных пунктов от медицинских организаций, где жителям может быть оказана первичная медико-санитарная помощь как врачебная, так и доврачебная, а также с неудовлетворительной работой первичного звена.
4. Особенности эпидемического процесса по ВИЧ в Забайкальском крае: стадия эпидемии ВИЧ в Забайкальском крае - низкого уровня распространения.

Происходит распространение ВИЧ-инфекции среди населения районов Забайкальского края,включая население малочисленных и отдаленных населенных пунктов.

Происходит смещение возрастных границ в более старшую группу (30-39 лет), вовлечение в эпидемический процесс трудоспособного населения края.

Заражение ВИЧ-инфекцией происходит преимущественно половым гетеросексуальным путем. Вовлечение в эпидемиологический процесс женщин фертильного возраста. При наступлении беременности возможен риск заражения детей вертикальным путем.

Доля социально-адаптированного контингента (работающие + учащиеся+ неработающее благополучное население) практически сравнялась с долей асоциального неработающего населения.

При этом из положительных сторон необходимо отметить - начавшееся внедрение телемедицинских консультаций, улучшение материально-технической базы краевого специализированного лечебного учреждения, расширение спектра проводимых лабораторных исследований в действующих лабораториях, открытие новых бактериологических лабораторий в районах края, централизацию лабораторной базы (что позволяет сэкономить финансовые средства МО края, уменьшить вероятность допущения ошибок ит.д.), внедрение федеральных форм регистра больных с вирусными гепатитами, ВИЧ-инфекций, что позволяет мониторировать ситуацию по каждому району, при необходимости - курировать дистанционно каждого пациента.

Основные задачи, стоящие перед инфекционной службой Забайкальского края:

1. Эффективное использование коечного фонда, сохранение основных структур, развитие дневных стационаров, приведение действующих отделений и кабинетов в соответствии с требованиями санитарного законодательства, порядков оказания медицинской помои по профилю.
2. Активное участие в Реализации Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в части иммунопрофилактики инфекционных болезней, профилактики и лечения больных ВИЧ/СПИД, хроническим гепатитом В, С.
3. Повышение уровня подготовки и квалификации медицинских кадров первичного звена по инфекционной патологии и, как следствие, повышение качества медицинской помощи инфекционным больным.
4. Дальнейшее развитие нормативной и методической базы в области организации лечебной работы и профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний.
5. Совершенствование регистрации и системы отчетности, создание регистров по отдельным нозологиям на основе современных информационных технологий.
6. Совершенствование инфраструктуры инфекционной службы и принятие действенных мер по укреплению материально-технической базы инфекционной службы.
7. Пересмотр системы и методов диспансерного наблюдения переболевших острыми и страдающих хроническими инфекционными болезнями.

Литература:

1. Приказ Минздрава РФ от 17.09.1993 N 220 "О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации"// СПС Консультант Плюс
2. Федеральный закон от 30 марта 1995 г. N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" // СПС Гарант
3. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"// СПС Гарант
4. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"// СПС Гарант

СОДЕРЖАНИЕ

Чабан С.Н., Коннина М.В.
СИСТЕМЕ ОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ 25 ЛЕТ.
ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ, ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ.....3
Шильникова Н.Ф.
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ И НАУЧНЫЕ ПРОЦЕССЫ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....10
Мурзина М.И.
ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ
ПО ПРОГРАММАМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ, А ТАКЖЕ ПО ПРИОБРЕТЕНИЮ
И ПРОВЕДЕНИЮ РЕМОНТА МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ
НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА В 2016-2017 ГОДАХ.....14
Мурзина М.И.
ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....20
Голубенко А.Г.
ИТОГИ КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЫ ТФОМС
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ И АНАЛИЗ НЕЦЕЛЕВОГО РАСХОДОВАНИЯ
И НЕОБОСНОВАННОГО ПОЛУЧЕНИЯ СРЕДСТВ ОМС ЗА ПЕРИОД 2013 - 2017 г.г.....28
Еремеев Ю.С., Казанцева Т.В.
АНАЛИЗ ВЫПОЛНЕНИЯ ОБЪЁМОВ И СТОИМОСТИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ВКЛЮЧЁННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2014-2017 ГОДА.....35
Левочко И.В.
ТАРИФНАЯ ПОЛИТИКА В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ОПЛАТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....39
Вавилова Е.А.
ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЗА 2015-2017 ГГ.....44
Владыка Е.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТРАХОВЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ В ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОМПАНИИ "ЗАБАЙКАЛМЕДСТРАХ".....47
Духновская Е.В.
МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАСЧЁТЫ.....55
Ефремов А.Г.
ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ.....57
Левочко И.В.
ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОНТРОЛЯ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ СТРАХОВАТЕЛЕМ
НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ.....60
Титова М.О.
О ПЕРСПЕКТИВАХ РЕАЛИЗАЦИИ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА
И ЮРИДИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА
И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СИСТЕМЕ ОМС ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....66
Фролов С.В.
ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ.....72
Фролов С.В.
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.....75

Щинова М.А.
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА УЧЁТА СВЕДЕНИЙ О ЗАНЯТОСТИ ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....79
Щинова М.А.
ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ СВЕДЕНИЙ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО УЧЁТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....83
Яманова Н.Б., Яблонская О.А.
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУДЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ.....90
Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Чабан С.Н., Бобрович В.В., Литвинцева И.И., Мамлеева В.А.
НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДЕЛИ КСГ ПРИ ОПЛАТЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА.....98
Шильникова Н.Ф., Ходакова О.В., Богатова И.В., Гринь Т.С., Рыкова Н.И., Банщикова Т.А., Хорошунова Е.А.
О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ПРИМЕРЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ГАУЗ "КЛИНИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР Г. ЧИТЫ".....102
Ходакова О.В., Дударева В.А., Евстафьева Ю.В.
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....106
Шильникова Н.Ф., Сенижук А.И., Савицкая Н.И.
УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ В РАМКАХ ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ.....111
Сенижук А.И., Шильникова Н.Ф., Зверочкина Ю.Н.
УПРАВЛЕНИЕ ОСНОВНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА.....117
Пинелис Ю.И., Шильникова Н.Ф.
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ ЗА ПЕРИОД 2014-2018 ГОДЫ.....125
Чепцов Ф.Р.
ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....128
Бянкин С.Ю., Иванова М.В.
ВНЕДРЕНИЕ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ ГАУЗ "ШИЛКИНСКЯ ЦРБ".....136
Громов П.В., Макаров В.Ю., Сенотрусова Ю.Е.
ОПЫТ РАБОТЫ НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. ЧИТА-2 ОАО "РЖД" В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА ПЕРИОД 2015-2017 гг.....143
Горяев Н.И.
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В КРАЕВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, РАСПОЛОЖЕННЫХ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ РАЙОНАХ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....148

Гергесова Е.Е., Зимина Е.В., Рыкова Н.И.
ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
КАК СТРУКТУРНОЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЕ В ТЕРРИТОРИАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ,
НАПРАВЛЕННОЕ НА ЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕСУРСОВ.....150
Михно Н.В.
ОРГАНИЗАЦИЯ ОФОРМЛЕНИЯ ИНФОРМИРОВАННЫХ ДОБРОВОЛЬНЫХ
СОГЛАСИЙ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ПРИНЦИПОВ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА
В ИННОВАЦИОННОЙ КЛИНИКЕ "АКАДЕМИЯ ЗДОРОВЬЯ".....153
Немакина О.В., Коржов Б.В.
РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
В ГБУЗ "ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ
ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН".....161
Юрчук С.В., Днепровская И.С.
ПЕРЕХОД ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА"
НА ОПЛАТУ ЗА ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ВКЛЮЧЕННОГО В СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ГРУППУ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....167
Юрчук С.В. Дудко И.В.
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
В ГУЗ "КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА"
В РАЗРЕЗЕ КСГ ЗА 2015-2017 ГОДЫ.....169
Юрчук С.В. Веселова Е.В.
ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.
ПЛАНЫ, ЗАДАЧИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ.....173

Компьютерная верстка - Чернова Ю.Г.
Корректор - Тришкина А.Н.

Подписано в печать 04.05.2018. Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman
Формат 60x84 $^{1}/_{16}$. Усл. печ. л. 13,2 Тираж 170. Заказ № 76/2018.

Отпечатано в информационно-издательском центре ЧГМА
672090, Чита, ул. Горького, 39-а.