АНАЛИЗ И ЗНАЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОНТРОЛЯ НФОМС ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ

Мария Лазарова *- Кафедра экономики здравоохранения, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария*

maria.benkovska77@gmail.com

Румяна Янева *- Кафедра экономики здравоохранения, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария*

yaneva.1968@abv.bg

Цветелина Петрова-Готова *- Кафедра экономики здравоохранения, Факультет общественного здоровья, Медицинский университет Софии, Болгария*

tsveti_p@abv.bg

Аннотация*:* Наиболее очевидными проблемами в нашей стране по-прежнему являются: избыточное предложение больничных услуг, ухудшение качества, профессиональная квалификация врачей, нехватка структур для продолжительного и сестринского ухода и продолжающаяся борьба с расходами на здравоохранение. **Целью** данного исследования является анализ контрольной деятельности Национального фонда медицинского страхования (НФОМС) за двухлетний период (2016–2017 годы) и ее значимости для оптимизации деятельности амбулаторной и стационарной медицинской помощи. Для осуществления этой цели были поставлены следующие задачи: изучить доступную документацию и проанализировать полученные результаты. (Вашему вниманию представлена только часть исследования).

Ключевые слова: анализ, контроль, качество, Национальный фонд медицинского страхования (НФОМС)

ANALYSIS AND IMPORTANCE OF THE ACTIVITY OF CONTROL OF THE NFOMS FOR EFFICIENT MANAGEMENT

Maria Lazarova *– Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria, maria.benkovska77@gmail.com*

Rumiana Yaneva *– Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria, yaneva.1968@abv.bg*

Tsvetelina Petrova-Gotova *– Department of Health Economics, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria, tsveti_p@abv.bg*

Annotation*:*Themo stobvious problems in our country are still: over supply of hospital services, deterio ration in quality, professional qualifications of doctors, lack of structures for long-termandnur singcare, and the ongo in gstruggle with health care costs. The purpose of this study is to analyze the control activities of the National Health Insurance Fund (NHIF) for a two-year period (2016–2017) and its significance for optimizing the activities of outpatient and inpatient medical care. To accomplish this goal, the following task swereset: to study the available documentation and analyze the results obtained. (You rattention ispresented only part of the study).

Keywords: analysis, control, quality, National Health Insurance Fund (National Health Insurance Fund*)*

Введение: Система обязательного медицинского страхования после реформы в секторе здравоохранения была создана как государственная монополия. Она имеет исключительное право предоставлять обязательное медицинское страхование и гарантировать соблюдение страховых прав всех граждан. Перед системой поставлены социальные цели, и она является одним из гарантов социальной защиты здоровья населения. Определение суммы взноса по медицинскому страхованию проходит

исключительно публично с голосованием парламента. Национальный фонд медицинского страхования был создан в соответствии со статьей 6 (1) Закона о медицинском страховании и начал функционировать в 1999 году. Его основная задача заключается в осуществлении, администрировании и контроле обязательного медицинского страхования в Болгарии, в части его управление собранными средствами и оплатой использованных медицинских услуг и лекарств в пользу застрахованных лиц. [3, 4]

Определение стратегии качества и внедрение мер, обеспечивающих это качества, только недавно стали темой политики здравоохранения. Это привело к поиску причин необходимости контроля. Надзорный орган начинает выполнять контрольную функцию в тот момент, когда создана организация и сформулированы некоторые ее цели и задачи. Отсутствие контроля приводит к наступлению хаоса и беспорядка, а также делает невозможным объединение усилий всех сотрудников. В этом смысле контроль незаменим для любой организации и без него она не сможет функционировать. [2,5]

Концепция контроля:

Контроль - это оперативная оценка или сравнение как достижений с конечной целью, так и степени соответствия нормативных требований и документов при достижении этой цели. [1]

Цель контроля, осуществляемого должностными лицами НФОМС:

- Обеспечить доступную больничную медицинскую помощь;

- Повысить качество и эффективность заранее согласованной стационарной медицинской помощи;

- Законно расходовать бюджетные средства Национального фонда медицинского страхования при выплатах по медицинскому страхованию;

- Оптимально распределять ресурсы между теми, кто оказывает медицинские услуги в стационарах;

- Пропаганда положительного имиджа учреждения и обеспечение широкой общественной поддержки обязательного медицинского страхования. [8]

Контрольная деятельность НФОМС

Общее количество проверенных больниц составляет 345, обследованных клинических путей - 29 849, проверенных клинических процедур - 2 261, проверенных амбулаторных процедур - 15 210, а общее количество подтвержденных случаев заболеваний составляет 271 646 единиц, при этом количество историй болезни (ИБ) с нарушениями составили 8073 или 3% от всех проверенных ИБ.

При предварительном контроле в лечебных заведениях для стационарной помощи (ЛЗСП) были списаны с оплаты случаи на сумму 7 199 401 левов. При сравнении с данными за 2015 год было установлено, что по сравнению с 2015 годом в 2016 году суммы, списанные с оплаты при предварительном контроле увеличились на 1 190 830 левов или на 19,8%.

За период с 01.04. по 31.12.2016 г. было проверено 2261 клинических процедур. За период апрель-декабрь 2016 года было проверено в общей сложности 15 200 амбулаторных процедур. Нарушения были выявлены в 2164 случаев от общего числа проверенных амбулаторных процедур. Вмененная денежная санкция за штрафы за период с 01.01. по 31.12.2016 г. составила 1 064 210 левов.

За период с 01.04. по 31.12.2016 г. Арбитражной комиссией было проведено 77 арбитражных разбирательств. Общее количество рассмотренных Арбитражем жалоб составило 3099, из которых 193 были

подтверждены, 79 - отклонены, а количество решений с равном количестве голосов составило 234.

Количество жалоб, полученных НФОМС и Региональным фондом медицинского страхования (РФОМС) в отношении лечебных заведений (ЛЗ) для оказания стационарной медицинской помощи (СМП), составило 750 случаев. Количество проверок с обнаруженными нарушениями: 596 с установлением сумм, подлежащих аннулированию и 1193 проверок, при которых были установлены нарушения.

По состоянию на 31.12.2017 г., в соответствии сост. 15, п. 1, б. 3 Национального рамочногосоглашения (НРС) о медицинской деятельности за 2017 г.,с НФОМС заключили договор 369 медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги, из них: 315 –лечебные заведения для оказания стационарной медицинской помощи (ЛЗСП), 41 –лечебные заведения для оказания специализированной амбулаторной медицинской помощи (САМП) и 13 диализных центров. [7]

Таблица 1. Распределениемедицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги, по видам деятельности

Год	Общее число ЛЗ	Вид лечебного заведения для оказания стационарной помощи		
		ЛЗСП и КОД	ЛЗ САМП (МЦ)	Диализные центры
31.12.2016 г.	365	311	42	12
31.03.2017 г.	364	311	40	13
31.12.2017 г.	369	315	41	13

В Таблице 1. ***КОД*** *– Комплексные онкологические диспансеры*

В 2017 году 64,3% РФОМС (18) договорились о большем количестве клинических путей (КП), а 10 РФОМС - (35,7% РФОМ в стране) договорились о меньшем количестве КП. По состоянию на 31.12.2017 г., заключенные контракты в соответствии с КП составили 18 920, или с 453

КП больше, чем в 2016 году. Заключенных договоров по КП за аналогичный период 2016 года составляли 18 467.

Таблица 2. Распределение для северной и южной Болгарии лечебных заведений для оказания стационарной помощи, с которыми были заключены контракты на территории страны по состоянию на 31.12.2017 г.

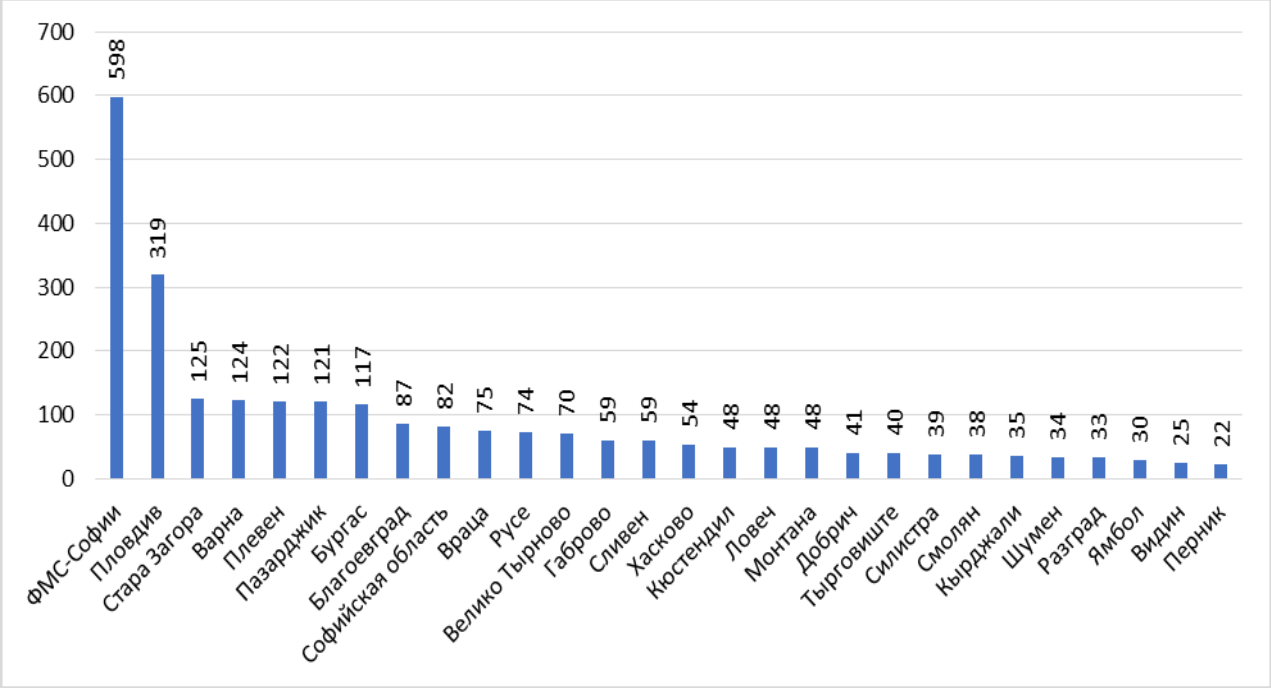
ЛЗ СМП в северной Болгарии	2016 г.	2017 г.		ЛЗ СМП в южной Болгарии	2016 г.	2017 г.
Варна	24	24		София	78	80
Плевна	14	18		Пловдив	45	43
В. Тырново	12	13		Бургас	25	27
Враца	11	12		Софийская область	13	13
Русе	7	8		Ст. Загора	15	15
Габрово	5	5		Пазарджик	16	14
Добрич	6	7		Благоевград	14	13
Шумен	5	5		Хасково	10	10
Ловеч	5	6		Сливен	9	9
Монтана	7	6		Кырджали	5	5
Тырговиште	5	4		Кюстендил	7	7
Видин	3	2		Смолян	8	7
Разград	4	4		Ямбол	4	4
Силистра	3	3		Перник	5	5
Всего	111	117		Всего	254	252

По состоянию на 31 декабря 2017 года, в соответствии с НРС`2017, для выполнения амбулаторных процедур (АП) были заключены контракты с 319 лечебными заведениями, оказывающими стационарную медицинскую помощь на выполнение 2 567 амбулаторных процедур, или на 48 амбулаторных процедур больше, чем в 2016 году. Контракты,

подписанные на выполнение амбулаторных процедур за тот же период в 2016 году, составляли 2 519. [8]

Данные по договорам, заключенным на исполнение амбулаторных процедур за счет РФОМС в порядке убывания (по состоянию на 31.12.2017 г.), представлены на следующем рисунке 1.

Рисунок 1. Количество заключенных договоров на выполнение амбулаторных процедур, по состоянию на 31.12.2017 г.



Источник: Отчет НФОМС за 2017 г.

Наибольшее количество амбулаторных процедур в 2017 году было договоренос Софийским фондом медицинского страхования (СФОМС) - 598 и ФОМС Пловдива - 319, это и ФОМС с наибольшим числом контрактных партнеров.

Основные параметры, характеризующие контрольную деятельность за период 01.01.-31.12.2017 г. по сравнению с аналогичным периодом 2016 года, представлены в следующей таблице:

Таблица 3. Сравнение основных параметров, характеризующих контрольную деятельность за период январь-декабрь 2016 и 2017 г.г.

№	Показатели	Результат 01.01.-31.12.2016 г.	Результат 01.01.-31.12.2017 г.
1	Число ЛЗ, с которыми заключены договоры на выполнение КП/КПр/АП	365	369
2	Заключенные договоры по КП (клиническим путям)	18 467	18 920
2.1	Заключенные договоры по КПр (клиническим процедурам)	196	206
2.2	Заключенные договоры по АП (амбулаторным процедурам)	2 519	2 566
3	Общее число проведенных проверок в ЛЗСП в том числе:	4 821	5 167
3.1	Самостоятельные проверки (РФОМС)	4 482	4 820
3.2	Совместные проверки (РФОМС/НФОМС)	274	210
3.3	Самостоятельные проверки (НФОМС)	65	137
4	Число проверок с установленными нарушениями	1 193	1 507
4.1	% проверок с установленными нарушениями	24,7%	29,2%
5	Число проверок с установленными суммами для возврата	596	828
5.1	% проверок с установленными суммами для возврата	12,4%	16%
6	Общее число проверенных КП	29 849	34 555
7	Число проверенных историй болезни (ИБ)	271 646	404 345
7.1	Число историй болезни с нарушениями	8 073	6 570
7.1.1	% ИБ с установленными нарушениями от общего числа проверенных	3 %	1,6%
8	Общее число проверенныхКПр	2 261	4 475
8.1	ЧислоКПр с нарушениями	0	25
9	Общее число проверенных АП	15 210	29 897
9.1	Число АП с нарушениями	2 164	484

9.1.1	% АП с установленными нарушениями от общего числа проверенных АП	14,2%	1,6%

Таблица 4. Сводная информация о штрафных санкциях, суммах взыскания и суммах, списанных при предварительном контроле за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2017 г.

№	Показатели	За период 01.01.-31.12.2016 г.	За период 01.01.-31.12.2017 г.
1	Суммы, списанные при предварительном контроле.	7 199 401 лв.	7 722 247 лв.
2.1.	Начисленные имущественные санкции в системе НФОМС при проверке РФОМС совместно с НФОМС (лв.)	440 560 лв.	127 730 лв.
2.2.	Начисленные имущественные санкции при проведении самостоятельных проверок РФОМС (суммы в лв.)	555 650 лв.	652 150 лв.
3.1.	Начисленные суммы для возврата при проведении проверок РФОМС совместно с НФОМС (суммы в лв.)	688 936 лв.	316 229 лв.
3.2.	Начисленные суммы для возврата при проведении самостоятельных проверок РФОМС (суммы в лв.)	996 256 лв.	1 168 725 лв.
4.1.	Предложения о наложении максимального размера штрафа при проведении самостоятельных проверок НФОМС (суммы в лв.)	69 000 лв.	135 500 лв.
4.2	Предложения о возмещении/неоплате сумм при проведении самостоятельных проверок НФОМС (суммы в лв.)	388 789 лв.	370 354 лв.
4.3	Предложения по неоплате в случаях внезапного аудита (лв.)	-	31 013 лв.
5	Всего санкций и сумм возврата ЛЗ	1 033 892 лв.	1 023 948 лв.

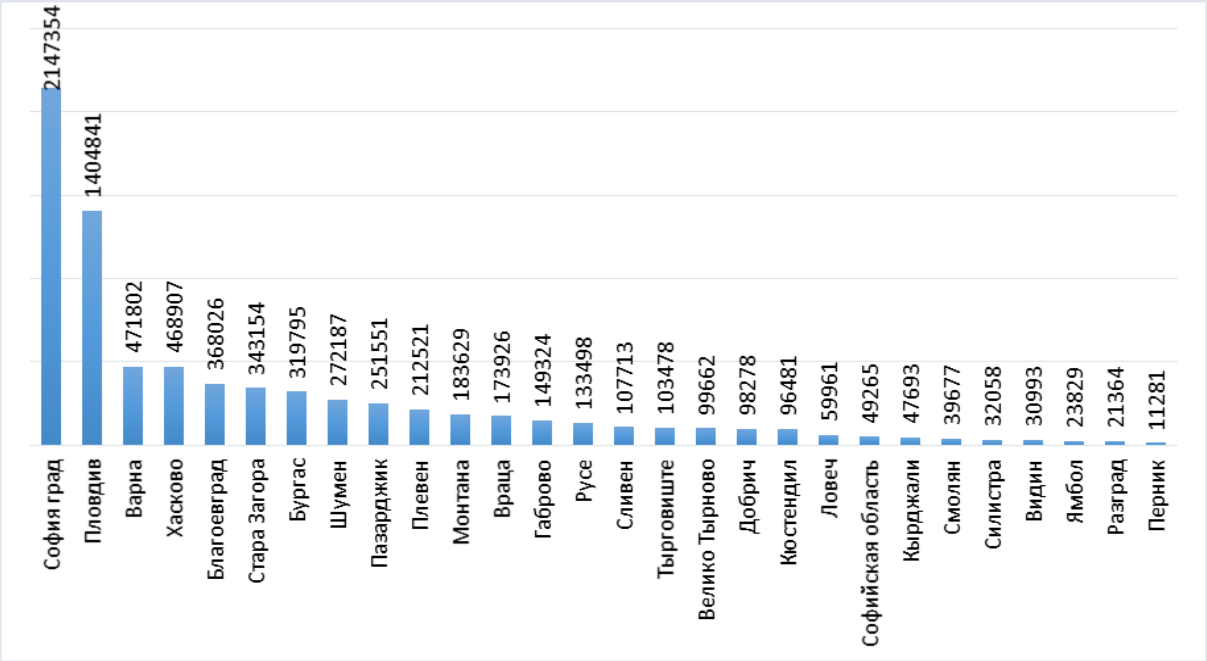
При сравнении приведенных выше показателей с показателями 2016 года становится ясно, что суммы, начисленные для неуплаты при предварительном контроле за январь-декабрь 2017 года, увеличились на 522 846 левов или более чем на 7% по сравнению с аналогичным периодом 2016 года. Этот факт показывает эффективность предварительного контроля. Следует иметь в виду, что для того, чтобы избежать всей длительной процедуры обжалования, в том числе и в судебных органах, эти суммы не выплачиваются напрямую. Эти суммы составляют 73,4% от общего объема санкций и возмещений, наложенных лечебным заведениям.

Согласно данным, представленным в таблице 4, 34,28% наложенных санкций и компенсаций относятся к проверкам, проведенным с участием экспертов из Центрального управления Национального фонда медицинского страхования, а также к самостоятельным проверкам, проведеннымэкспертами Центрального управления Национального фонда медицинского страхования.

Суммы возмещения/неуплаты и санкции, предложенные при совместных проверках, проведенных с участием экспертов НФОМС, а также самостоятельных проверках НФОМС, составили 949 813 левов.

Предварительный контроль определяет случаи, которые не должны быть оплачены или подлежат оплате только после проведения прямого контроля в лечебном заведении для оказания стационарной медицинской помощи. За период январь-декабрь 2017 года, после предварительного контроля, от оплаты было снято 7 722 247 лв. Данные предварительного контроля сумм, снятых с оплаты РФОМС в порядке убывания (по состоянию на 31.12.2017 г.) представлены на следующем рисунке 2.

Рисунок 2. Суммы, снятые с оплаты после предварительного контроля за период 01.01.-31.12.2017



Источник: Отчет НФОМС за 2017 г.

Из представленных данных на рисунке 2 можно сделать следующие выводы:

Самыми крупными снятыми суммами после предварительного контроля были суммы в РФОМС города Софии - 2 147 354 лв., РФОМСПловдива - 1 404 841лв., РФОМС Варны - 471 802 лв., РФОМС Хасково - 468 907 лв.

Одними из причин снятия сумм при предварительном контроле являются:

- Услуги,предоставленные лицам с приостановленными правами медицинского страхования на дату поступления и выписки из стационара;

- Услуги, предоставленные лицам, чьи имена не фигурируют в ежедневной информации о принятых и выписанных пациентах или информация о них была представлена с неточными данными в отчете и в ежедневной информации о принятых и выписанных пациентах;

- Код деятельности не включен в предмет договора лечебного заведения на соответствующий КП.

- Не соблюдён минимальныйсрок пребывания в стационаре для застрахованных лиц.

- Дублирующие КП в течение 30 дней с момента выписки из стационара, обнаруженные в аналитических отчетах. Минимальное количество диагностических/терапевтических процедур не было выполнено.

- Пропущенные процедуры - диагностические или терапевтические.

- Отсутствие данных в документации/неправильно заполненные документы;

- Деятельность не выполнена в полном объеме;

- Несоответствие данных между Персонализированной информационной системой (ПИС) и Регистрационной системой событий госпитализации и выписки (РССГВ);

Заметна повторяемость ошибок и пропусков, связанных с заполнением медицинских карт и несоблюдением Алгоритма диагностики и лечения (АДЛ) при госпитализации/выписке пациентов по сравнению с тем же периодом в 2016 году.

Виды проверок, проведенных в 2017 году:

- Проверки в лечебных заведениях до заключения договора на оказание больничной медицинской помощи по клиническим путям, амбулаторных процедур и клинических процедур, в соответствии с условиями НРС о медицинской деятельности на 2017 год о соответствии особым требованиям Приложений № 16, 18 и 19 НРС;

- Проверки условий заключения контрактов с новыми лечебными заведениями и старыми контрактными партнерами, но с новой деятельностью, разрешенной Министерством здравоохранения;

- Проверки услуг, оказанных до проверки за рассматриваемый месяц;

- Аудит зарегистрированной и оплаченной деятельности до установленных месячных значений лечебных заведения для оказания стационарной помощи;

- Проверка в связи с зарегистрированной деятельностью внеутвержденных месячных значений медицинских учреждений;

- Проверка наличия повторных госпитализаций в одном и том же или разных учреждениях здравоохранения;

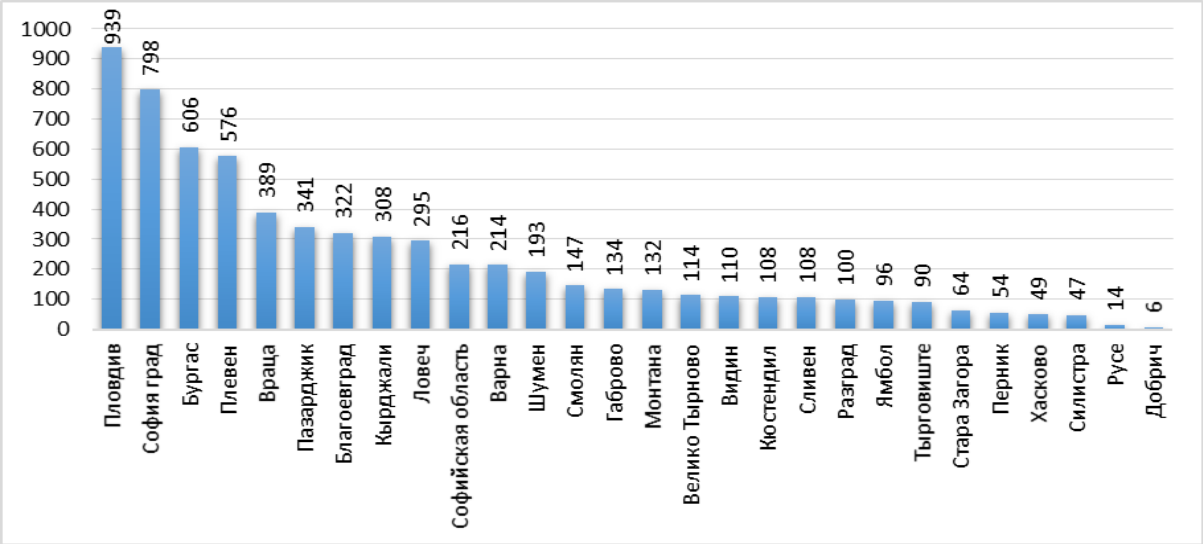
- Внезапный контроль документации пациентов во время госпитализации;

- Проверка жалоб и заявлений;

- Проверка в связи с «Новыми требованиями НФОМС/РФОМС к проверке документации пациентов с онкологическими/гематологическими заболеваниями» во всех лечебных заведениях, заключивших соглашение на оказание услуг по Клиническим путям и амбулаторные процедуры при лечении пациентов с онкологическими заболеваниями. [6]

В результате проверок, проведенных по клиническим путям, были обнаружены нарушения в 6 570 историях болезни. Эти цифры проиллюстрированы на следующем рисунке.

Рисунок 3. Количество историй болезни с нарушениями, установленными при проверках, проведенных в рамках КП



Источник: Отчеты НФОМС

В 2017 году специалисты Управления больничной медицинской помощи (БМП) провели многочисленные и независимые проверки. Целью независимых аудитов является эффективное и правильное использование ресурсов центрального управления НФОМС и содействие контрольным органам ФОМС. Они дали финансовый результат и оказали дисциплинирующее воздействие для улучшения качества предоставляемой медицинской помощи, улучшения качества медицинской документации, повышенияудовлетворенности пациентов предоставляемыми им медицинскими услугами и ряда других факторов, для которых не существует количественных показателей.

Анализируя контрольную деятельность НФОМС на 2016 и 2017 годы, можно сделать следующие общие выводы:

1. Объем контрольных мероприятий НФОМС значительно растет - он включает в себя контроль новых клинических путей, амбулаторных и клинических процедур; новых договорныхпартнеров; увеличение номенклатуры лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний и др. деятельность.

2. Увеличилось количество независимых проверок, дающих финансовый результат и оказывающих дисциплинирующий эффект, что существенно помогает контрольным органам ФОМС.

3. Проведение внезапного контроля со стороны НФОМС/ РФОМС, в основном осуществляется в виде отдельных инспекций, что по сравнению с совместными проверками обеспечивает оптимальную конфиденциальность, большую работоспособность и лучшую организацию.

4. Предварительный контроль определяет случаи, которые не должны быть оплачены или подлежат оплате после проведения контроля в ЛЗСМП.

Рекомендации:

1. Создание иерархической системы обеспечения, управления и контроля качества на национальном, региональном и институциональном уровнях.

2. Внедрение электронного здравоохранения и единой информационной системы, которая обеспечит не только контроль системных подключений и качества предоставляемой медицинской помощи на всех уровнях, но и контроль над расходуемыми средствами.

3. Переориентировка контроля в сторону баланса при оценке медицинской и экономической эффективности предоставляемых больничных услуг и введение элементов индивидуального подхода в зависимости от обстоятельств.

4. Разработка качественных критериев оценки и контроля медицинской деятельности, что приведет к более эффективному управлению в лечебных заведениях стационарного типа и поликлиниках.

Литература

1. Ангелов, А.,Основи на мениджмънта, Тракия-М, С.,1998, с.210-222

2. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българскотоздравеопазване. Здравенмениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.

3. Златанова Т., Цв. Петрова – Готова, Н. Попов, Д. Щерева-Тзуни, Р. Янева, Икономика на здравеопазването, ГорексПрес, София, 2017, с. 264

4. Закон о медицинском страховании

5. Паунов С., Ефективност и справедливост в сферата наЗдравеопазването, Европейскитеетичнистандарти и българската медицина, сборник статии, 2013

6. Петрова Зл., Осигуряване на качеството и медицинскиодит-необходимост от политика на националнониво", част 1, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2012, том.12, №2, с.10-15

7. www.nsi.bg

8. https://www.nhif.bg/