



## Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

www.tfoms-chr.ru

### Информационное взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

Информационное обеспечение работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Чеченской Республики (и вообще фондов ОМС) – одно из ключевых направлений в техническом осуществлении его деятельности. Оно предполагает преимущественно работу по двум основным направлениям – это учет застрахованного населения и учет медицинских услуг, оказанных этому населению на территории региона и за его пределами.



Если с 2011 года работа по учету застрахованного населения у нас целиком налажена с использованием рекомендованных Федеральным фондом ОМС унифицированных программных продуктов, то направления по учету медицинских услуг, а точнее создания базы или ресурса, на основании которого он велся бы, долгое время не было. Это оставалось слабым звеном в деятельности нашего фонда, так как не было единого подхода к созданию информационной системы участниками ОМС, отвечающей современным требованиям, и к вопросам интеграции этих систем некой универсальной программы, которая могла бы синхронно работать со всеми лечебными учреждениями, фондами и т.д.

Прежде чем подробно остановиться на вопросе учета медицинских услуг, хотелось бы отметить, что одним из решений, инструментов учета застрахованного населения является полис обязательного медицинского страхования. Механизм здесь такой: полисы на каждого застрахованного лица со своим ЕНП (единный номер полиса) изготавливаются в Гознаке. В самой системе работает программа с двумя модулями – один для взаимодействия с Гознаком, другой – для взаимодействия со страховой компанией. Это сложная, но эффективная и надежная схема.

Теперь подробнее остановимся на втором направлении информационного обеспечения деятельности фонда – учете медицинских услуг, оказанных населению. Нужно отметить, что до 2011 года этот учет велся стихийно, все территориальные фонды работали фактически как могли, в своих регионах формировали нормативные документы на уровне правительства и Министерства здравоохранения, территориальных фондов и работали по этим нормативным документам. Были общие принципы, но единого подхода не существовало.

Стандартизация ведения пер-

сонифицированного учета началась с 2011 года. 25 января 2011 года вышел приказ Минздрава РФ №29-н об утверждении порядка ведения персонализированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, который стал документом, положившим старт внедрению новой системы учета медуслуг.

Далее, Федеральный фонд ОМС в апреле 2011 года издает приказ №79, где прописывает общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере ОМС. Данный документ уже обязывает вести учет застрахованных лиц и оказанных медицинских услуг по определенной схеме. Приказ регламентирует все взаимодействия между участниками ОМС, определяет требования к информационным системам участников ОМС, а также прописывает структуры и форматы фалов информационного обмена.

Стало очевидно, что информационное взаимодействие между участниками ОМС в соответствии с вышеназванным приказом возможно только при наличии статических и динамических ресурсов и инструментов для их формирования и обработки. То есть, была обозначена, в первую очередь, необходимость наличия информационных систем (ИС) на основе специальных мощных программных продуктов для выполнения информационных обменов в соответствии с приказом Федерального фонда, где прописан весь механизм (на 414 страницах) взаимодействия, и перечень того, что данная программа должна предусматривать.

Таким образом, был дан старт стандартизации всей системы ведения учета застрахованных лиц и медицинских услуг в нашей республике.

На раннем этапе становления и развития системы обязательного страхования в нашей республике перед нею стояло гораздо меньше задач, чем сегодня. Только 3 статьи расходов систе-

мы здравоохранения финансировались через систему обязательного медицинского страхования, да и лечебных учреждений, работающих в системе ОМС, было гораздо меньше.

До 2005 года всеми этими задачами занимался ФОМС – оформление и выдача полисов, учет застрахованных лиц, создание программных продуктов (относительно примитивных на сегодняшний день, так как функций и больниц было меньше).

С 2005 года с началом функционирования в республике страховых медицинских организаций (СМО) часть функций ТФОМС была передана страховым медицинским организациям. Тогда страховая компания в лице филиала ЗАО МАКС-М в Чеченской Республике предложила свои программные продукты по ведению учета застрахованных лиц и медицинских услуг. В тот период в страховые компании по всей стране передали функции экспертизы и проверки больниц. И до сих пор работает эта схема: страховая компания страхует людей и проверяет, полноценно ли им оказывается медицинская помощь при наступлении страхового случая. А фонд контролирует саму страховую компанию, поскольку является источником финансирования.

Постепенно задачи Территориального фонда ОМС расширились, статьи финансирования увеличились (сейчас основная доля финансирования здравоохранения обеспечивается через систему ОМС), это, в свою очередь, требует автоматизацию различных процессов, внедрение новых информационных технологий. Назревала необходимость обозначения главенствующей роли в системе здравоохранения органа управления региона и Территориального фонда ОМС как в плане разработки нормативной документации регионального уровня, так и в плане решения технических задач.

Отвлечение страховой медицинской организации на несвойственные задачи могло

повлиять на качество ее работы. Более того, организация учета медицинских услуг всей системы здравоохранения с помощью разработок страховой компании, которые являлись ее собственностью, была связана с определенными рисками. Схема такой организации персонализированного учета медицинских услуг и информационного взаимодействия была уязвима как в плане возможного расширения количества субъектов ОМС, так и в плане их возможного уменьшения.

Уже в прошлом году мы вплотную подошли к тому рубикону, когда работать в прежней системе стало уже практически невозможно. Дело в том, что у нас в республике в системе ОМС более 70 больниц, не считая структурные подразделения, врачебные амбулатории, участковые больницы – это огромная сеть. Для финансирования системы здравоохранения требовались организация персонализированного учета оказанных медицинских услуг и формирование реестров счетов, которые являются основанием для счета. Были предприняты попытки организации персонализированного учета медицинских услуг в разворачиваемой в медицинских организациях медицинским информационно-аналитическим центром (МИАЦ) информационной системе. Однако массовость этой работы и отсутствие у многих медицинских организаций материально-технической базы для ее оперативного развертывания ставило под сомнение возможность оперативного решения этой проблемы.

В конце 2014 года стало очевидно, что в том ритме, который требуется на нынешнем этапе, с теми правилами, которые прописаны на федеральном уровне, у нас никак не получается наладить систему. Нам нужно было переходить на новые форматы, новые системы, усложнить и расширить систему, форсировать работу. Эта задача при имеющихся условиях оказалась невыполнимой.

Было решено развернуть мощную информационную систему (ИС) ТФОМС «процессинговый центр» – инструмент для обработки поступающих от медицинских учреждений информационных потоков на основе современных web-технологий.

Процессинговый центр – это универсальный, многофункциональный «инструмент», который предусматривает все рабочие процессы ИС ТФОМС, автоматизацию многих процессов, формирование любых отчетов любого уровня. Внедрение системы велось модульно. На первом этапе, еще два года назад, был развернут модуль ведения межтерриториальных взаиморасчетов. Далее был развернут модуль мониторинга госпитализации. И уже с начала 2015 года – модуль ведения персонализированного учета медицинских услуг, модуль ведения нормативно справочной информации (НСИ) и модуль ведения экспертизы.

Прежде чем остановить выбор на определенном разработчике, мы изучали IT-рынок в здравоохранении, каждый год участвовали на выставках «Medsoft» в Москве и следили за IT-рынком, привозили продукты, изучали сайты. Рынок IT-решений для медицинских организаций достаточно велик. Однако не многие IT-компании пишут для ТФОМС-ов.

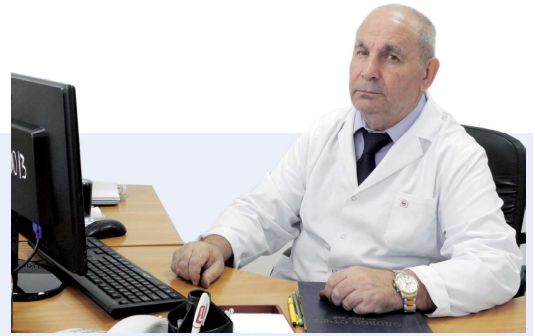
В конце 2014 года с целью подстраховки на случай оперативной адаптации информационных систем под новые требования, которые намечались на 2015 год, было решено развернуть в лечебных учреждениях дополнительный новый, относительно легкий программный продукт, который бы решал одну из задач, а именно учет медицинских услуг и формирование реестров лицевых счетов.

Задача состояла в том, чтобы быстро распространить инструмент, который будет вырабатывать этот файл с первичных документов врачебных учреждений.

(Продолжение на стр. 11)

## ЦРБ – это связующее звено

ЦРБ – очень значимое звено в цепи медицинской отрасли любого региона. Именно в ЦРБ при первичном осмотре важно обратить пристальное внимание на пациента, его жалобы и провести грамотное, правильное обследование. Специалисты ЦРБ стоят у истоков профессиональной медицинской помощи.



В Чеченской Республике работает 13 ЦРБ. О том, как они справляются с важнейшей задачей медицинского обслуживания населения, какие трудности при этом возникают и как сказывается на жизнедеятельности ЦРБ оптимизация здравоохранения, мы решили узнать на примере Курчалоевской центральной районной больницы, которая обслуживает население 20-ти населенных пунктов района. Всего в районе проживает 119 414 человек, из них детей до 18 лет – 41 816. Для медицинского обслуживания населения в Курчалоево развернут стационар на 320 коек, в основном хозяйственники. Врачи ведут прием по 18 специальностям. Стационар развернут по 7 профилям: хирургия, гинекология, отделение патологии беременных, родильное отделение, инфекционное, детское и травматология. После клинической интернатуры в больницу приехали 2 ЛОР-врача. Они успешно оперируют уши, исправляют носовые перегородки. К ним направляют пациентов со всей республики. Есть две лапароскопические установки. В установленном порядке врачи повышают квалификацию и выполняют все объемы медицинской помощи. Есть сложности из-за загруженности в терапевтическом отделении, где лечатся больные с хроническими заболеваниями, а в сезонный

период увеличивается число стационарных больных в инфекционном отделении. В данное время в этом отделении лечатся 40 больных вместо положенных 30. В связи с оптимизацией здравоохранения в районе сократились круглосуточные койки за счет увеличения коек дневного пребывания. Если до оптимизации всего было 320 коек, из них 270 круглосуточных и 50 дневных, то сейчас те же 320, из которых 210 круглосуточных коек и 110 коек стационара дневного пребывания. На вопрос о том, как долго больным приходится ждать очереди в стационар, собеседник ответил, что в стационаре практически нет проблем с ожиданием госпитализации. От нескольких дней до недели приходится ждать очереди в терапевтическое отделение, а в другие отделения больные госпитализируются сразу. В районе рождается в год до 3-х тысяч детей. Наблюдается прирост рождаемости и с каждым годом эта цифра растет. Лекарственное обеспечение жизненно важными препаратами хорошее.

Лекарственные средства, применяемые в реаниматологии, анестетики, анальгетики есть в достаточном количестве, перебоев с ними не бывает. В каждом отделении вывешен перечень препаратов, которые есть. Отвечая на актуальный вопрос о диспансеризации, Иман Ломалиевич сообщил, что в год они должны обследовать одну треть населения – 15 642 человека. На данный момент должны были пройти диспансеризацию 11 080 человек, а прошли за 8,5 месяцев 8150, что составляет 73,6%. Из обследованного населения 3862 – это здоровые люди, а 4288 (52,6%) – больные и состоящие в группе риска. В основном были обнаружены болезни органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистые заболевания. Также были выявлены онкологические патологии, ожирение разной патологии. Ответ на наличие финансовых проблем был очень сдержанный: - В первой половине текущего года финансовые тарифы были низкие, нашу больницу

ошибочно отнесли на второй подуровень, в котором изначально определены низкие тарифы. Думаю, что до конца года финансовое положение нормализуется. Закругляя беседу, я не могла не спросить о платных услугах, которых пока, как выяснилось, в Курчалоевской ЦРБ не оказывается. - Что касается платных услуг, то на данный момент их в ЦРБ нет, - сказал И. Жебирханов. - Все услуги для населения пока бесплатные. Но уже собран пакет документов для рассмотрения в Минздраве ЧР. Руководство собирается ввести платные услуги в лаборатории, рентгенкабинете, на аппаратах. В прошлом году начался переход на электронные карты в ЦРБ, но сейчас эта работа приостановлена по техническим причинам. В связи с финансовыми проблемами техническая служба Интермеда отказалась помогать больнице и расторгла договор. Но надеемся, данная работа по переходу на электронные карты будет возобновлена до конца текущего года.

Зинаида ФЕДОРОВА

## Информационное взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики

**(Окончание. Начало на стр. 4)**  
Для поликлиник – это талон амбулаторного пациента, а для стационара – карта вышедшего из стационара. То есть те документы, где фиксируются случаи, код лечения, код болезни, дата лечения, цель обращения и т.д. Это должен был быть легкий, доступный, удобный программный продукт, который бы не требовал интернета, чтобы его мог заносить оператор среднего уровня, то есть простой, интуитивно понятный инструмент. И главное, чтобы он не стал бременем и нагрузкой для больницы и не отвлекал врача, который должен лечить, а не сидеть над документами. Времени было действительно мало, мы рисковали потерять подходящий случай. Как правило, разработчики сопровождают программные продукты в течение одного года. Мы не могли допустить, чтобы работы по развертыванию «процессингового центра» были приостановлены на пару лет, и чтобы хаос в системе информационного взаимодействия продолжался. Кроме того, в системе ОМС готовились к созданию единого информационного ресурса с

использованием стандартных региональных информационных ресурсов (аналогичный ресурс застрахованного населения). Уже в декабре 2014 года мы основательно взялись за эту работу, написали техническое задание, подобрали людей, которые могут это быстро и эффективно сделать. В середине января 2015 года у нас уже была готова первая версия программного продукта для медицинских учреждений. 19-20 января мы провели семинар для операторов всех лечебных учреждений, продемонстрировали, как установить программу, как вносить данные, приложили подробную инструкцию на 20-30 страницах (руководство администратора, руководство пользователя), отдали всем дистрибутив. Был дан старт второму этапу модернизации системы информационного взаимодействия. Надо признать, что не все сразу гладко пошло. Команда из 4 человек круглосуточно сидела на телефонах, отвечая на вопросы, возникающие у операторов лечебных учреждений. Естественно, с первого раза в программном продукте мы не смогли все предусмотреть, не знали, насколько специфичные

моменты в здравоохранении могут встречаться. Мы – работники технической, информационной службы, врачебной практики у нас не было, и мы столкнулись с разнообразием деятельности медицинских учреждений. Например, как онкологические больницы, которые повторно ходят, получают химиотерапию, одни и те же услуги (а по программе одна и та же услуга два раза не должна повторяться, так как она фиксируется как дубль – неправильный ввод). Или гемодиализ, или работа фельдшерско-акушерских пунктов, или диспансеризация (первый, второй этапы), медицинские осмотры детей. Все эти медицинские манипуляции имели специфичные особенности и требовали нестандартных подходов в системе учета услуги, и все это не должно было пересекаться. Нюансом оказалось действительно много. Мы работали над каждым предположением, каждой ошибкой, все регистрировалось, привлекали врачей, и в первый месяц мы закрыли практически весь спектр возникавших брешей. Считаю, что это был настоящий переворот в системе персонализированного учета медицин-

ской помощи. Мы фактически одномоментно по всей республике запустили достаточно сложную систему. Были предложения постепенного перехода, но тогда мы получили бы пеструю лоскутную базу, с которой работать было бы гораздо сложнее, поэтому с определенным риском внедрили все одновременно. В настоящее время у нас все лечебные учреждения работают с новым программным продуктом, форматы выгрузки соответствуют нормативным документам федерального фонда. Располагая ресурсом, сформированным в соответствии с современными требованиями и по общепринятым стандартам, мы будем готовы к интеграционным процессам федерального уровня, будем готовы оперативно получать и обрабатывать информацию по разовым нестандартным запросам. Подводя итоги работы предыдущих нескольких месяцев, мы можем констатировать, что система информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования Чеченской Республики поднялась на качественно новый уровень. Сегодня мы уже работаем над тем, чтобы обеспечить макси-

мальную автономность наших информационных систем, уйти от зависимости от внешних IT-разработчиков, минимизировать потребность сопровождения наших программных средств. Мы также работаем над внедрением современных web-технологий. Наша конечная цель – это правильный учет средств, облегчение работы врача, предоставление населению наиболее комфортных условий в получении медицинских услуг, сведение к минимуму врачебных ошибок, переход на электронную регистратуру, чтобы в целом вся работа была прозрачной. То есть, мы стремимся к тому, чтобы привести врачебную систему в максимально правильный, общепринятый формат. Мы должны прийти к тому, что во всем мире принято (формирование электронных медицинских карт, различных архивов лабораторных исследований и т.д.), и если мы не будем делать к этому шагу сегодня, то завтра мы будем замыкающимися в таблицах рейтингов.

Увайс МАГОМАДОВ,  
начальник Управления  
информационного обеспечения  
ТФОМС ЧР