**Метод інформаційного контролю в системі ОМС територіального рівня**

Специфіка сучасного реформування системи охорони здоров'я в Росії на базі медичного страхування полягає в історично вдалому сполученні закономірних реформ охорони здоров’я з активною фазою науково-технічного прогресу, що охоплює поряд із промисловістю і медицину.

Однієї з раціональних форм по оптимальному інтегруванню лікувально-профілактичних заснувань (ЛПЗ) із системою обов'язкового медичного страхування є впровадження, використання і розвиток інформаційних технологій на базі застосування персональних комп'ютерів.

Інформаційні системи, що використовують у своїй основі високий ступінь формалізації, закономірно визначають тим самим відповідну високий ступінь виробничої дисципліни і порядку, а так само розумного ступеня формалізації медичної діяльності.

Однієї з задач забезпечення функціонування системи ОМС у єдиному інформаційному полі є інформаційна взаємодія суб'єктів системи ОМС між собою і зацікавленими організаціями.

Проблема рішення задачі інформаційної взаємодії обумовлена з однієї сторони різними формами власності суб'єктів системи ОМС. Тому що здебільшого лікувально-профілактичні заснування, що функціонують у системі медичного страхування, територіальні фонди ОМС є суб'єктами з державною формою власності. У той же час страхові медичні організації (СМО) і ряд підприємств-страховиків відносяться до недержавних структур.

З іншого боку, відповідно до Закону РФ “Про авторське право і суміжні права” бази даних (БД), одержувані й оброблювані за допомогою електронно-обчислювальної машини, є власністю і передача інформації, відображеної в цих базах даних, відповідно до закону повинна оформлятися як передача майнових прав.

У системі відомчого підпорядкування, у структурі заснувань з державною формою власності питання інформаційної взаємодії і доступу до інформації, зокрема БД, традиційно забезпечується адміністративними методами керування. При взаємодії структур з різними формами власності, інформаційний обмін, а тим більше доступ до БД, повинний здійснюватися в рамках договірних відносин, що не завжди розв'язно, у зв'язку з потенційною можливістю використання отриманої інформації всупереч інтересам передавального.

Зокрема, елементи конкурентної боротьби між страховими медичними компаніями, змушують їхній посібник обмежувати доступ до інформації як по застрахованих контингентах, так і за даними на пролікованих клієнтів, навіть незважаючи на те, що ця інформація надходить з лікувально-профілактичних заснувань і власниками таких БД є саме ЛПЗ.

Таким чином, суб'єкти ОМС, що нібито функціонують у єдиному інформаційному полі системи охорони здоров'я, юридично є “інформаційними заручниками” один одного.

Так наприклад, співробітникам територіального фонду ОМС практично неможливо скористатися інформацією БД застрахованих у СМО, зокрема, для установлення відповідності між фактичними даними і даними звітних форм.

Рішення даної проблеми в прикладному плані нам бачиться в розробці і застосуванні своєрідного методу інформаційного контролю в системі ОМС.

Суть методу полягає в зіставленні визначених параметрів, що характеризують діяльність суб'єктів системи ОМС і одержуваних їх різних щодо незалежних джерел.

Об'єктами авторського права, розповсюджуваного на бази даних у системі ОМС є лікувально-профілактичні заснування, органи охорони здоров'я, страхові медичні організації, територіальні фонди ОМС і їхні філії.

Основними базами даних інформаційного забезпечення системи ОМС у ЛПЗ є:

1. БД прикріпленого населення.
2. БД застрахованого населення.
3. БД“Талонів амбулаторного пацієнта”.
4. БД“Карт вибулого зі стаціонару”.
5. БД реєстрів пролікованих по системі ОМС.

Вид інформації, одержуваний за даними БД ЛПЗ:

1. персоніфікований облік пацієнта (соціальний і медичний статус) - (Iл),
2. персоніфікований облік застрахованого пацієнта (соціальний і медичний статус) - (Рл),
3. число пацієнтів (Iл),
4. число застрахованих (Рл).

Можливі аналітичні дані, одержувані по БД ЛПУ:

1. Етапний эпикриз на пацієнта.
2. Лікарський паспорт підприємства (території).
3. Медико-статистичні й економічні дані обертаності, захворюваності і фінансових витрат по групах пацієнтів, територіям, підприємствам, страховим компаніям.

Страхові медичні організації мають у своєму розпорядженні авторське право на наступні основні БД:

1. БД підприємств по договорах страхування (Nc).
2. БД застрахованих на підприємствах (Pc).
3. БД застрахованого непрацюючого (територіального) населення (Рс-н).
4. БД видачі й обліку полісів ОМС (Пс).

Вид інформації, одержуваний за даними БД СМО:

1. підприємство - страховик (Nc),
2. застрахований (Рс),

Можливі аналітичні дані, одержувані по БД СМО:

1. Число зареєстрованих страховиків (Nc),
2. Число застрахованих (Рс),
3. Середнє число застрахованих на один страховика (Ac=Рс/Nc).

Територіальні фонди ОМС і їхні філії мають у своєму розпорядженні наступними основними БД:

1. БД страховиків.
2. БД платежів у фонд ОМС.

Вид інформації, одержуваний за даними БД фондів ОМС:

1. підприємство-платник (найменування) - (Nф), (по списках Смо-Nс)
2. среднесписочная чисельність працівників - (Pф),
3. сума внесків по підприємству(Sф),
4. чисельність непрацюючих застрахованих (Рс-н),
5. сума внесків по непрацюючим (Sф-н)

Можливі аналітичні дані, одержувані по БД фондів ОМС:

1. Число зареєстрованих платників (Nф).
2. Сумарна середнясписочна чисельність працівників (Pф).
3. Підсумкова сума внесків по всім перемінним (Sф)
4. Середня сума внесків на один платника (Aф=Sф/Nф).
5. Середня сума внесків на один працівника по підприємстві-платнику (A1ф=S1ф/N1ф).
6. Середня сума внесків на один працівника по всій сумі підприємств-платників(A2ф=Sф/Pф).
7. Середня сума внесків на один непрацюючого (A2ф-н=Sф-н/Рс-н).

Дослідження показують, що одержання тих або інших статистичних і аналітичних даних у системі ОМС можливо з різних джерел. І ці отримані дані відповідним чином регулюються. Розкриття таких відповідностей може бути своєрідним механізмом контролю вірогідності в діяльності різних суб'єктів системи ОМС.

Так число облікового складу підприємства-страховика (інформація у фонді ОМС) відповідає числом застрахованих (первинна інформація в СМО). Число пролікованих у ЛПЗ (первинна інформація в лікувальному заснуванні) відповідним чином співвідноситься з числом застрахованих, по якому після відповідної експертизи СМО робить розрахунок з лікувальним заснуванням (база даних у СМО).

Інтегровано взаємодію основних інформаційних потоків і даних систем обов'язкового медичного страхування територіального рівня представлена на схемі 1.

Схема 1. Інформаційні потоки системи обов'язкового медичного страхування.

Аналізуючи дану схему можна вивести деякі основні правила для суб'єктів ОМС територіального рівня, по яких може виробляється контроль руху інформації і відповідності даних, отриманих з різних джерел.

**Правило перше:**

Число середнйосписуваного складу суб'єкта-платника страхових внесків у фонд ОМС дорівнює (або більше) числа застрахованих даного суб'єкта в СМО.

**Правило друге:**

Число пролікованих у ЛПЗ застрахованих суб'єкта-страховика, за яких зроблена оплата в СМО, дорівнює (або менше) числа застрахованих клієнтів, що звернулися в ЛПЗ і відносяться до суб'єкта-страховика даної території.

**Правило третє:**

Число застрахованих у СМО територіального рівня равно (або більше) числа пролікованих у ЛПЗ застрахованих цього ж територіального рівня.

Наявність первинної інформації (БД) на кожнім з рівнів системи ОМС забезпечує достовірний інформаційний контроль функціонування системи. Розкриття інформаційної невідповідності є об'єктивною передумовою для ухвалення управлінського рішення по оптимальному функціонуванню системи обов'язкового медичного страхування територіального рівня.