

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Омельяновский В.В., Железнякова И.А.

**Совершенствование системы ведомственной
статистической отчетности в сфере здравоохранения**

Москва 2019

Аннотация. Действующая система государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения характеризуется низкой эффективностью формирования, сбора и обработки данных. Результатами неоптимальной структуры отчетных форм становятся избыточная нагрузка на персонал медицинских организаций, ограниченная доступность информации для организаторов здравоохранения и иных заинтересованных лиц, распространение случайных ошибок и целенаправленных искажений данных.

В работе проведен анализ ключевых причин низкой эффективности системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения. Предложены меры по оптимизации системы показателей, совершенствованию системы сбора и обработки данных, нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений.

The existing system of state statistical reporting in healthcare is characterized by low efficiency of data forming, collecting and processing. The results of non-optimal records structure are unnecessary burden on medical workers, limited access to data for health management and other interested parties, large amounts of accidental errors and conscious data manipulations.

The work includes an analysis of key inefficiencies of state statistical reporting in healthcare. Measures have been proposed for optimizing the system of indicators, improvement the system for collecting and processing information and legal formalization for proposed changes.

Омельяновский В.В. заведующий лабораторией оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Железнякова И.А. научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2018 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	10
1.1 Отчетность о сети медицинских организаций, их деятельности и ресурсной обеспеченности.....	10
1.2 Отчетность о заболеваемости	11
1.3 Финансовая отчетность	13
1.4 Отчетность в сфере ОМС	19
1.5 Иные формы отчетности	21
2 РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ОТРАСЛЕВЫХ ЭКСПЕРТОВ	23
2.1 Методика опроса экспертов	23
2.2 Результаты опроса экспертов	24
3 ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	28
3.1 Предложения по совершенствованию системы показателей, используемых в государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в Российской Федерации	28
3.2 Предложения по совершенствованию системы предоставления информации в федеральные и территориальные органы власти, фонды ОМС и страховые медицинские организации в соответствии с их полномочиями .	34
3.3 Предложения по нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений.....	41
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	60

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

В настоящем докладе применяют следующие термины с соответствующими определениями

ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ЕГИСЗ	– единая государственная информационная система здравоохранения
КСГ	– клинико–статистические группы
МИАЦ	– медицинский информационно-аналитический центр
МИС	– медицинская информационная система
ОМС	– обязательное медицинское страхование
ПГГ	– программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
РМАНПО	– Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
ТПГГ	– территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФАНО	– Федеральное агентство научных организаций
ФМБА	– Федеральное медико–биологическое агентство
ФОМС	– Федеральный фонд ОМС

Введение

Наличие полной, достоверной и актуальной информации, характеризующей текущую ситуацию и возможные направления ее развития, является необходимым условием для принятия обоснованных управленческих решений. В сфере здравоохранения информационное обеспечение призвано решать следующие задачи [1]:

- раннее выявление потенциально опасных для общества ситуаций (вспышки эпидемиологически опасных заболеваний, накопление негативного воздействия внешних факторов, критическое снижение качества или доступности жизненно важной медицинской помощи);
- мониторинг результативности и эффективности государственной политики (соответствие целей фактическим потребностям общества, степень достижения поставленных целей, соотношение затрат и результатов);
- поддержка рутинного управления потоками пациентов и ресурсным обеспечением системы здравоохранения (например, обеспечение медицинских организаций расходными материалами);
- прогнозирование будущих потребностей населения в медицинской помощи (по уровням, профилям и типам услуг) и потребностей системы здравоохранения в ресурсах (основные фонды, кадры, расходные материалы, в т.ч. лекарственные средства, и т.д.);
- предоставление данных для научных исследований в области медицины и общественного здравоохранения, сотрудничества в рамках международных партнерств.

Значение информации для государства как организатора здравоохранения неуклонно растет по мере роста сложности гарантированной медицинской помощи (включения в состав государственных гарантий новых медицинских технологий, старения населения, распространения сочетанной заболеваемости и т.д.), результатом которого становится повышение вероятности и стоимости управленческих ошибок. Дополнительным фактором усиления внимания к информационному обеспечению здравоохранения может стать ужесточение бюджетных ограничений, требующее повышения эффективности общественных расходов для сохранения достигнутых ранее результатов.

В странах с развитыми государственными гарантиями оказания медицинской помощи основным источником информации о деятельности системы здравоохранения (включая данные об объеме и качестве оказанных услуг, потреблении ресурсов) и состоянии здоровья населения (в части, обращающейся в медицинские организации в отчетном периоде) является ведомственная статистическая отчетность, т.е. отчетность медицинских организаций, регулируемая уполномоченными органами государственной власти. Системы ведомственной статистической отчетности непрерывно совершенствовались на всем протяжении развития общественного здравоохранения, но в конце XX – начале XXI вв. темпы их развития резко ускорились благодаря появлению новых информационных технологий. Появление возможностей обработки обширных массивов данных стало предпосылкой для формирования новых (автоматическое формирование, предоставление и контроль статистической отчетности на основе данных электронного учета, создание регистров пациентов, установление связей между статистическими формами и т.д.) и расширения области применения традиционных механизмов отчетности (детализация учета потребления ресурсов, расширение набора собираемых и публикуемых индикаторов качества медицинской помощи).

Министерством здравоохранения РФ и подведомственными ему органами за последние десятилетия была проведена большая работа по обновлению форм ведомственной статистической отчетности в соответствии с изменившимися условиями деятельности медицинских организаций. Однако, корректировка статистических форм носила фрагментированный характер, что не позволило сформировать целостную всеобъемлющую систему отчетности. Важными проблемами существующей системы ведомственной отчетности остаются:

- неполное соответствие данных отчетности информационным потребностям пользователей;

По экспертным оценкам почти 50% данных, содержащихся в отчетных формах, остаются невостребованными организаторами здравоохранения [2]. В то же время, узкими специалистами отмечается недостаток данных, необходимых для анализа качества медицинской помощи по отдельным направлениям. Так, например, действующая отчетная форма № 32 не содержит данных о детях, родившихся на 22-й неделе гестации и позже с массой тела менее 500 г, причинах смерти мертворожденных детей с массой тела менее 1000 г, отдельных значимых патологиях рожениц и причинах смерти новорожденных [3].

Отдельные эксперты отмечают также проблему неполного охвата отчетностью медицинских организаций и, в частности, уклонение от подачи форм федерального статистического наблюдения частных медицинских организаций. В результате статистика приобретает систематические искажения в части недооценки объемов оказания медицинской помощи частным сектором [4].

- ограниченная доступность первичных данных и информационных материалов;

Ст. 5 ч. 10 федерального закона № 282-ФЗ от 29.11.2007 «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации» устанавливает, что обеспечение доступа к общедоступной официальной статистической информации осуществляется путем ее предоставления или распространения, при этом критерии выбора механизма обеспечения доступа не определены. Предоставление официальной статистической информации по письменному запросу или в соответствии с соглашением сторон об информационном взаимодействии доступно для федеральных органов государственной власти органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, судов, органов прокуратуры, Банка России, государственных внебюджетных фондов, профсоюзных объединений и объединений работодателей [5]. Механизмы предоставления информации официального статистического учета иным потенциальным пользователям (отдельным гражданам и организациям, в т.ч. в научных целях) законом не предусмотрены.

- низкое качество данных;

Анализ отчетов, предоставленных медицинскими организациями, свидетельствует о большом числе элементарных ошибок ввода данных, включая [6]:

- неверное суммирование;
- нарушение правил округления;
- некорректный выбор единиц измерения;
- ввод данных в неверные поля формы;
- расхождение данных между формами;
- непредставление отдельных форм и таблиц.

Наряду с элементарными ошибками ввода встречаются также ошибки, связанные с неверным пониманием исходного регламента заполнения и терминологии формы. Распространенными примерами таких ошибок могут, в частности, служить смешение

посещений и обращений, отнесение к самостоятельным отделениям врачебных кабинетов, расположенных обособленно от основной части отделения и т.д. [7].

К общим причинам перечисленных «добросовестных» ошибок следует отнести:

- неудовлетворительную квалификацию статистиков медицинских организаций (в т.ч. связанную с высоким уровнем текучки кадров на данных позициях);
- недостаточно подробную регламентацию заполнения форм;
- частое внесение изменений в действующие формы (в т.ч. в конце отчетного периода);
- низкий уровень автоматизации предоставления отчетности и автоматического контроля данных.

В некоторых случаях методические ошибки могут содержать сами формы. Так, согласно форме №30 медицинская организация предоставляет отчет о профилактических осмотрах детей 1-го года жизни, тогда как по нормативам дети 1-го года жизни подлежат постоянному динамическому наблюдению [7].

Наконец, наиболее опасным риском для качества информации является сознательное искажение данных. В частности, в последние годы активно обсуждается проблема манипуляции статистикой смертности в целях достижения плановых значений снижения смертности от определенных причин [8,9,10].

- высокий уровень административной нагрузки на медицинские организации и отдельных медицинских специалистов.

По оценкам в настоящее время статистика медицинских организаций охватывает от 60 до 130 отчетных форм с суммарным количеством заполняемых показателей более 60 тысяч [2,11]. При этом, в последние годы темпы увеличения объемов отчетности заметно ускорились. Так, форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» в 2010 г. была увеличена с 11 до 33 страниц, в 2016 г. – до 52 страниц [7,12]. Большой объем отчетных форм создает неоправданную нагрузку на медицинский персонал и повышает риск ошибок и пропусков при вводе данных.

Многие данные представляются в составе нескольких форм. Так, сведения об объемах и стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за счет средств ОМС, подаются в составе формы федерального статистического наблюдения №62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» и

специализированной формы №14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» [13,14].

Сохранение указанных проблем определяет актуальность проведения комплексного анализа сложившейся системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в России и разработки путей ее совершенствования в интересах как медицинских организаций, так и органов управления системой здравоохранения.

Стоит отметить, что рамках данной работы детально исследуются только статистические формы, сведения в соответствии с которыми представляют непосредственно медицинские организации. Таким образом, не рассматриваются формы статистической отчетности, предоставляемые органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями и др.

Более того, рассматриваются только формы отчетности, являющиеся уникальными для сферы здравоохранения. Иными словами, формы, сведения в соответствии с которыми предоставляются не только медицинскими, но и иными организациями, не рассматриваются подробно в рамках данной работы.

Из анализа также изначально исключены формы отчетности, утверждаемые самостоятельно ведомствами, имеющими свою сеть медицинских учреждений, в частности, Минобороны России, Управления делами Президента Российской Федерации и т.п., в связи с отсутствием в открытом доступе информации о наличии особых форм отчетности в большинстве ведомств, закрытостью такой отчетности и относительной обособленностью ведомственной системы здравоохранения.

1 Аналитический обзор системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в Российской Федерации

1.1 Отчетность о сети медицинских организаций, их деятельности и ресурсной обеспеченности

В рамках первого блока анализа рассматривается отчетность о сети медицинских организаций, их деятельности и ресурсной обеспеченности, включая формы:

- №1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи» (в части показателей, характеризующих структуру медицинской организации);
- №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (в части показателей, характеризующих структуру медицинской организации);
- №14 ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»;
- №30 «Сведения о медицинской организации»;
- №47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций»;
- №56 «Сведения о деятельности отделения экстренной и консультативной помощи»;
- №70 «Сведения о деятельности центра медицинской профилактики»).

Среди выявленных недочетов данной области отчетности следует отметить:

- отсутствие Инструкции по заполнению формы № 14 ДС [14];

Возможно предполагается, что при заполнении формы №14 ДС необходимо руководствоваться инструкцией, прилагаемой к форме №14, но указания на это в форме №14 ДС нет. Кроме того, по форме №14 передаются другие сведения [15];

- дублирование данных внутри формы № 30 и между формой № 30 и формой № 1-здрав [16,17];

Внутри формы №30 выявлено дублирование данных в части сведений о числе выполненных интервенционных вмешательств под контролем УЗИ. Так же показано частичное пересечение информации с формой № 1-здрав, в части сведений о коечном фонде и его использование.

- дублирование данных между формами № 30 и № 47 [16,18];

Данные форм № 30 и № 47 дублируются в части сведений о коечном фонде лечебно-профилактических учреждений и плановой мощности лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь в амбулаторных условиях.

1.2 Отчетность о заболеваемости

Во втором блоке детально рассматривается отчетность о заболеваемости, включая следующие категории и формы:

- 1) инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, и заразные кожные болезни:

- № 9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями»;
- № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем и заразными кожными болезнями»;
- № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека».

- 2) туберкулез:

- № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом»;
- № 2-ТБ «Сведения о больных, зарегистрированных для лечения»;
- № 7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулезом»;
- № 8-ТБ «Сведения о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом легких»;
- № 10-ТБ «Сведения о результатах интенсивной фазы лечения (по микроскопии мокроты)».

- 3) психиатрия и наркология:

- № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)»;
- № 11 «Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами»;
- № 36 «Сведения о контингентах психически больных»;
- № 36-ПЛ «Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении»;
- № 37 «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями,

токсикоманиями»;

– № 38 «Сведения о работе судебно-психиатрической комиссии».

4) злокачественные новообразования:

– № 7 «Сведения о злокачественных новообразованиях»;

– № 35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями».

5) травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин:

– № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях внешних причин».

6) беременность с абортным исходом:

– № 13 «Сведения о беременности с абортным исходом».

7) общая заболеваемость отдельных категорий граждан:

– № 15 «Сведения о медицинском наблюдении за состоянием здоровья лиц, зарегистрированных в национальном радиационно-эпидемиологическом регистре»;

– № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»;

– № 1-ДЕТИ (здрав) «Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения»;

– № 19 «Сведения о детях-инвалидах»;

– № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»;

– вкладыш к форме № 32 (232) «Сведения о регионализации акушерской и перинатальной помощи в родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах».

8) общая заболеваемость и смертность лиц, получивших медицинскую помощь в подотчетной медицинской организации:

– № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи» (в части показателей, характеризующих деятельность медицинской организации);

– № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»;

– № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» (в части показателей, характеризующих деятельность медицинской организации).

По результатам анализа отчетности о заболеваемости не было выявлено грубых ошибок в содержании отчетности. В то же время, следует отметить, что в части отчетности о заболеваемости не определен процесс взаимодействия медицинских организаций, представляющих статистическую отчетность одному органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации, то есть, в общем случае, располагающихся на территории одного субъекта Российской Федерации. Например, порядком оказания медицинской помощи по профилю «онкология» установлено, что информация о впервые выявленном случае онкологического заболевания направляется врачом-специалистом медицинской организации, в которой установлен соответствующий диагноз, в организационно-методический отдел онкологического диспансера для постановки больного на диспансерный учет [19]. В то же время, каждая медицинская организация самостоятельно заполняет разделы форм федерального статистического наблюдения, в которых фиксируются сведения о впервые выявленных злокачественных новообразованиях. На настоящий момент нет правила, по которому субъекту Российской Федерации при обработке статистических форм следовало бы руководствоваться сведениями онкологического диспансера, а значит, вероятно возникновение ошибок при составлении агрегированных статистических форм.

1.3 Финансовая отчетность

Третий блок охватывает формы отчетности, характеризующие финансовые показатели деятельности медицинских организаций (за исключением отчетности в сфере ОМС):

- № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению»;
- № ЗП-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала»;
- общие формы финансовой отчетности № П-4 «Сведения о численности и заработной плате работников», № 1-услуги «Сведения об объеме платных услуг населению» и № П (услуги) «Сведения об объеме платных услуг населению по видам» (для юридических лиц, оказывающих населению платные услуги).

Для формы № 62 выявлены как проблемы дублирования данных с иными формами, так и недостаточная регламентация заполнения формы.

Первый раздел формы № 62, содержащий сведения о количестве медицинских организаций в разрезе форм собственности, организационно-правовых форм и типов медицинских организаций [14], частично пересекается со сведениями формы № 30, согласно которой медицинские организации также указывают сведения о своей подчиненности (муниципальная, региональная, федеральная) и о своем нахождении в сельской местности, а также формы № 47, в соответствии с которой органы исполнительной власти регионов в сфере здравоохранения представляют сведения о количестве медицинских организаций в разрезе их типов, которые частично пересекаются с типами, указанными в форме № 62 [16,18]. Также медицинские организации, в том числе негосударственных форм собственности, представляют сведения о своем типе (мало детализированный перечень) согласно форме № 1-здрав, в сфере ОМС – № 14-МЕД (ОМС) [13,17].

Второй раздел формы № 62 посвящен сведениям об исполнении ТПГГ. Данный раздел формы в части объемов и стоимости медицинской помощи в целом по условиям оказания медицинской помощи за счет средств ОМС пересекается с формой 14-МЕД (ОМС) [13].

В третьем разделе формы № 62 все медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, указывают сведения об объемах посещений и их финансовом обеспечении (кассовое исполнение). Исходя из формы и указаний по ее заполнению, в разделе III формы и далее в последующих разделах по порядку не уточнено, могут ли объемы медицинской помощи, исполненные медицинской организацией, в отчете быть больше, чем объемы утвержденные, иными словами, в форме отражаются все объемы медицинской помощи, в том числе впоследствии не оплаченные, или же в сведениях по форме указываются только оплаченные объемы в пределах объемов медицинской помощи, утвержденных для конкретной медицинской организации.

Данные третьего раздела также пересекаются в части сферы ОМС в части общего количества посещений, профилактических посещений, неотложных посещений и обращений по заболеванию, в том числе по профилю «стоматология», и их стоимости с формой № 14-МЕД (ОМС) [13].

Раздел IV формы № 62 первоначально представляется только медицинскими организациями, находящимися в прямом подчинении у Минздрава России, ФМБА, ФАНО, а также Управления делами Президента Российской Федерации. В указанном

разделе отражаются сведения об оказанной медицинской помощи и ее стоимости по всем условиям ее оказания в разрезе источников финансирования и субъектов РФ. В форме предусмотрены графы для указания сведений о стоимости прочих видов медицинских и иных услуг отдельно за счет бюджетных средств и средств ОМС без указания объемов таких медицинских услуг. Согласно указаниям по заполнению формы № 62, в данную графу в части бюджетных средств включается высокотехнологичная медицинская помощь, которая не охвачена базовой программой ОМС, финансирование которой осуществлялось за счет средств консолидированного бюджета субъекта РФ. Кроме того, в случае заполнения указанной графы в части прочих медицинских и иных услуг за счет средств бюджета, к форме необходимо приложить пояснительную записку. При этом в указаниях по заполнению статистической формы не указано, какие именно сведения должны быть представлены в указанной пояснительной записке.

Также стоит отметить, что в данном разделе формы № 62 нигде не указываются объемы и стоимость высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, которая была оказана федеральными медицинскими организациями за счет средств бюджета ФОМС.

Пятый раздел формы № 62, в котором отражаются данные об объемах и стоимости бесплатного оказания медицинской помощи, заполняются всеми медицинскими организациями. В этом разделе опять же указываются данные об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи в рамках ПГГ раздельно за счет бюджетных средств и средств ОМС в разрезе условий оказания и видов медицинской помощи. Однако, в данной части формы использован иной разрез предоставления соответствующих данных, а именно уровни оказания медицинской помощи (за исключением скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации). Деление медицинских организаций по уровням осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 8.06.2016 № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения» [20].

При этом не ясно, как представляют сведения медицинские организации, чей уровень оказания медицинской помощи изменялся в течение года, за который предоставляется отчетность. Также не ясен механизм отнесения к уровню медицинской организации, в составе которой выделены подразделения с отличным уровнем оказания медицинской помощи. Более того, указанные методические рекомендации не

предусмотрены для частных медицинских организаций и иных негосударственных медицинских организаций, и не ясно, кто определяет для них уровень при заполнении статистической формы – они сами или, например, территориальные фонды ОМС в случае участия медицинской организации в территориальной программе ОМС.

Согласно указаниям по заполнению, аналогично предыдущему разделу формы данные о высокотехнологичной медицинской помощи или не заполняются (в случае высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС), или включены в соответствующие графы (стоимость оказания видов, не включенных в базовую программу ОМС и оплачиваемых из средств консолидированного бюджета субъекта РФ, отражаются в графе «прочие виды медицинских и иных услуг», а объемы и стоимость высокотехнологичной медицинской помощи, охваченной базовой программой ОМС, включаются в общие объемы и стоимость специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре).

В шестом разделе медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, предоставляют сведения об объемах и стоимости соответствующей медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи.

При этом в данном разделе отражаются в том числе сведения о высокотехнологичной медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу ОМС. Остальные виды высокотехнологичной медицинской помощи в данном разделе не отражаются.

По строкам в данной таблице расположены профили оказания медицинской помощи, в том числе строка «всего» и «прочие». Перечень форм при этом, вероятно, основан на соответствующем перечне, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» [21]. Однако по сравнению с указанным приказом, в форме № 62 профиль «дерматовенерология» раздел на два отдельных профиля – «дерматология» и «венерология». Также в перечисленных профилях в форме № 62 отсутствуют такие профили медицинской помощи как «анестезиология и реаниматология», «медицинская реабилитация», «паллиативная медицинская помощь», «пластическая хирургия», «скорая медицинская помощь» и «трансплантация костного

мозга и гемопоэтических стволовых клеток». При этом по поводу профиля «анестезиология и реаниматология» в указаниях по заполнению формы отмечено, что расходы на оказание соответствующей медицинской помощи должны быть отражены в иных профилях (например, онкология, хирургия и т.д.), по которому был пролечен пациент. Объемы медицинской помощи и ее стоимость по иным профилям, не перечисленным прямо в таблице 6000, отражаются в строке «прочие» в случае, если источником финансирования являются бюджетные средства или средства ОМС.

В отношении данного раздела формы важно отметить, что в соответствии с ним предполагается заполнение плановых показателей объема и стоимости стационарной медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи. Однако в форме и в указаниях по ее заполнению не указано, как должно осуществляться отнесение случаев и их стоимости к конкретному профилю – по профилю койки, на которой был пролечен пациент, или, например, по профилю, в который включен законченный случай лечения, в том числе клинико-статистическая группа (по профилю, к которому отнесен вид высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнями, утвержденными ППГ).

Кроме того, как и в предыдущих разделах формы, не ясно, должны ли по графам с фактическими объемами в части ОМС указываться все объемы медицинской помощи или только оплаченные объемы медицинской помощи в пределах распределенных объемов.

В седьмом разделе формы № 62 предоставляются данные об объемах и стоимости оказания платных медицинских услуг, заполняемые всеми медицинскими организациями, в том числе негосударственными медицинскими организациями в случае, если они участвуют в реализации ТППГ. Из информации в этом разделе формы можно заметить, что данные мало разграничены по видам медицинской помощи. Так, например, в рамках дневного стационара не выделяется отдельно первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь. Вторым примером является то, что отдельно не выделена скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации. Таким образом, получить сведения об объемах выполнения вызовов платной скорой медицинской помощи в стране из формы № 62 невозможно.

Также в разделе VII предусмотрена подтабличная строка 7024, в которой указывается размер расходов на проведение исследований в лабораториях – самостоятельных юридических лицах. При этом из формулировки в самой форме и в

указания по ее заполнению не ясно, какие именно расходы подразумеваются: расходы самой лаборатории на проведение исследований, оплаченных пациентами, или же расходы медицинских организаций на лабораторные услуги, оказанные самостоятельными медицинскими лабораториями.

Восьмой раздел формы № 62 предназначен для сбора сведений о расходах финансовых средств в разрезе статей расходов, условий оказания медицинской помощи и источников финансирования. Раздел имеет три подтабличные строки. В строке 8030 указывается общая сумма штрафов, которые предъявили страховые компании медицинским организациям за неоказание или же несвоевременное оказание медицинской помощи, или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. Исходя из формулировки в указанной подтабличной строке, в этой сумме средств не учитываются иные санкции по отношению к медицинским организациям в рамках мероприятий по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а именно отказ в оплате оплата медицинской помощи не в полном объеме. Таким образом, такие сведения не могут быть получены из статистической формы № 62.

Стоит отметить, что в части расходования средств ОМС форма № 62 пересекается с формой № 14-ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями», согласно которой отражаются сведения о расходах на оказание медицинской помощи также в целом и в разрезе всех статей расходов по всем условиям оказания медицинской помощи (однако, данные в разрезе условий в форме № 14-ф (ОМС) указываются только в части базовой программы ОМС) [13].

При этом важно отметить, что такие данные в разрезе всех условий оказания медицинской помощи не могут быть отражены медицинскими организациями точно и достоверно по ряду причин. Во-первых, медицинские организации, как правило, ориентируются на общие правила бухгалтерского учета, не подразумевающего особых правил для медицинских организаций по учету расходов в разрезе всех подразделений и условий оказания медицинской помощи. Во-вторых, большинство медицинских организаций не имеет полноценных медицинских информационных систем, позволяющих вести полноценный управленческий учет и в том числе детализированный бухгалтерский учет. В-третьих, в настоящее время на федеральном уровне не существует правового акта или методических указаний, касающихся единых четких требований к управленческому учету и к медицинским информационным системам в части ведения

управленческого учета, в том числе устанавливающих единые правила отнесения общеучрежденческих затрат на подразделения медицинской организации и конкретные случаи оказания медицинской помощи, что, соответственно, позволило бы осуществлять в конечном счете корректный учет расходов в разрезе условий оказания медицинской помощи.

Девятый раздел формы № 62 предназначен для сбора информации о кадровом составе медицинских организаций, в том числе частных медицинских организаций, участвующих в реализации ТППГ. Таким образом, данный раздел формы по своей сути не является формой сбора финансовой отчетности, а относится, скорее, к виду статистических форм, содержащих сведения о ресурсной обеспеченности медицинских организаций. Стоит отметить, что сведения о штатах в разрезе врачей, среднего и младшего медицинского персонала медицинские организации представляют также в соответствии с формой № 30 «Сведения о медицинской организации» (более детализировано в части категорий медицинского персонала, однако не в разрезе уровней оказания медицинской помощи) [16]. Аналогичные форме № 30 сведения содержатся и в форме № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» [18].

В рамках исполнения указа Президента РФ от 7.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» для мониторинга повышения уровня средней заработной платы отдельных категорий лиц, работающих в социальной сфере, утверждены соответствующие формы статистической отчетности. В целях данного мониторинга в настоящее время действуют приказы Росстата от 20.12.2017 № 846 [22] и от 25.12.2017 № 864 [23].

Данные приказы утверждают в том числе форму отчетности в сфере здравоохранения № ЗП-здрав «Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала» (далее – форма № ЗП-здрав): приказом № 846 утверждена месячная форма отчетности, приказом № 864 – квартальная. Обе формы заполняются нарастающим итогом, содержание обоих видов отчетных форм при этом также одинаковое, в связи с чем не ясна целесообразность утверждения дополнительной квартальной формы отчетности.

1.4 Отчетность в сфере ОМС

В четвертый блок анализа выделена отчетность о деятельности в сфере ОМС, включая:

- отчетность о заработной плате работников медицинских организаций в сфере ОМС;
- отчетность 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 предоставленных средств для их финансового обеспечения;
- формы 14-Ф и 14-МЕД «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС»;
- отчетность о деятельности медицинской организации в сфере ОМС;
- отчетность об использовании субсидии Федерального фонда ОМС на финансовое обеспечение выполнения федеральными государственными учреждениями государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, оказываемой гражданам РФ;
- реестры счетов за медицинскую помощь, оказанную в системе ОМС.

Сведения, необходимые для формирования отчётности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере ОМС, представляется возможным автоматизировано выгружать из информационных систем кадрового и бухгалтерского учёта медицинских организаций.

Кроме того, неясна необходимость подачи отчётности в бумажном виде в случае, если участники взаимодействия имеют возможность обеспечить юридически значимый электронный документооборот с использованием электронной подписи. При этом описанный способ подачи сведений, в том числе в части кадровой отчётности, уже реализован при подаче отчётности в налоговую инспекцию. Таким образом принципы использования электронной подписи не должны быть новы для медицинских организаций.

Второй, третий, четвертый, пятый и шестой разделы формы 14-МЕД могут формироваться территориальным фондом ОМС, на основании переданных медицинской организацией реестров счетов по ОМС (при условии включения в реестры счетов сведений о прохождении реабилитации) [13].

1.5 Иные формы отчетности

В пятом блоке собраны иные формы федерального и отраслевого статистического наблюдения, которые не представляется возможным классифицировать в иные разделы и которые аккумулируют сведения о:

- 1) отдельных видах медицинской деятельности
 - № 39 «Сведения о заготовке и переработке крови и ее компонентов и препаратов»;
- 2) деятельности отдельных лечебно-профилактических медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций:
 - № 40 «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»
 - № 41 «Сведения о доме ребенка»
 - № 54 «Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам»
 - № 43 «Отчет санатория (пансионата с лечением);
 - № 44 «Отчет детского санатория»;
 - № 45 «Отчет туберкулезного санатория для взрослых»;
 - № 53 «Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом»;
 - № 1-ВОП «Сведения о деятельности врача (отделения, центра) общей (семейной) практики»;
 - № 42 «Отчет врача - судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы»;
 - № 56 «Сведения о деятельности отделения экстренной и консультативной медицинской помощи»;
 - № 59 «Отчет о работе химико-токсикологической лаборатории наркологического диспансера (наркологической больницы)»;
 - № 64 «Отчет центра (отделения) острых отравлений»;
 - № 68 «Отчет о работе отделения диализа и Центра амбулаторного диализа»;
 - № 4 «Сведения о результатах исследования крови на антитела к ВИЧ».
- 3) профилактических осмотрах и диспансеризации отдельных категорий граждан;
 - № 030-ПО/у-17 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего»

- № 030-Д/с/у-13 «Карта диспансеризации несовершеннолетних»;
 - № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения».
- 4) оказании высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС;
- № 67-МО-ОУЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, оказанной медицинской организацией, включенной в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации»;
 - № 67-МО-МЗ «Сведения об объеме высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов, не включенных в базовую программу ОМС, оказанной федеральным государственным учреждением, включенным в перечень, утверждаемый Министерством здравоохранения Российской Федерации».
- 5) оказании медицинской помощи гражданам Республики Беларусь:
- № 1-РБ «Сведения об оказании медицинской помощи гражданам Республики Беларусь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации».

В качестве проблемных моментов, выявленных в процессе аналитического обзора иных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, следует отметить:

- неопределенный статус форм (утратившие силу приказы, повторяющиеся номера разных статических форм, отсутствие официальной информации об отмене действия) ряда отраслевых форм (формы № 39, № 40, № 56, № 68);
- дублирование и пересечение целого ряда сведений (к примеру, штаты, коечный фонд, контингенты лиц, получающих медицинскую помощь) в формах отраслевого и федерального статистического наблюдения;
- отсутствие указаний по заполнению отраслевых форм статистической отчетности (формы № 43, № 44, № 45, № 53, № 54, № 64, № 1-ВОП, № 1-РБ);
- отсутствие информации об основном источнике информации при составлении формы в указаниях/инструкциях/порядках по заполнению (за

исключением форм № 40, № 59, № 4, № 030-ПО/О-17, № 030-Д/с/о-13, № 131, № 67-МО-ОУЗ, № 67-МО-МЗ);

- отсутствие регламентации применения межформенного контроля при наличии дублируемых и сопоставимых показателей в разных формах отчетности;
- установленный в 90-е годы прошлого века трудно выполнимый срок представления отраслевой отчетности (формы № 43, № 44, № 45, № 53, № 54, № 1-РБ) в срок до 5 января, приходящийся на Новогодние каникулы, установленные трудовым законодательством Российской Федерации;
- дублирование электронного вида отчетности бумажным вариантом с подписями руководителя медицинской организации и лиц, ответственных за представление информации, и печатью медицинской организации.

2 Результаты опроса отраслевых экспертов

2.1 Методика опроса экспертов

Выявленные по результатам первичного анализа проблемы государственной статистической отчетности и разработанные меры их разрешения были представлены на рассмотрение отраслевым экспертам.

В качестве метода социологического исследования использован опрос экспертов, в том числе с применением метода экспертных оценок. Инструментом экспертного опроса является анкета, разработанная с учетом результатов анализа системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в Российской Федерации.

Целевой аудиторией разработанной анкеты являются специалисты, имеющие знания и опыт работы в области организации медицинской помощи и медицинской статистики, и, соответственно, являющиеся компетентными в вопросах проблем, существующих в настоящее время в системе статистической отчетности в сфере здравоохранения. Так, в перечень групп респондентов включены представители федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, врачи-статистики, врачи методисты, организаторы здравоохранения (главные врачи городских больниц, поликлиник, заведующие отделений).

Эксперты для проведения анкетирования были отобраны случайным образом. Анкета распространялась среди слушателей циклов повышения квалификации по программе «Общественное здоровье и организация здравоохранения» (проводятся на базе РМАНПО), а также направлялась напрямую в медицинские организации различной формы собственности, работающие в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях в городе Москве. Период заполнения и сбора заполненных анкет – июль-сентябрь 2018 года. Всего в опросе приняли участие 23 эксперта.

2.2 Результаты опроса экспертов

Установлено, что полностью объективными сведения, передаваемые при сборе государственной статистической отчетности в здравоохранении, считают лишь 13% респондентов, на частичную объективность данных указали 52,2%, на полную не объективность – 21,7%. Безоговорочно доверяют сведениям официальной статистике в здравоохранении лишь 13% опрошенных, частично склонны доверять – 56,5%, полностью не доверяют – 17,4%. Избыточным количество форм государственной статистической отчетности в здравоохранении считают 56,5% экспертов. 47,8% респондентов полагают, что данные государственной статистической отчетности частично обеспечивают решение задач на всех уровнях системы здравоохранения и принятие управленческих решений, 26,1% – считают, что не обеспечивают решение задач, 13% – полагают, что полностью обеспечивают. 59,1% экспертов считают, что некоторые формы государственной статистической отчетности в здравоохранении допускают дублирование сведений между собой».

Среди факторов, оказывающих критически значимое и сильное влияние на систему сбора, передачу данных и обработку данных государственной статистической отчетности по 5-бальной шкале чаще других отмечались следующие:

- «нехватка профессиональных кадров в области медицинской статистики» и «недостаточный уровень знаний и использования отчетных статистических форм руководителями здравоохранения» по мнению подавляющего числа экспертов (61,9%) оказывают критически значимое (33,3 и 23,8% респондентов соответственно) и сильное (28,6 и 38,1% соответственно) влияние;
- «предоставление в государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения умышленно искаженных первичных статистических данных» оказывает критически значимое (31,8%) и сильное (31,8%) влияние на систему

сбора, передачу данных и обработку данных государственной статистической отчетности;

– факторы связанные с медицинскими информационными системами, а именно: «отсутствие в медицинских организациях информационных систем, которые формируют и передают отчетность в сфере здравоохранения» (63,6%), «отсутствие интеграции внутренних информационных систем медицинской организации между собой (первичные сведения МИС и кадровых информационных систем с системами формирования отчетности)» (54,5%), «недостаточное развитие автоматизированных систем сбора отчетности в сфере здравоохранения в организациях, в которые направляются сведения» (54,5%);

– «дублирование показателей в формах государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения» по мнению 45,5% экспертов оказывает умеренно негативное влияние на систему сбора, передачу данных и обработку официальных статистических данных. При этом признали проблему дублирования сведений в некоторых формы государственной статистической отчетности в здравоохранении 59,1% экспертов;

– «отсутствие информационных систем, позволяющих выполнять анализ статистических показателей и принимать решения на их основе в организациях, в которые направляются сведения» оказывает критически значимое негативное влияние по мнению 50% экспертов;

– «отсутствие персонифицированного подхода при формировании форм статистического учета медицинской помощи» (31,8% считают, что он оказывает критически значимое негативное влияние, а 40,9% – сильное негативное влияние);

– «отсутствие одной единой информационной системы сбора, обработки и хранения отчетности для всех пользователей на уровне субъекта РФ» и «отсутствие одной единой информационной системы сбора, обработки и хранения отчетности для всех пользователей федерального уровня: Минздрава России, органов исполнительной власти субъекта РФ, медицинских организаций, ФОМС, Росстата и различных ведомств (ФМБА, Всероссийского центра медицины катастроф «Защита», Роспотребнадзор и др.)» по мнению экспертов оказывают критически значимое негативное влияние на систему сбора, передачу данных и обработку официальных статистических данных в здравоохранении (50

и 54,5% соответственно).

Экспертами определены наиболее значимые мероприятия, которые могут способствовать совершенствованию системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения, по 5-бальной шкале, такие как:

- «интеграция внутренних информационных систем медицинской организации между собой (первичные сведения МИС и кадровых информационных систем с системами формирования отчетности)» и «внедрение и развитие систем автоматизированного учета и отчетности» по мнению большинства экспертов являются критически значимыми мероприятиями (63,6 и 59,1% экспертов соответственно);
- «введение персонификации учетной информации в формы государственной статистической отчетности с целью предотвращения повторного учета пациентов / случаев заболевания при нескольких обращениях по поводу одного и того же заболевания в различные медицинские организации» – критически значимое мероприятие (45,5%) и важное (45,5%);
- «обеспечение взаимосвязи систем статистической отчетности в здравоохранении с реестрами счетов ОМС и с регистрами социально-значимых заболеваний на уровне субъекта РФ» (50%), «разработка и внедрение программных средств многоступенчатого контроля заполнения и сверки форм статистической отчетности (внутри и между формами, однотипных параметров, сведений, подающихся за различные отчетные периоды)» (45,5%) являются критически значимыми в плане улучшения системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения;
- 45,5% экспертов полагают, что «предоставление доступа к статистическим данным в здравоохранении всем органам – получателям данных в пределах установленных полномочий» является критически значимым мероприятием, в то время как лишь 18,2% экспертов считают таковым «предоставление свободного доступа к полному объему медико-статистических сведений, не содержащих персональных данных, любому заинтересованному лицу и организациям»;
- «обеспечение взаимосвязи систем статистической отчетности в здравоохранении с реестрами счетов ОМС и с регистрами социально-значимых заболеваний на уровне субъекта РФ» в целом было положительно оценено и поддержано 90,9% экспертами (50% оценили его как критически значимым,

40,9% – важным мероприятием);

– «разработка и внедрение программных средств многоступенчатого контроля заполнения и сверки форм статистической отчетности (внутри и между формами, однотипных параметров, сведений, подающихся за различные отчётные периоды)» в целом поддержали 77,3% респондентов (45,5% оценили его как критически значимым, 31,8% – важным мероприятием);

– «заменить формы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения на создание единой базы данных интегрирующих сведения из всех медицинских информационных систем о пролеченных пациентах для последующего создания необходимых форм статистической отчетности» подавляющее большинство экспертов (59,1%) оценивают, как критически значимое мероприятие по оптимизации системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения;

– «введение в контракт руководителя медицинской организации в качестве показателя эффективности его деятельности – показатель отражающий качество предоставляемых сведений в формах федерального статистического наблюдения» оценили, как критически значимое мероприятие 40,9% респондентов;

– 45,5% респондентов так же критически значимым считают следующие мероприятия: «внедрение во всех субъектах РФ одной единой информационной системы сбора, обработки и хранения отчетности для всех пользователей», «развитие статистических баз данных в здравоохранении на федеральном уровне», «развитие статистических баз данных в здравоохранении на уровне субъекта РФ». Следует подчеркнуть, что в целом эти предложения были положительно оценены и поддержаны экспертами 72,8; 77,3 и 68,2% соответственно.

3 Предложения по оптимизации российской системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения

3.1 Предложения по совершенствованию системы показателей, используемых в государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в Российской Федерации

Ключевой проблемой отчетности о сети медицинских организаций, их деятельности и ресурсной обеспеченности являются значительные объемы дублируемой информации. Так, формы № 14 и № 1-здрав пересекаются в части сведений о коечном фонде и его использовании. Существенное дублирование также отмечено в формах № 47 и № 30. В частности, сведения о плановой мощности лечебно-профилактических медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и коечном фонде лечебно-профилактических учреждений в форме № 47 предоставляются в соответствии с формой № 30. Разведение данных форм позволит снизить отчетную нагрузку на медицинские организации.

Кроме того, необходимо:

- разработать и утвердить инструкцию по заполнению федеральной формы статистического наблюдения №14 ДС;
- обязать ведомственные медицинские организации (Минэкономразвития России, Министерство просвещения РФ, Госкомимущество и другие) заполнять форму № 30.

В ходе анализа отчетности о заболеваемости было показано, что количество статистических показателей по социально-значимым заболеваниям, существующее на настоящий момент, представляется достаточным, а, возможно, даже излишним. Однако любое изменение перечня параметров требует тщательной клинической оценки, а также оценки их практического применения для принятия административных решений.

При анализе форм государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в части финансовой статистической отчетности было отмечено дублирование месячной и квартальной форм № 3П-здрав – месячная и квартальная. Обе формы заполняются по единому принципу – нарастающим итогом, а содержание обеих

видов отчетных форм одинаковое. Очевидным решением проблемы является упразднение квартальной формы № ЗП-здрав.

В более сложной корректировке нуждается основная форма финансовой отчетности медицинских организаций № 62. Сведения о реализации медицинскими организациями территориальных программ государственных гарантий в разрезе источников ее финансирования частично дублируются формами № 14-МЕД (ОМС) и № 14-ф (ОМС), которые содержат аналогичные сведения о средствах ОМС. Стоит отметить, что одним из различий этих форм является периодичность предоставления информации: если данные по форме № 14-ф (ОМС) предоставляются ежеквартально, по форме № 14-МЕД (ОМС) – раз в полгода, то данные по форме № 62 предоставляются только раз в год. Тем не менее, многие показатели в указанных формах пересекаются между собой. Поэтому одним из наиболее быстрых и наименее затратных путей решения проблемы дублирования и пересечения информации в форме № 62 и иных формах отчетности является изменение содержания этих форм. Из формы № 62 могут быть исключены все сведения об объемах и стоимости оказания медицинской помощи за счет средств ОМС и перенесены в форму № 14-МЕД (ОМС). Аналогично данные о расходах медицинских организаций в разрезе статей могут быть исключены из формы № 62 и перенесены в форму № 14-ф (ОМС).

Некоторые данные в форме № 62 также недостаточно конкретизированы или не имеют четких указаний. Так, в частности, для сведений об исполненных объемах медицинской помощи в указаниях по заполнению формы № 62 отмечено, что медицинские организации предоставляют в разделе II сведения об объемах медицинской помощи, принятых к оплате с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС. При этом в указаниях по заполнению формы к остальным разделам формы таких пояснений нет. В связи с возможностью неоднозначной трактовки фактических объемов медицинской помощи и их стоимости в иных разделах формы, в указаниях по заполнению формы соответствующее уточнение должно быть или сделано в каждом разделе, или вынесено в начало текста указаний с пометкой о применении единого подхода во всех разделах формы. При этом, сведения обо всех исполненных объемах, а не только об оплаченных объемах медицинской помощи, в разрезе причин отсутствия оплаты объемов медицинской помощи давали бы более полное представление о реализации

территориальных ППГ и показателях деятельности конкретных медицинских организаций.

Что касается сведений о высокотехнологичной медицинской помощи, то данные показатели отражены в форме № 62 в неудобной форме (данные недостаточно конкретизированы). Для мониторингования объемов и стоимости оказанной высокотехнологичной медицинской помощи целесообразно выделить графы в отчетности для соответствующей медицинской помощи в разрезе источников финансирования.

В некоторых разделах формы № 62 данные указываются в разрезе уровней оказания медицинской помощи, при этом в указаниях по заполнению формы точно не разъяснены принципы отнесения к уровням оказания медицинской помощи медицинских организаций в случае если уровень оказания медицинской помощи изменялся в течение соответствующего года, за который предоставляется отчетность по форме № 62, в случае если в составе медицинской организации выделены подразделения с уровнями оказания медицинской помощи, отличными от уровня оказания медицинской помощи медицинской организации в целом, в случае если медицинская помощь оказывалась негосударственными медицинскими организациями, на которые не распространяются общие рекомендации по определению уровня.

Недостаточными можно назвать и разъяснения по заполнению раздела VI формы № 62. В этом разделе предполагается заполнение плановых и фактических показателей объема и стоимости стационарной медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи. Однако во-первых, перечень профилей не в полной мере соответствует перечню профилей, утвержденному приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»: в форме № 62 отсутствуют такие профили медицинской помощи как «анестезиология и реаниматология», «медицинская реабилитация», «паллиативная медицинская помощь», «пластическая хирургия», «скорая медицинская помощь» и «трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток» [21]. При этом только в части профиля «анестезиология и реаниматология» в указаниях по заполнению формы отмечено, что расходы на оказание соответствующей медицинской помощи должны быть отражены в иных профилях, по которому был пролечен пациент. Соответственно, в разделе формы профили

медицинской помощи целесообразно привести в соответствие положениям действующих правовых актов.

Во-вторых, в форме и в указаниях по ее заполнению не отмечено, как должно осуществляться отнесение случаев и их стоимости к конкретному профилю – по профилю койки, на которой был пролечен пациент, по профилю, в который включен законченный случай лечения, в том числе клинико-статистическая группа в части оплаты медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС или по профилю, к которому отнесен вид высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнями высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденными ППГ, или по другим принципам. Соответствующие разъяснения целесообразно дать в указаниях по заполнению рассматриваемого раздела формы № 62.

Также можно отметить, что в разделе VII формы, содержащей сведения об объеме оказания платной медицинской помощи, сведения мало детализированы по видам медицинской помощи (в частности, в рамках дневного стационара не разделяется первичная медико-санитарная помощь и специализированная медицинская помощь, отдельно не выделена скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинской организации). Целесообразно установление единых подходов к дифференциации данных об объемах и стоимости медицинской помощи в разрезе условий, видов и форм медицинской помощи в разных разделах формы в целом и в разделе VII в частности. В связи с этим все разделы формы стоит переформировать с учетом таких единых подходов.

Что касается раздела IX формы № 62, то он предназначен для сбора информации о кадровом составе медицинских организаций (количество штатных, занятых должностей и количество физических лиц в разрезе категорий медицинского персонала и видов медицинских организаций). Данный раздел формы не является формой сбора финансовой отчетности, а относится в большей мере к виду статистических форм о ресурсной обеспеченности медицинских организаций. Более того, аналогичные сведения о штатах в разрезе врачей, среднего и младшего медицинского персонала медицинские организации представляют также в соответствии с формой № 30 «Сведения о медицинской организации» (более детализировано в части категорий медицинского персонала, однако не в разрезе уровней оказания медицинской помощи) и формой № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» (более детализировано в части типов медицинских организаций, но не в разрезе уровней оказания медицинской

помощи». Таким образом, соответствующий раздел формы № 62 (раздел IX) может быть исключен, а аналогичные сведения в форме № 30 или в форме № 47 при наличии необходимости в сведениях и штатах медицинских организаций в разрезе уровней оказания медицинской помощи могут быть дополнительно детализированы в разрезе уровней оказания медицинской помощи.

Существует также проблема отсутствия взаимосвязи между показателями статистической отчетности и внутриорганизационным управленческим учетом. Так, данные о постатейных расходах медицинской организации в разрезе условий оказания медицинской помощи, предоставляемые согласно форме № 62 (раздел VIII «Расходы финансовых средств из различных источников финансирования») не опираются на данные первичного учета, и, соответственно, заполняются медицинскими организациями не в соответствии с едиными подходами

Такие данные в разрезе всех условий оказания медицинской помощи на деле не могут быть отражены медицинскими организациями точно и достоверно по ряду причин: отсутствие соответствующего разделения расходов для медицинских организаций в правилах бухгалтерского учета, отсутствие повсеместного использования медицинских информационных систем, позволяющих вести полноценный управленческий учет и в том числе детализированный бухгалтерский учет, а также отсутствие правового акта или методических указаний, касающихся единых четких требований к управленческому учету и к медицинским информационным системам в части ведения управленческого учета, в том числе устанавливающих единые правила отнесения общеучрежденческих затрат, затрат параклинических подразделений и косвенных затрат на клинические подразделения медицинской организации и конкретные случаи оказания медицинской помощи, наличие которых, соответственно, позволило бы осуществлять в конечном счете корректный учет расходов в разрезе условий оказания медицинской помощи по единой методологии.

Для решения проблемы невозможности предоставления достоверных сведений о постатейных расходах медицинских организаций в разрезе условий оказания медицинской помощи представляется необходимым принятие на федеральном уровне нормативного документа, закрепляющего правила ведения управленческого учета в медицинских организациях и минимальных требованиях к медицинским информационным системам в части ведения учета затрат на оказание медицинской помощи в привязке к конкретному пациенту. Также указанным или отдельным

нормативным документом целесообразно установление единых подходов к отнесению косвенных затрат и затрат подразделений разных типов, обеспечивающих деятельность клинических подразделений в разных условиях оказания медицинской помощи (например, затраты на бухгалтерию, отдел кадров, лаборатории, отделения функциональной диагностики и т.п.) на клинические отделения, что обеспечит сопоставимость и большую объективность данных о фактических расходах медицинских организаций.

В части предложений об оптимизации отчётности, передаваемой медицинскими организациями в сфере ОМС, наиболее перспективной мерой представляется интеграция отчетности и реестров счетов. При условии включения в реестры счетов сведений о прохождении реабилитации, представляется возможным формирование второго, третьего, четвёртого, пятого и шестого разделов формы 14-МЕД территориальным фондом, на основании переданных медицинской организацией реестров счетов по ОМС.

В части сбора сведений непосредственно о самой медицинской организации первый раздел формы 14-Ф целесообразно объединить с первым разделом формы 14-МЕД, поскольку оба они описывают медицинскую организацию в несколько различающихся разрезах. Кроме того, разделение, представленное в первом разделе формы 14-Ф, рационально синхронизировать со справочниками, используемыми при ведении реестра медицинских организаций, если указанная форма является источником сведений для реестра медицинских организаций, или исключить заполнение раздела, если сведения для реестра медицинских организаций поступают иным способом, как дублирующее.

В части совершенствования иных форм федерального и отраслевого статистического учета представляется важным и первостепенным не столько усовершенствовать систему показателей, которые используются в рассматриваемых формах, сколько:

- во-первых, решить проблему неопределенности статуса отдельных форм отраслевой отчетности, определив перечень утративших силу приказов;
- во-вторых, решить вопрос целесообразности наличия узко специализированных (отражают основные результаты деятельности станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи, санаторно-курортных организаций, отделения диализа и центра амбулаторного диализа и пр.) отраслевых форм статистического наблюдения, показатели которых в

значительной степени дублируются в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» с последующей ретрансляцией данных в форму № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций». В целях оптимизации системы отчетности, снижения нагрузки на медицинские организации, исключения фактов непреднамеренного расхождения данных представляется возможным отменить указанные формы отчетности, включив, при необходимости, в форму № 30 отдельные отсутствующие, но необходимыми для статистического анализа показатели. Реализация данной меры также исключит проблему «разброса» информации по нескольким формам (например, сведения о лицах, занимающихся физкультурой и спортом содержатся в форме № 53, сведения о врачебно-физкультурных диспансерах – в форме № 47).

– в-третьих, разработать и утвердить указания по заполнению отраслевых форм статистического наблюдения, содержащие в том числе сведения о внутриформенном и межформенном контроле, а также основном источнике информации (данное предложение также касается форм, имеющих утвержденные указания/инструкции по заполнению).

Также, в случае принятия решения о сохранении форм отчетности, утвержденных в 90-е годы, необходимо установить для них срок предоставления, не противоречащий трудовому законодательству Российской Федерации.

3.2 Предложения по совершенствованию системы предоставления информации в федеральные и территориальные органы власти, фонды ОМС и страховые медицинские организации в соответствии с их полномочиями

Как и в других сферах государственного управления, в здравоохранении в последние годы делается большой акцент на информатизации систем сбора статистических сведений. Современные информационные технологии позволяют собирать значительный объем данных, повышать их качество и ускорять последующую обработку.

Общими рекомендациями по совершенствованию системы предоставления информации в федеральные и территориальные органы власти, фонды ОМС и страховые медицинские организации являются:

- развитие электронных систем первичного учета медицинских организаций;
- интеграция систем первичного учета медицинских организаций и государственной статистической отчетности (переход от сбора сведений об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи посредством форм отчетности к формированию баз данных, допускающих произвольные выборки необходимых сведений);
- расширение использования реестров счетов в качестве источника первичных данных об объемах оказанной медицинской помощи;
- расширение использования регистров пациентов в качестве источника детализированных данных об оказанной медицинской помощи в разрезе отдельных наиболее значимых заболеваний.

В настоящий момент в электронную форму уже переведен бухгалтерский и управленческий учет медицинских организаций. Переход к заполнению первичной медицинской документации сразу в электронном виде позволит сэкономить время врача при приёме, а также обеспечить лучшую преемственность сведений о пациенте при участии в оказании медицинской помощи нескольких специалистов.

Одной из важнейших частей информационной системы медицинской организации должна стать электронная медицинская карта пациента. Она является тем инструментом, с которым работают специалисты медицинской организации, в некотором понимании входной формой всех сведений об оказанной медицинской помощи. Введение сведений в электронную медицинскую карту осуществляется во время приёма пациента вместо заполнения части бумажной первичной документации. Также на ее основе возможно формирование той первичной учётной документации, ведение которой по-прежнему требуется в бумажном виде (например, талон).

Развитие информационных технологий позволяет создавать гибкие инструменты ввода с использованием динамических элементов, заполнение которых требуется в зависимости от иных введенных параметров. Это позволит превратить электронную медицинскую карту в мощнейший инструмент для сбора различных сведений, минимизирующий необходимость ввода дублирующихся данных в разные формы и

обеспечивающий предоставление необходимых сведений. Так электронная медицинская карта может предоставлять возможность введения различных параметров в зависимости от специальности врача, пола и возраста пациента, установленного диагноза. Параметры электронной карты должны настраиваться с учётом целей и задач медицинской информационной системы, и содержать все поля, сведения которых необходимы для последующего формирования всей требуемой отчётности. Элементы логических проверок могут вводиться уже на этапе заполнения электронной медицинской карты для минимизации ошибок ввода или ситуаций, когда специалист может забыть ввести некоторый набор сведений.

Сведения обо всей оказанной медицинской организацией медицинской помощи должны храниться в единой базе данных со сложной структурой и использованием методов индексации сведений для обеспечения возможности производить разнообразные выборки данных для различных целей. Новые записи о приёмах поступают в такую базу на основании электронной медицинской карты.

Исходя из изложенного выше, основное предложение по совершенствованию системы предоставления отчетности по иным формам федерального и отраслевого статистического наблюдения в целях обеспечения их оперативности, полноты и достоверности заключается в реализации поэтапного перехода от ручного заполнения и сдачи первичных статистических данных респондентами на бумажном носителе к:

- 1) формированию, передаче и хранению медицинскими организациями отчетов на основе персонифицированного подхода к учету оказанной медицинской помощи, с использованием информационных систем, обеспечивающих многоступенчатый контроль первичных данных и сверку форм статистической отчетности между собой по различным параметрам;
- 2) постепенной замене форм статистической отчетности на возможность выборки пользователями статистической информации необходимых сведений в различных разрезах (по возрастным группам, категориям пациентов, заболеваниям, условиям, видам оказания медицинской помощи, видам медицинских организаций, прочим показателям) из единой базы, интегрирующей первичные статистические данные из информационных систем медицинских организаций.

Первое предложение касается возможности использования в полной мере медицинских информационных систем как при формировании и передаче первичной

статистической отчетности медицинскими организациями, так и в последующем при передаче на региональный и федеральный уровни.

Речь идет об уходе от многократного ручного ввода показателей на уровне медицинской организации при сдаче многочисленных статистических форм и переход к персонифицированному учету пациентов и оказанной им медицинской помощи с применением уникальных идентификаторов и единых стандартов учета. Следует стремиться к однократному вводу сведений в момент оказания пациенту медицинской помощи с автоматическим переводом информации в единую базу данных медицинской организации, из которой в последующем автоматически формируются необходимые данные – регистры пациентов по отдельным нозологиям и категориям граждан, реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи в страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС (за медицинскую помощь, оказанную иногородним гражданам), мониторинги для оценки качества оказанной медицинской помощи и оперативного управления медицинской организацией, информация по запросам и статистические отчеты в уполномоченные органы исполнительной власти или их представительские организации, иные необходимые сведения.

Переход от ручного внесения сведений в формы статистической отчетности к выгрузкам с использованием информационных систем:

- сокращает административную нагрузку на медицинский персонал;
- позволяет реализовать внутриформенный, межгодовой и межформенный контроль в виде автоматического форматно-логического поиска ошибок, что устраняет риск ошибок, связанных с человеческим фактором (математические ошибки, некорректное указание порядка цифр, представление информации в несоответствующих ячейках, пропуск ячеек;
- позволяет предотвратить умышленное искажение сведений;
- обеспечивает своевременность представления отчетности медицинскими организациями;
- обеспечивает медицинской организации возможность получения постоянной информации в необходимых разрезах, не дожидаясь отчетного срока, а значит, оперативно анализировать происходящие внутри учреждения процессы и принимать необходимые решения.

При этом следует иметь в виду, что переход от ручного заполнения сведений в формы статистической отчетности к выгрузкам с использованием информационных

систем не устраняет все проблемы статистической отчетности. Остаются нерешенными вопросы оперативности данных, повторного учета сведений о числе заболеваний в случае, когда пациент получает медицинскую помощь в нескольких медицинских организациях (как своего региона, так и в рамках межтерриториальных расчетов за пределами территории страхования), доступа к сведениям любого заинтересованного лица и организации.

Поэтому крайне значимым является реализация следующего этапа – постепенная отмена форм статистической отчетности с заменой их на возможность получения информации на основе запросов к единой базе данных, интегрирующих сведения информационных систем всех медицинских организаций о пролеченных гражданах, формируемой:

- первоначально на уровне субъектов Российской Федерации;
- в среднесрочной перспективе – на федеральном уровне.

Такие единые базы данных будут агрегировать сведения медицинских информационных систем с учётом направившей их медицинской организации. Фактически медицинские организации будут передавать не множество различных форм медицинской отчётности об одной и той же медицинской помощи с разнообразной детализацией, а сведения об оказанной медицинской помощи. Это увеличит общий объём передаваемых данных и потребует значительных мощностей от системы хранения, однако это будут данные стандартной структуры, и сведения о каждом случае оказания медицинской помощи будут передаваться один раз. Кроме того, такой подход позволит формировать любые отчётные формы без дальнейшего участия медицинской организации. В настоящее время при необходимости сбора любых дополнительных сведений или учёта собираемых сведений в новом разрезе, требуется создание и утверждение новых форм отчётности, время на организацию их сбора в медицинской организации, при том, что медицинская организация обладает всеми необходимыми для формирования нового отчёта данными (однако ранее их не требовалось передавать). При создании единой базы данных любые новые формы отчётности могут формироваться на её основании без дополнительного участия медицинских организаций. Кроме того, можно будет учитывать сведения о медицинской помощи, оказанной одному и тому же человеку в разных медицинских организациях, исключая учёт одного пациента несколько раз.

Системы кадрового и бухгалтерского учета медицинских организаций также могут быть интегрированы в структуру государственной отчетности. Так, данные в соответствии с формой № 3П-здрав могут в перспективе предоставляться медицинскими организациями путем автоматического формирования выгрузок из медицинских информационных систем медицинских организаций по единому формату в части сведений как о среднесписочной численности медицинского персонала по категориям, так и в части данных о размере начисленной заработной платы сотрудников в разрезе заданных категорий персонала.

Для решения как проблемы дублирования сведений, так и ухода от громоздких и неудобных для заполнения и анализа форм финансовой отчетности представляется целесообразным переход от сбора сведений об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи посредством форм отчетности к формированию баз данных с учетом интеграции статистической отчетности с реестрами счетов. Более того, формат сдачи реестров счетов может быть доработан с учетом недостающих в них сведений. В частности, при формировании таких данных автоматически может учитываться уровень оказания медицинской помощи (для всех условий оказания медицинской помощи).

Автоматизация формирования реестров счетов по ОМС является одной из самых распространенных задач, для решения которых используются медицинские информационные системы. Источником сведений для заполнения реестров счетов может являться описанная выше база данных со сведениями об оказанной медицинской помощи, формирующаяся на основании электронной медицинской карты.

Кроме того, является перспективным осуществление перехода к оплате медицинской помощи на основе реестров счетов, предоставляемых в органы управления в сфере здравоохранения субъекта РФ, тех видов медицинской помощи, которые не входят в базовую программу ОМС, что позволило бы собирать аналогичные сведения для прочих источников финансирования по единому формату: сведения о пациенте, в том числе диагнозе, и об оказанной ему медицинской помощи (длительность лечения, оказанные медицинские услуги, исход заболевания и т.д.).

Стоит отметить, что формирование единой базы реестров счетов и иных статистических данных целесообразно осуществлять на региональном уровне, а не федеральном, в силу ее объема. Создание такой базы данных с возможностью формирования сводных отчетов в нужных срезах решает проблемы дублирования информации и необходимости внутриформенного и межформенного контроля

показателей. При этом представляется необходимым установление для всех субъектов РФ и медицинских организаций единых требований к форматам передачи данных и ведению баз данных на региональном уровне для последующего единообразия формирования сводных данных, в том числе для их передачи на федеральный уровень. Функции по сбору сведений от медицинских организаций и ведению баз данных целесообразно оставить за региональными медицинскими информационно-аналитическими центрами (МИАЦ), изначально созданными для управления системой медицинского статистического учета и отчетности.

В свою очередь на федеральном уровне возможно формирование базы данных с обобщенными сведениями об объемах и стоимости медицинской помощи, предоставляемых субъектами РФ, также с возможностью формирования сводных отчетов в необходимых разрезах. При этом должно быть обеспечено наличие данных, имеющихся в настоящее время в форме № 62, с целью сохранения преемственности системы финансовой статистической отчетности и возможности мониторинга динамики показателей.

Что касается предоставления доступа к региональным базам данных о финансовых показателях медицинских организаций, то его целесообразно предоставить всем заинтересованным потенциальным пользователям таких данных – в первую очередь и на постоянной основе органам исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения и территориальному фонду ОМС. Доступ к федеральной базе, содержащей обобщенные сведения об объемах и стоимости медицинской помощи, по крайней мере, к основным финансовым показателям отрасли целесообразно сделать открытым. Это позволит оперировать официальными статистическими данными не только федеральному органу исполнительной власти в сфере здравоохранения и Федеральному фонду ОМС, но и иным организациям, в том числе научным, и государственным ведомствам.

Для лучшего учета заболеваемости, смертности и медицинской помощи, оказанной больным социально значимыми заболеваниями, целесообразно расширить перечень федеральных регистров, интегрировав их с информационными системами медицинских организаций (электронными медицинскими картами пациента) и едиными базами данных на уровне субъекта РФ и федеральном уровне. С учетом разнообразия сведений, учитываемых в регистрах (например, тип сахарного диабета или стадия злокачественного новообразования, различные виды лечения) необходимо

предусмотреть соответствующие поля в электронной медицинской карте пациента. Отображение соответствующих полей должно быть привязано к постановке диагноза.

3.3 Предложения по нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений

В части отчетности о сети медицинских организаций, их деятельности и ресурсной обеспеченности необходимо инициировать изменения и дополнения в нормативные правовые акты Росстата и Минздрава, регулирующие соответствующие формы отчетности, в соответствии с ранее представленными предложениями, включая:

- минимизацию дублирования содержания форм № 14 и № 1-здрав, № 47 и № 30;
- разработку и утверждение инструкции по заполнению федеральной формы статистического наблюдения №14 ДС;
- придание общеобязательного характера форме № 30 с установлением обязательства по ее заполнению для ведомственных медицинских организаций (Минэкономразвития России, Министерство просвещения РФ, Госкомимущество и другие).

В части отчетности о заболеваемости необходимо расширить использования популяционных реестров больных определенным заболеванием (до перехода к укрупненным базам данных, позволяющим уникально идентифицировать пациента в системе). Для обеспечения возможности разработки и ведения общероссийских популяционных регистров по отдельным заболеваниям, например, злокачественным новообразованиям (за исключением новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей), в первую очередь требуется наделить Министерство здравоохранения Российской Федерации соответствующими полномочиями, внеся необходимые заболевания в перечень регистров, указанных в Положении о Министерстве здравоохранения Российской Федерации [24].

После этого необходимо разработать и утвердить в установленном порядке подзаконные акты, которые должны детально регулировать сбор, хранение и обработку сведений. При этом важно учитывать специфику заболеваний. При разработке справочников, необходимых для единообразного сбора данных, структуры файлов представления сведений и методических рекомендаций по их заполнению следует

основываться на параметрах, положенных в основу форм федеральной статистической отчетности, существующих на настоящий момент.

В краткосрочной перспективе целесообразно проработать вопросы межведомственного информационного взаимодействия и процесса обмена сведениями между отдельными медицинскими организациями. При этом указанные решения могут носить временный характер, так как наиболее оптимальным вариантом сбора и обработки статистических сведений о заболеваемости, распространенности и смертности больных отдельными заболеваниями, в том числе социально-значимыми, а также о медицинской помощи, предоставленной пациентам, представляется создание единой базы данных, позволяющей уникально идентифицировать человека в системе. Создание такой базы данных возможно в рамках единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Наиболее простым для реализации в краткосрочной перспективе направлением совершенствования системы финансовой отчетности является пересмотр содержания самих форм отчетности. Для прекращения действия квартальной формы статистической отчетности № 3П-здрав единственно необходимым элементом нормативно-правового обеспечения реализации предложения является внесение изменений в приказ Росстата от 25.12.2017 № 864.

Что касается мер по оптимизации показателей формы № 62 (исключение граф и целых таблиц, включение новых показателей, а также расширения указаний по заполнению формы), то также целесообразно отменить приказ, которым утверждена форма № 62 (приказ Росстата от 29.09.2017 № 646), и утвердить новую форму отчетности и указаний по ее заполнению приказом Росстата. Внесение изменений в действующую версию формы отчетности также возможно, но потребует трудоемкого описания исключения и внесения новых граф таблиц.

В части предложения по учету всех объемов медицинской помощи, оказанных медицинской организацией, а не только оплаченных, в случае внесения необходимых изменений в содержание формы № 62 также требуется утверждение новой версии приказа. В случае же изменения подходов к принятию реестров счетов от медицинских организаций возможно внесение изменений в приказ Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС», а также в приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении

Правил ОМС» (раздел VIII «Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»). В указанных правовых документах целесообразно уточнить правила формирования реестра счетов на оплату медицинской помощи медицинскими организациями.

Как уже было отмечено, с целью установления обязательных и единых правил управленческого учета в медицинских организациях необходим соответствующий нормативно-правовой документ. Таким документом может служить приказ Минздрава России об утверждении правил ведения управленческого учета в медицинских организациях. При этом стоит отметить, что в настоящее время существуют методические рекомендации по расчету стоимости клинико-статистических групп с учетом фактических затрат медицинских организаций и стандартов медицинской помощи, утвержденные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Указанные методические рекомендации содержат в том числе подходы к отнесению общеучрежденческих, параклинических и косвенных затрат на клинические отделения различных условий оказания медицинской помощи, в связи с чем данные методические рекомендации могут послужить основой для разработки единых правил к управленческому учету в медицинских организациях в части установления единых правил отнесения статей затрат.

Для реализации предложения по созданию реестров счетов для оплаты медицинской помощи для видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС и оплачиваемых за счет средств соответствующих бюджетов, необходимо создание аналогичного приказу Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 приказа Минздрава России о формировании реестров счетов для медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, предусмотрев такие же подходы к формату представляемых данных (формат XML) и полей данных (сведения о медицинской организации, о пациенте и о случае лечения).

В части предложений по оптимизации показателей и форм отчетности в сфере ОМС, внесения изменений или отмены требуют приказ Росстата от 17.04.2014 № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере ОМС» [13] и приказ Федерального фонда ОМС от 16.08.2011 № 146 «Об

утверждении форм отчетности» [25], изменений – также Приложение Д Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС [26].

Корректировка иных форм отчетности (уточнение статуса, исключение случаев дублирования показателей, издание указаний по заполнению и пр.) требует издания Минздравом России ряда приказов о:

- 1) признании утратившими силу некоторых приказов, включив в указанный перечень правовые документы, которыми утверждены формы отраслевого статистического наблюдения:
 - правовой статус которых в настоящее время является неопределенным;
 - показатели которых в значительной степени дублируются в формах федерального статистического наблюдения.
- 2) утверждении указаний по заполнению отраслевых форм отчетности по аналогии с федеральными формами статистического наблюдения, которые в соответствии с положениями Федерального закона № 282-ФЗ имеют типовую форму формуляра-образца, утвержденную приказом Федеральной службы государственной статистики от 16.04.2008 № 85 «Об утверждении формуляра-образца формы федерального статистического наблюдения» [27], обязательной частью которого являются указания по заполнению. В указания по заполнению внести информацию о внутриформенном контроле (при наличии такового), а в случае содержания в форме сопоставимых сведений (показатели, которые представляются в нескольких формах и требуют сверки) – также о межформенном контроле;
- 3) установление сроков предоставления отчетности медицинскими организациями, соответствующих нормам трудового законодательства в части нерабочих праздничных дней.

Для перехода от отдельных форм отчетности к единым базам данных необходим комплексный подход в части информатизации в здравоохранении – установление основных единых требований к медицинским информационным системам, формирование системы сбора и передачи данных для формирования баз данных. Отчасти соответствующая работа уже ведется в рамках создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), однако целесообразно встраивание в существующую нормативную базу ЕГИСЗ задач по

оптимизации системы отчетности медицинских организаций, в том числе в части перехода от отдельных отчетных форм к единым базам данных.

Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 [128], относит к числу функций единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ):

- обработку и хранение сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь;
- организацию статистического наблюдения и формирование сводной аналитической информации.

Согласно показателям федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» (далее – федеральный проект) завершение внедрения государственных информационных систем в сфере здравоохранения и подключение к ним всех медицинских организаций планируется к 2022 году в 85 субъектах Российской Федерации [29].

К полномочиям Минздрава России отнесено принятие нормативно-правовых актов в части установления требований к медицинским информационным системам [30]. При этом в 2016 году Министром здравоохранения Российской Федерации были утверждены Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций [31]. В частности, данными методическими рекомендациями предусмотрено наличие возможности формирования форм статистической отчетности и интеграции медицинской информационной системы с внешними информационными системами. Соответственно, для отказа от отчетных форм и перехода к формированию баз данных необходимо внесение изменений в указанные методические рекомендации в части установления требований к набору данных, формату и порядку их формирования и передачи во внешние информационные системы. Кроме того, вероятно, новый документ целесообразно утвердить приказом Минздрава России в виде единых требований ко всем медицинским организациям вне зависимости от вида и формы собственности, имеющим более высокую юридическую силу в сравнении с методическими рекомендациями.

Заключение

В первом разделе работы было проанализировано нормативно-правовое поле, регламентирующее систему государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения Российской Федерации. В ходе анализа рассматривались только статистические формы отчетности медицинских организаций, являющиеся уникальными для сферы здравоохранения. Отчетность иных субъектов системы здравоохранения (органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, федерального и территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций) и общая статистическая отчетность, предоставляемая всеми экономическими субъектами независимо от области деятельности (например, формы № 1-услуги «Сведения об объеме платных услуг населению», № П-4 «Сведения о численности и заработной плате работников» и т.д.) в состав анализа не вошли. В силу ограниченной доступности информации из рассматриваемой нормативной правовой базы были также исключены формы отчетности, утверждаемые в рамках ведомственных систем медицинского обслуживания (Минобороны России, Управления делами Президента РФ и т.д.).

Результаты анализа подтвердили предварительные гипотезы о наличии в системе государственной статистической отчетности ряда методических проблем, основными среди которых являются:

- многочисленные примеры необоснованного дублирования отчетных показателей;

Так, сведения о числе медицинских организаций по формам собственности предоставляются в составе форм № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи», № 30 «Сведения о медицинской организации», № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций», № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», а также № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС». Сведения об объемах и стоимости медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС, – в формах № 62 и № 14-МЕД (ОМС). Сведения о штатах медицинских организаций с различной степенью детализации приводятся в составе форм № 30, № 47, № 62 и № 3П-здрав.

Формы № 30 и № 1-здрав пересекаются в части сведений о коечном фонде и его использовании. Кроме того, в форме № 30 отмечено внутреннее дублирование данных о числе выполненных интервенционных вмешательств под контролем УЗИ.

Большой объем дублируемых данных формирует дополнительную административную нагрузку на работников медицинских организаций. Отсутствие информации о регламенте и результатах проведения межформенного контроля отчетности не позволяет оценить, существует ли сколько-нибудь значимый полезный эффект повторного предоставления данных.

- недостаточную регламентацию заполнения форм и/или несоответствие отчетных форм нормам внутреннего учета;

Для ряда отраслевых форм отчетности (формы № 43, № 44, № 45, № 53, № 54, № 64, № 1-ВОП, № 1-РБ) указания по заполнению отсутствуют. Для некоторых форм утвержденных указаний недостаточно для однозначного понимания правил расчета отчетных показателей. Например, для основной формы финансовой отчетности медицинских организаций № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» действующими указаниями не предусмотрен порядок определения отчетных объемов медицинской помощи (оплаченных или фактически оказанных независимо от оплаты) и отнесения случаев к профилю медицинской помощи (по профилю оплаты законченного случая или по профилю койки). Указания по заполнению форм также не содержат информации о внутриформенном или межформенном контроле (при наличии дублируемых или сопоставимых сведений в других формах отчетности). В результате возникают риски предоставления ошибочных данных или данных, не сопоставимых между отдельными субъектами отчетности.

Другим источником ошибок является несоответствие форм отчетности общепринятым правилам внутриорганизационного учета. В частности, форма №62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» включает показатели расходов на оказание медицинской помощи в разбивке по условиям оказания помощи, тогда как действующие внутриорганизационные информационные системы, как правило, не позволяют осуществлять детализированный учет косвенных затрат с разделением по отделениям и условиям оказания медицинской помощи.

- наличие форм, противоречащих действующему законодательству или содержащих внутренние логические противоречия.

Отдельные формы отраслевого статистического наблюдения, например, утвержденные приказом от 1994 г. отчеты о деятельности санаторно-курортных организаций (формы № 43, № 44, № 45) и врачебно-физкультурных диспансеров (форма № 53), утвержденный приказом от 1999 г. отчет о деятельности врача детского дома, школы-интерната (форма № 54), утвержденная в 2003 г. форма №70 «Сведения о деятельности Центра медицинской профилактики» не изменялись с момента принятия, имеют трудно выполнимые сроки представления (в пределах утвержденных Трудовым кодексом РФ новогодних каникул) и, возможно, нуждаются в отмене или пересмотре.

Для формы № 39 «Сведения о заготовке и переработке крови и ее компонентов и препаратов» отсутствует нормативная основа предоставления данных. Действие утвердившего форму приказа Минздрава России от 20.11.1996 № 384 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности» отменено, отчет за 2017 год представлялся в соответствии с приложением № 3 к письму Минздрава России от 22.12.2017 № 13-2/10/2-8871 «О направлении для использования в работе Порядка составления сводных годовых статистических отчетов по формам федерального и отраслевого статистического наблюдения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья за 2017 год».

В ходе анализа системы отчетности были выявлены две действующие формы отчетности с одинаковым номером: форма № 68 «Отчет о работе отделения диализа и Центра амбулаторного диализа» и форма № 68 «Сведения о деятельности Центра здоровья». Для формы № ЗП-здрав установлена полная идентичность месячной и квартальной форм отчетности по показателям, методологии предоставления сведений и порядку сбора, в связи с чем не ясна целесообразность утверждения квартальной формы отчетности в дополнение к месячной.

В части структуры системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения ключевой проблемой остается несогласованность отчетности отдельных организаций – получателей данных. Самостоятельными полномочиями по утверждению отчетных форм обладают Росстат (федеральное статистическое наблюдение), Минздрав России и Федеральный фонд ОМС (отраслевое статистическое наблюдение). В некоторых случаях такое разделение полномочий оправдано, в частности, при выделении отчетности об оказании медицинской помощи при заболеваниях, лечение и наблюдение которых осуществляется вне базовой программы ОМС. В то же время, рассмотренные выше примеры пересечения форм № 62 и №14-МЕД

(ОМС) наглядно демонстрируют проблему дополнительной нагрузки, связанной с одновременным предоставлением дублирующих данных различным органам – получателям.

В области сбора и передачи данных государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения сохраняется отставание от развитых стран. Значительная часть сведений предоставляется на бумажных носителях независимо от возможностей медицинских организаций обеспечить электронный документооборот. При разрешении предоставления отчетности в электронном виде законодательство в большинстве случаев не устанавливает единые формат и структуру отчетных файлов, что приводит к несовместимости систем электронного оборота данных в различных субъектах РФ. Исключение составляет форма № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», сведения которой собираются единообразно, через общегосударственный портал Минздрава России. При этом, уже на современном этапе внедрения информационных технологий в сфере здравоохранения, в автоматический вид может быть переведена отчетность о финансовых потоках и кадровых ресурсах медицинских организаций, по мере перехода к электронным медицинским картам – также отчетность о заболеваемости и оказании медицинской помощи (в т.ч. формирование реестров счетов по ОМС). Тем не менее, на сегодня даже в медицинских организациях с возможностью ведения электронных медицинских карт формирование отчетности часто продолжает осуществляться в ручном режиме.

По результатам первичного анализа системы государственной статистической отчетности к перспективным направлениям совершенствования системы ведомственной статистической отчетности в сфере здравоохранения были отнесены:

- оптимизация структуры отчетности (исключение или приведение в соответствие актуальному законодательству устаревших форм, минимизация дублируемых данных);
- развитие электронных систем внутриорганизационного учета оказания медицинской помощи и ресурсов медицинских организаций и автоматизация формирования отчетности.

В ходе следующего этапа выявленные проблемы системы государственной статистической отчетности и перспективные направления их решения были представлены на рассмотрение отраслевым экспертам.

Результаты опроса экспертов подтвердили наличие существенных проблем организации государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения. Полностью объективными сведения, передаваемые при сборе государственной статистической отчетности, признали лишь 13% респондентов, на частичную объективность данных указали 52,2%, на полную необъективность – 21,7%. 56,5% опрошенных сочли количество форм государственной статистической отчетности избыточным, 59,1% отметили факт дублирования сведений между формами.

В качестве причин, оказывающих критически значимое и сильное влияние на неудовлетворительное состояние государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения, чаще всего назывались¹:

- отсутствие в медицинских организациях информационных систем, которые формируют и передают отчетность (86,3%) или отсутствие интеграции внутренних информационных систем медицинской организации и систем формирования отчетности (72,7%);
- отсутствие единой информационной системы сбора, обработки и хранения отчетности на федеральном уровне (77,2%) и на уровне субъекта РФ (68,2%)
- отсутствие персонифицированного подхода при формировании отчетности (72%);
- недостаточное развитие систем сбора отчетности (68,1%) и отсутствие информационных систем анализа данных в организациях – получателях данных (59,1%).

Таким образом, наиболее важными по мнению экспертов оказались недостатки информационных систем сбора, передачи и обработки отчетности. Значительно ниже была оценена значимость таких профессиональных и содержательных проблем как отсутствие возможности получать оперативную статистическую информацию на всех уровнях системы здравоохранения (63,7%), предоставление умышленно искаженных первичных статистических данных (63,6%), недостаточный уровень профессионализма медицинских статистиков и руководителей здравоохранения (61,9%), отсутствие или неполнота инструкций по заполнению форм (59,5%), предоставление неподтвержденных

¹ В скобках приведена доля опрошенных, оценивших фактор как оказывающий критически значимое или сильное влияние на систему сбора, передачу данных и обработку данных государственной статистической отчетности.

первичных статистических данных (54,5%), отсутствие единого стандарта электронной записи о пациенте и оказанной ему медицинской помощи (50,0%). К умеренно важным факторам были отнесены большое количество отчетных форм (50,0%), отсутствие межформенного контроля (36,4%), дублирование показателей между формами (45,5%), отсутствие заинтересованности у руководителей медицинских организаций в предоставлении объективной информации (36,4%), отсутствие макетных и графических способов вывода данных (27,3%)².

Аналогичным образом распределились оценки значимости мероприятий, которые могут способствовать оптимизации системы государственной статистической отчетности. К критически значимым или важным мероприятиям были отнесены преимущественно меры, направленные на совершенствование информационных систем сбора, передачи и обработки информации³:

- внедрение и развитие систем автоматизированного учета и отчетности (95,5%);
- внедрение персонификации учетной информации (91,0%);
- обеспечение взаимосвязи систем статистической отчетности в здравоохранении с реестрами счетов ОМС и с регистрами социально-значимых заболеваний на уровне субъекта РФ (90,9%);
- интеграция внутренних информационных систем медицинской организации (81,9%);
- разработка и внедрение программных средств многоступенчатого контроля заполнения и сверки форм статистической отчетности (77,3%);
- развитие статистических баз данных в здравоохранении на федеральном уровне (77,3%);
- внедрение единой информационной системы сбора, обработки и хранения отчетности для всех пользователей (72,8%);
- замена форм статистической отчетности единой базой данных (72,7%)

² В скобках приведена доля опрошенных, оценивших фактор как оказывающий умеренное влияние на систему сбора, передачу данных и обработку данных государственной статистической отчетности.

³ В скобках приведена доля опрошенных, оценивших мероприятие как критически значимое или важное.

- развитие статистических баз данных в здравоохранении на уровне субъекта РФ (68,2%).

Существенное менее важными задачами были признаны введение в контракт руководителя медицинской организации в качестве показателя эффективности его деятельности – показатель, отражающий качество предоставляемых сведений в формах федерального статистического наблюдения (59,1%), и предоставление доступа к статистическим данным в здравоохранении всем органам – получателям данных в пределах установленных полномочий (45,5%). Умеренную оценку важности получили пересмотр форм государственного статистического наблюдения с целью их упрощения, исключения фактов дублирования сведений, сокращения числа показателей, обеспечения координации показателей ряда форм и их взаимосвязи (40,9%) и предоставление свободного доступа к полному объему медико-статистических сведений, не содержащих персональных данных, любому заинтересованному лицу и организациям (31,8%)⁴.

Результаты опроса экспертов были учтены при разработке предложений по оптимизации российской системы государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения, включая предложения по:

- совершенствованию системы показателей, используемых в государственной статистической отчетности в сфере здравоохранения в Российской Федерации.
- совершенствованию системы предоставления информации в федеральные и территориальные органы власти, фонды ОМС и страховые медицинские организации в соответствии с их полномочиями.
- нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений.

В части оптимизации системы показателей государственной статистической отчетности предлагается:

- 1) Исключить дублирование показателей между формами, включая:
 - формы № 1-здрав и №14 и № 14 ДС в части сведений о коечном фонде и его использовании;
 - формы № 30 и № 47 в части сведений о плановой мощности лечебно-

⁴ В скобках приведена доля опрошенных, оценивших мероприятие как умеренно важное.

профилактических медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и коечном фонде;

- формы № 30, № 47 и № 62 в части сведений о кадровом составе медицинских организаций;
- месячная и квартальная формы № 3П-здрав;
- формы № 14-МЕД (ОМС) и № 62 в части объемов и стоимости оказания медицинской помощи за счет средств ОМС;
- формы № 14-Ф (ОМС) и № 62 в части данных о расходовании средств ОМС;
- формы № 30 и № 47 и специализированные отраслевые формы статистического наблюдения, характеризующие деятельность отдельных типов медицинских организаций.

2) Разработать или дополнить инструкции по заполнению для форм:

- № 14 ДС, № 43, № 44, № 45, № 53, № 54, № 64, № 1-ВОП, № 1-РБ (в настоящий момент инструкции отсутствуют);
- № 40, № 59, № 4, № 030-ПО/О-17, № 030-Д/с/о-13, № 131, № 67-МО-ОУЗ, № 67-МО-МЗ (не определены источники первичных данных).

3) Дополнить инструкции по заполнению формы № 62:

- определить порядок предоставления сведений об объемах оказанной медицинской помощи: по фактическому исполнению; с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС или на основании оплаченных объемов;
- определить порядок отнесения медицинской помощи к определенному уровню, в т.ч. при изменении уровня организации в течение года; наличии подразделений иного уровня; оказании помощи частной медицинской организацией;
- определить порядок отнесения случая к конкретному профилю: по профилю койки, профилю КСГ или профилю высокотехнологичной помощи;
- выделить отдельные графы для отражения оказания высокотехнологичной медицинской помощи в разрезе источников финансирования;
- расширить детализацию видов оказания платной медицинской помощи аналогично иным разделам формы.

4) Привести в соответствие действующему законодательству:

- формы с неопределенным правовым статусом (утвержденные утратившими силу приказами, но не отмененные официально, с повторяющимися номерами): № 39, № 40, № 56, № 68;
- формы с трудно выполнимым сроком предоставления отчетности (до 5 января, приходящийся на новогодние каникулы, установленные трудовым законодательством Российской Федерации): № 43, № 44, № 45, № 53, № 54, № 1-РБ;
- форму № 62 (в части соответствия перечня профилей оказанной медицинской помощи утвержденной номенклатуре коечного фонда).

Перечисленные меры оптимизации системы показателей государственной статистической отчетности могут быть реализованы на основе внесения изменений непосредственно в ведомственные нормативно-правовые акты, регулирующие соответствующие формы.

Ключевыми направлениями совершенствования системы предоставления информации в федеральные и территориальные органы власти, фонды ОМС и страховые медицинские организации являются:

- развитие информационных систем медицинских организаций;
- интеграция информационных систем медицинских организаций и государственной статистической отчетности;
- расширение использования реестров счетов в качестве источника первичных данных об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи;
- расширение использования регистров пациентов в качестве источника детализированных данных об оказанной медицинской помощи в разрезе отдельных наиболее значимых заболеваний.

Действующая система государственной статистической отчетности не содержит норм, регулирующих порядок ведения первичного учета оказанной медицинской помощи и связанных с ней затрат. Как следствие, при формировании отчетности возникает проблема неоднозначной трактовки первичных данных. Так, в частности, неопределенным остается порядок разнесения косвенных затрат и затрат подразделений разных типов, обеспечивающих деятельность клинических подразделений в разных условиях оказания медицинской помощи (например, затраты на бухгалтерию, отдел кадров, лаборатории, отделения функциональной диагностики и т.п.) на клинические

отделения, что приводит к неоднородности данных различных организаций, собранных в рамках формы № 62.

Проблема несоответствия данных первичного учета требованиям статистических форм может быть решена уже в краткосрочной перспективе путем утверждения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации единых подходов к управленческому учету в медицинских организациях. В качестве основы для единых правил отнесения общеучрежденческих, параклинических и косвенных затрат на клинические отделения и условия оказания медицинской помощи могут использоваться подходы, разработанные рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Более сложной задачей является переход от бумажных к электронным формам первичного учета, прежде всего – электронной медицинской карте пациента. В идеальном случае сведения об оказанной медицинской помощи должны вводиться однократно, в момент оказания помощи. Последующие выборки необходимой информации (отчетные формы, регистры, ответы на запросы уполномоченных органов и т.д.) должны осуществляться автоматически на основе единой базы первичных данных медицинской организации. Преимуществами перехода от ручного внесения сведений в формы статистической отчетности к выгрузкам с использованием информационных систем станут:

- сокращение административной нагрузки на медицинский персонал;
- возможность реализации внутриформенного, межгодового и межформенного контроля в виде автоматического форматно-логического поиска ошибок, что устраняет риск ошибок, связанных с человеческим фактором (математические ошибки, некорректное указание порядка цифр, представление информации в несоответствующих ячейках, пропуск ячеек);
- предотвращение сознательного искажения итоговых сведений;
- обеспечение оперативного доступа к информации для внутриорганизационного управленческого анализа.

Подготовка перехода к ведению первичного учета в электронной форме уже несколько лет ведется Министерством здравоохранения Российской Федерации. Нормативно-правовая основа для создания информационных систем на уровне

медицинских организаций была сформирована Методическими рекомендациями по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2016 г. В 2018 г. были приняты Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», закрепившее в числе функций ЕГИСЗ обработку и хранение сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также организацию статистического наблюдения и формирование сводной аналитической информации, и паспорт национального проекта «Здравоохранение», согласно которому завершение внедрения государственных информационных систем в сфере здравоохранения и подключение к ним всех медицинских организаций планируется к 2022 году в 85 субъектах Российской Федерации.

Системы кадрового и бухгалтерского учета медицинских организаций также могут быть интегрированы в структуру государственной отчетности. Так, данные в соответствии с формой № ЗП-здрав могут в перспективе предоставляться медицинскими организациями путем автоматического формирования выгрузок из медицинских информационных систем медицинских организаций по единому формату сведений как о среднесписочной численности медицинского персонала по категориям, так и о размере начисленной заработной платы сотрудников в разрезе заданных категорий персонала.

В то же время, переход от ручного заполнения сведений в формы статистической отчетности к выгрузкам с использованием информационных систем на уровне отдельных медицинских организаций не устраняет все проблемы статистической отчетности. Остаются нерешенными вопросы оперативности данных, повторного учета сведений о числе заболеваний в случае, когда пациент получает медицинскую помощь в нескольких медицинских организациях (как своего региона, так и в рамках межтерриториальных расчетов за пределами территории страхования), доступа к сведениям любого заинтересованного лица и организации.

Поэтому крайне значимой является реализация следующего этапа – постепенная отмена форм статистической отчетности с заменой их на возможность получения информации на основе запросов к единой базе данных, интегрирующих сведения информационных систем всех медицинских организаций о пролеченных гражданах, формируемой:

- первоначально на уровне субъектов Российской Федерации;

– в среднесрочной перспективе – на федеральном уровне.

Переход к единым территориальным базам данных, основанным на сведениях первичного учета, повысит точность агрегированной отчетности и расширит возможности управленческого анализа. Благодаря привязке первичных сведений к уникальному идентификатору пациента (персонифицированный учет) формирование агрегированной отчетности непосредственно на основе данных первичной документации позволит предотвратить повторный учет пациентов и случаев лечения.

Организаторы здравоохранения и уполномоченные ими лица смогут получить доступ ко всему массиву первичных данных с возможностью формировать произвольные выборки информации. Так, например, становится возможной выборка медицинской помощи, оказанной по установленному профилю пациентам определенной половозрастной группы или с определенными сопутствующими заболеваниями.

В теории единые электронные базы данных позволяют предоставить доступ к единожды собранной информации всем уполномоченным органам и организациям или заинтересованным лицам вообще. На практике доступ к детализированным базам данных на уровне субъектов РФ целесообразно сохранить для органов и организаций отраслевого управления. Доступ к федеральной базе, содержащей обобщенные сведения об объемах и стоимости медицинской помощи, может стать полностью открытым, что повысит прозрачность системы здравоохранения для представителей иных государственных ведомств, научных организаций и общества в целом.

Создание объединенных баз данных потребует дальнейшего развития Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и ее нормативно-правовой базы, сформированной указанными выше документами.

Принятие нормативно-правовых актов в части установления требований к медицинским информационным системам является полномочием Минздрава России. [30]. В 2016 году Министром здравоохранения Российской Федерации были утверждены Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций [31]. В частности, данными методическими рекомендациями предусмотрено наличие возможности формирования форм статистической отчетности и интеграции медицинской информационной системы с внешними информационными системами. Для отказа от отчетных форм и перехода к формированию баз данных потребуется внесение изменений в указанные методические рекомендации в части установления требований к

набору данных, формату и порядку их формирования и передачи во внешние информационные системы. Кроме того, целесообразно расширить действие указанных методических рекомендаций на все медицинские организации независимо от их вида и формы собственности, что может быть осуществлено в случае утверждения их приказом Минздрава России.

Важными элементами обновленной системы государственной статистической отчетности также должны стать системы реестров счетов на оплату медицинской помощи и регистров пациентов.

Реестры счетов могут в значительной степени заменить специализированную отчетность об объемах и стоимости оказанной медицинской помощи. Перспективными направлениями совершенствования реестров счетов являются:

- автоматизация формирования реестров счетов на основе электронных медицинских карт пациентов;
- распространение реестров счетов на виды медицинской помощи, не включенные в базовую программу ОМС и оплачиваемые за счет средств соответствующих бюджетов.

Реестры счетов, в частности, могут стать источником данных для автоматического формирования второго, третьего, четвёртого, пятого и шестого разделов формы 14-МЕД (ОМС) территориальным фондом ОМС.

Распространение реестров счетов на виды медицинской помощи, не включенные в базовую программу ОМС и оплачиваемые за счет средств соответствующих бюджетов, может быть реализовано на базе утверждения приказа Минздрава России, аналогичного приказу Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79. Важно, чтобы новый приказ и утверждаемые им формы реестров предусматривали аналогичные подходы к формату представляемых данных (формат XML) и полей данных (сведения о медицинской организации, о пациенте и о случае лечения).

Регистры пациентов предоставляют наиболее полную информацию о заболеваемости и смертности, оказанной медицинской помощи и ее результатах по особо значимым заболеваниям. В настоящий момент их применение искусственно ограничено Положением о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, устанавливающим закрытый перечень федеральных регистров [30]. Целесообразно внести в Положение изменения, разрешающие Министерству здравоохранения Российской Федерации самостоятельно определять перечень дополнительных регистров

и устанавливать требования к их ведению ведомственными нормативно-правовыми актами. При разработке справочников, необходимых для единообразного сбора данных, структуры файлов представления сведений и методических рекомендаций по их заполнению следует основываться на параметрах, положенных в основу форм федеральной статистической отчетности, существующих на настоящий момент.

Список использованных источников

- 1 Рамочная модель и стандарты национальных информационных систем здравоохранения / 2-е изд-е. ВОЗ, 2014. – 63 с.
- 2 Тараскина А.В., Зурнаджьянц Ю.А. Внутренняя отчетность в системе анализа эффективности деятельности государственных учреждений здравоохранения // Международный бухгалтерский учет. – 2016. – №3 (393). – С. 18-36.
- 3 Низамова Э.Р., Цыбульская И.С., Леонов С.А., Поликарпов А.В., Роцин Д.О. Проблемы сбора и обработки отчетных данных по течению и исходам беременности и родов, здоровья новорожденных // Акушерство и гинекология. – 2017. – №3. – С. 115-123.
- 4 Роцин Д.О., Плутницкий А.Н., Давидов Д.Р. Проблемы сбора и использования данных ведомственной статистики в сфере здравоохранения // Health and Social Care Journal. – 2017. – №2 (25). – С. 33-36.
- 5 Федеральный закон от 29.11.2007 № 282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_72844/ (дата обращения 01.06.2018)
- 6 Тюрина Е.М. Ошибки статистики. Об основных нарушениях и замечаниях при предоставлении учреждениями статистической отчетности. – URL: <http://www.niioz.ru/wp-content/uploads/2017/11/STAT.pdf> (дата обращения 01.06.2018)
- 7 Зайченко Н.М., Лебедев Г.С. Некоторые проблемы медицинской отчетности и пути их решения. – URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/525/30/lang,ru_RU.CP1251/ (дата обращения 02.06.2018)
- 8 Хасанова Р. Смертность в России: о чем говорят данные 2017 года // Мониторинг экономической ситуации в России. Тенденции и вызовы социально-экономического развития. – 2018. – №2 (63). – С. 23-26.
- 9 Дмитрий Азаров выступил с Посланием о положении и основных направлениях социально-экономического развития Самарской области. – URL: http://www.samregion.ru/press_center/news/11.04.2018/skip/1/94871/ (дата обращения 02.06.2018)
- 10 Татьяна Яковлева: Все беды сидят в первичке и скорой. А там полная

пазпуха. – URL: <http://bel.ru/news/medicine/04-04-2018/tatyana-yakovleva-vse-bedy-sidyat-v-pervichke-i-skoroy-a-tam-polnaya-razruha> (дата обращения 02.06.2018)

11 Гусев А. Медицинскую статистику давно пора модернизировать. – URL: <http://www.kmis.ru/blog/meditsinskaia-statistika-nuzhdaetsia-v-razviti> (дата обращения 02.06.2018)

12 Приказ Росстата от 21.07.2016 № 355 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_202418/ (дата обращения 10.05.2018)

13 Приказ Росстата от 17.04.2014 № 258 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_162754/ (дата обращения 10.05.2018)

14 Приказ Росстата от 29.09.2017 № 646 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_279669/ (дата обращения 10.05.2018)

15 Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_79088/ (дата обращения 01.03.2018)

16 Приказ Росстата от 27.12.2016 № 866 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_210594/ (дата обращения 01.03.2018)

17 Приказ Росстата от 03.06.2016 № 266 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за деятельностью в сфере здравоохранения». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200246/ (дата обращения 01.03.2018)

18 Приказ Росстата от 27.11.2015 № 591 «Об утверждении статистического

инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_190056/ (дата обращения 30.03.2018)

19 Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «онкология». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_220852/ (дата обращения 04.09.2018)

20 Приказ Минздрава России от 08.06.2016 № 358 «Об утверждении методических рекомендаций по развитию сети медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_200171/ (дата обращения 30.04.2018)

21 Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130809/ (дата обращения 30.04.2018)

22 Приказ Росстата от 20.12.2017 № 846 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286071/ (дата обращения 30.04.2018)

23 Приказ Росстата от 25.12.2017 № 864 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения в сфере оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286578/ (дата обращения 20.04.2018)

24 Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308434/ (дата обращения 20.05.2018)

25 Приказ Федерального фонда ОМС от 16.08.2011 № 146 «Об утверждении форм отчётности». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_119732/ (дата обращения 15.05.2018)

26 Приказ Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере ОМС». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_113397/ (дата обращения 20.05.2018)

27 Приказ Росстата от 16.04.2008 № 85 «Об утверждении формуляра-образца формы федерального статистического наблюдения». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_56058/ (дата обращения 04.09.2018)

28 Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_297474/ (дата обращения 04.09.2018)

29 Национальный проект «Здравоохранение» (паспорт утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам (протокол от 3 сентября 2018 г. № 10). – URL: <http://government.ru/news/33829/> (дата обращения 30.10.2018).

30 Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации». – URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308434/ (дата обращения 20.05.2018)

31 Методические рекомендации по обеспечению функциональных возможностей медицинских информационных систем медицинских организаций (МИС МО). – URL: <https://portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/351> (дата обращения 04.09.2018)