

УДК

ВОРОНЕЖСКАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА СИСТЕМЫ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С ФЗ № 122-ФЗ

© 2005 г. Ю.А. Савинков, Е.В. Мезенцев, Л.В. Меремьянин

Администрация Воронежской области, Главное управление здравоохранения

В статье рассмотрены методические подходы к созданию территориальной системы информационного обеспечения управления глобальной системой представления персонифицированных медицинских и лекарственных услуг социально незащищенным слоям населения Воронежской области в условиях организационных ограничений связанных с межведомственным статусом субъектов участников этого процесса.

Изменение организационной сути представления дополнительных социальных услуг и первые шаги ее практической реализации показали наличие существенных проблем, значительно затрудняющих ее внедрение.

Решение таких задач как соблюдение адресности представления дополнительных социальных услуг, достижение баланса государственных обязательств и их финансового обеспечения на основе целевого планирования проходит на фоне высокого уровня организационной напряженности, обусловленной значительно возросшей сложностью и трудоемкостью процесса представления дополнительных медицинских услуг и лекарственного обеспечения и не сформированными межведомственными взаимодействиями по обмену информацией между участниками процесса.

Огромная информационная насыщенность системы представления дополнительных медицинских услуг, отсутствие средств, методов и навыков обработки таких объемов информации значительно затруднила работу медицинских и фармацевтических специалистов, снизилась пропускная способность поликлиник и аптек вызывая социальную напряженность.

Опыт работы за прошедшие несколько месяцев с начала года показал, что возможность управленческих структур влиять на ситуацию крайне ограничена, это обстоятельство позволяет нам утверждать о наличии кризиса управляемости системы представления дополнительных социальных услуг.

Сущность этого кризиса заключается в том, что система управления внедрением нового порядка представления дополнительных социальных услуг не соответствует сложности управляемого объекта.

В самом деле, для управления каким-либо процессом в любой социальной системе необходимо соблюдение трех основных требований:

1. Должны быть четко определены границы объекта.
2. Субъект управления должен иметь возможность регулярно наблюдать поведение объекта.
3. Субъект управления должен быть способен оказывать управляющие воздействия, на которые объект будет реагировать предсказуемым образом.

Однако, как показывает анализ фактического сложившегося порядка и существующей нормативной базы в системе дополнительных медицинских услуг, на сегодняшний день не обеспечивается ни одно из трех указанных требований к объекту управления.

Естественно, что сложившаяся ситуация не может удовлетворять органы управления.

Для понимания сути проблемы и в целях преодоления системного кризиса рассмотрим последовательно компоненты его составляющие.

1. Объектом управления являются структурные элементы – участники системы ДЛО (ЛПУ, УФО, аптеки, СМО, ТФОМС, население) и процессы (медицинской помощи, бизнес процессы, том числе финансово-коммерческие и логистические, лекарственного обеспечения и контроля качества лекарств и др.).

Однако, отсутствие четкой идеологии их взаимоотношений и, как следствие этого, неоформленность их взаимозависимостей и связей, не обеспечивали их взаимодействия, что не позволяло рассматривать этих субъектов и процессы как единую целеустремленную систему.

2. Субъект управления, тоже не в полной мере оформлен с системной точки зрения. Само собой разумеется, что за все, что происходит на территории области несет ответственность администрация. Но система ДЛО по сути является гражданско-правовой и должна регулироваться на основе гражданских договоров. Однако, федеральные органы власти (Правительство РФ и Минздравсоцразвития РФ), не

делегировав достаточных полномочий на места, сами не смогли обеспечить нормативно обоснованное разнообразие регуляторных процессов на местах.

Фактически поток проблем связанных с представлением дополнительных медицинских услуг был направлен на администрацию области, а рычаги влияния в должном объеме отсутствовали, так как полномочия по организации системы находились у Федерального центра. Указанное обстоятельство явилось основой множества противоречивых явлений в системе ДЛО и поддерживало социальную напряженность в регионе.

3. Орган управления здравоохранением области в полной мере не имел возможности оказывать управляющие воздействия, на которые все компоненты системы (аптеки, УФО, СМО), реагировали бы предсказуемым образом.

Кроме того, действующие нормативные документы, регламентирующие указанную социальную программу, не лишены недостатков, в том числе, имеют ряд «белых пятен», что, естественно, затрудняет процесс.

Каждый участник системы имел свои представления об организации взаимодействия и, в том числе, свои форматы данных и средства обработки информации, не отвечающие требованиям работы в условиях единой системы участников ДЛО (ни по качеству, ни по количеству).

Значительно осложнил ситуацию выход из системы страховой компании. Фактически установленный страховщиками во всех аптеках программный продукт, который хотя изначально и был далек от совершенства, оказался еще и неиспользуемым по техническим причинам. Таким образом, деятельность субъектов ДЛО представляла собой во многом рассогласованную группу организационных структур, напоминающая сюжет известной басни А.И. Крылова (рис 1).

Совершенно очевидно, что для реализации поставленных задач по организации дополнительного лекарственно обеспечения и достижения слаженного функционирования его участников необходимо наличие стройной концепции системы, методики ее формирования и понятных и принятых всеми участниками «правил игры» (понятий, правил, порядков, процедур).

Для решения указанных задач была сформирована рабочая группа специалистов в сфере управления и информатизации под руководством Главного управления здравоохранения, в которую вошли специалисты ТФОМС, Воронежского института высоких технологий, ЦВ Протек, ГОП «Воронеж – Фармация».

В основу деятельности положено следующее представление о последовательности действий по решению поставленных задач по формированию системы управления (рис. 2).

Проблемно ориентированный анализ системы ДЛО показал наличие следующих ограничений:

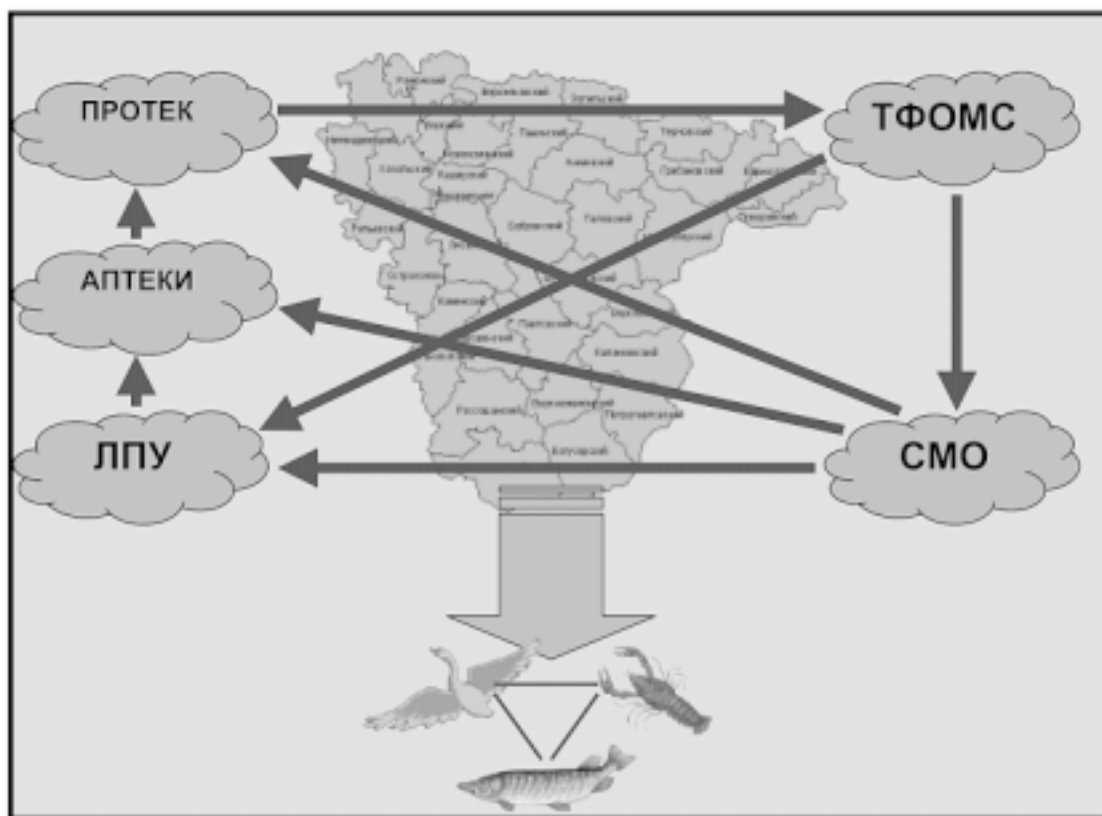


Рис. 1.



Рис. 2.

Таблица 1.

№	Нормативные пробелы системы ДЛО
1	Как обслужить льготников не имеющих полиса ОМС, в т.ч. работающих аттестованных участников боевых действий?
2	Как осуществляется ЛО лиц без прописки?
3	Сколько ЛС можно выписать одному больному?
4	Можно ли нарушать вторичную упаковку ЛС?
5	Как обеспечивается защита информации от нарушения и несанкционированного доступа?
6	Как, куда и когда передаются реестры льготников и выписанных ЛС?
7	Кто ведет и корректирует базу данных?
8	На основе каких документов проводится оплата услуг?
9	Как формируется, анализируется, корректируется и используется заявка на ЛС. Как циркулирует информация о движении лекарственных средств (заявка – поставка – отпуск – заявка).

1. Дефицит нормативно-методической базы системы и целый ряд «белых пятен» в регулирующих нормах.

В табл. 1 представлены основные нормативные пробелы системы ДЛО.

2. Межведомственный характер субъектов имеющих свое представление о целях системы и способах их достижения.

3. Отсутствие опыта взаимодействия и совместного решения задач информационного обмена.

4. На рис. 3 представлена схема информационного пространства ДЛО. Как видно из рисунка, оно является пересечением трех информационных пространств: 1. пространства ОМС; 2. пространства здравоохранения; 3 пространства коммерции.

На основе этого представления нами были последовательно определены информационные потребности каждого субъекта участника системы ДЛО и их функции по получению и обработке информации. Так например:

Уровень ТФОМС – формирование справочников и регистра лиц, имеющих право на ДЛО; загрузка данных о выписанных рецептах и полученных ЛС; экспертиза реестров рецептов и выданных ЛС; статистическая обработка и формирование отчетов.

Уровень ЛПУ – ввод рецептов в базу данных и их распечатка; формирование списка выписанных рецептов и подготовка файла к отправке в аптеку; загрузка в базу данных информации об остатках ЛС



Рис. 3.

в аптеке; загрузка данных об отпущенных аптекой ЛС; автоматический поиск пациентов, ЛС и др.

Уровень Аптека – загрузка данных по накладным о поступивших ЛС (из ЦВ «Протек» или ГОП «Воронеж-Фармация»); загрузка данных о выписанных рецептах ЛПУ; формирование данных об отпущенных ЛС и остатках ЛС (для ЦВ «Протек» или ГОП «Воронеж-Фармация»).

В результате деятельности межведомственной рабочей группы созданы следующие продукты:

1. Создана модифицированная структура субъектов ДЛО
2. Разработано техническое задание на проектирование и программирование.
3. Разработан и утвержден Главным управлением здравоохранения и ТФОМС регламент взаимодействия и информационного обмена между участниками системы.

На основе указанных документов написаны программные средства обеспечивающие процесс автоматизированного формирования персонализированных баз данных на лиц реализовавших право на дополнительные медицинские услуги и лекарственное обеспечение, автоматизированное заполнение рецептурных бланков (время на заполнение одного бланка составляет от 2 до 3 минут, а в ручную на

заполнение требуется до 20 минут) и других форм учетной и отчетной статистической документации. Программный модуль «Аптека» позволяет поддерживать в актуальном состоянии персонализированную базу данных по обслуженным рецептам, обмен данными с уполномоченным поставщиком и ЛПУ (движение ЛС и складские остатки) в том числе на основе использования скоростных цифровых каналов связи, формирование учетных и отчетных документов, реестров отпущенных ЛС и др. Таким образом, созданный в Воронежской области программный комплекс обеспечивает автоматизированную поддержку процесса представления ДЛО.

Необходимо отметить, что серьезной проблемой является качество ЛС. Сложность контроля их качества определяется рядом организационных проблем таких как

1. Значительный объем видов, серий ЛС циркулирующих на рынке.
2. Большой объем территориально распределенных аптечных учреждений и многоэтапность товаропроводящей сети.

Указанные обстоятельства определили необходимость включения в состав субъектов ДЛО ГУЗ «Центра контроля качества и сертификации лекарственных средств».



Рис. 4.

Для этого была сформирована модифицированная структура территориальной системы ДЛО (рис 4).

Для оптимизации информационного взаимодействия субъектов обращения лекарств была создана информационно-поисковая система «Фальсификат». Посредством этого программного продукта обеспечивается удаленный доступ к базам данных поставщиков лекарств и селективный скрининг на предмет выявления фальсифицированной и недоброкачественной продукции до момента их попадания в сеть.

В настоящее время в Воронежской области проходит расширенное внедрение указанных компьютерных программ в деятельность всех субъектов ДЛО.

Среди основных направлений развития системы ДЛО выделим:

1. Развитие систем, обеспечивающих скоростной обмен информацией на основе цифровых каналов.

2. Приближение друг к другу процессов выписки рецепта и отпуска ЛС на основе создания пунктов автоматизированной выписки и отпуска ЛС в поликлиниках.

3. Развитие системы автоматизированной медико-экономической экспертизы случаев медицинской помощи и лекарственных услуг.

Таким образом, проделанная главным управлением здравоохранения совместно с другими участниками системы работа позволяет сделать вывод, что ситуация по проблеме ДЛО постепенно приобретает управляемый характер, и наши усилия по поэтапному развитию данного направления обязательно приведут к повышению уровня своевременности и качества медицинской помощи.