

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Информационно-аналитическая справка

**«О состоянии защиты прав граждан
в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Удмуртской Республики
за 1 полугодие 2018 года»**

**Ижевск
2018 год**

Информационно-аналитическая справка разработана Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики на основании анализа формы отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС» за 1 полугодие 2018 года.

В тексте документа используются сокращения:

ЗПЗ	- защита прав застрахованных
КМП	- качество медицинской помощи
МЭК	- медико-экономический контроль
МЭЭ	- медико-экономическая экспертиза
ЭКМП	- экспертиза качества медицинской помощи
МО	- медицинская организация
СП	- страховые представители
ТПГГ	- Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории УР
ТП ОМС	- Территориальная программа обязательного медицинского страхования
ИГМА	- Ижевская государственная медицинская академия
ТФОМС УР	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики
СМО	- страховая медицинская организация
ФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Представляемая информационно-аналитическая справка «О состоянии защиты прав граждан в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики за 1 полугодие 2018 года» характеризует практические результаты организации защиты прав застрахованных в сфере ОМС.

Информационно-аналитическая справка адресована Министерству здравоохранения УР, Территориальному органу Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Удмуртской Республике, межрайонным филиалам Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, страховым медицинским организациям, медицинским организациям для ознакомления с работой по защите прав застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики в 1 полугодии 2018 года.

Анализ показателей, характеризующих работу по организации ЗПЗ, проведен по данным формы отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» за 1 полугодие 2018 года.

Деятельность по ЗПЗ осуществляли ТФОМС УР и 5 СМО.

За 1 полугодие 2018 года в ТФОМС УР и страховые медицинские организации поступило 77104 обращений, что в 1,2 раза больше, чем в 1 полугодии 2017 года –65744 обращения. В ТФОМС УР поступило 2,9% всех обращений, в

СМО –97,1%. Структура обращений граждан в СМО и ТФОМС УР за I полугодие 2018 года представлена в таблице №1.

Из общего числа поступивших обращений за анализируемый период преобладают письменные – 62,2%, что ниже показателя 1 полугодия 2017 года - 79,8%. По данным ФОМС за 2017 год по РФ также преобладают письменные обращения- 86,3% от количества всех поступивших обращений.

За 1 полугодие 2018 года по сети "Интернет" поступило 274 обращения, что составило 0,4% от общего количества обращений, это больше чем в 1 полугодии 2017 года в 1,7 раза (154 обращения, что составило 0,2% от общего количества обращений). По данным ФОМС за 2017 год по РФ в территориальные фонды ОМС и СМО поступило 0,2% обращений по сети «Интернет».

Таблица 1

**Структура обращений граждан в СМО и ТФОМС УР
в 1 полугодии 2018 года**

	письменные		устные		всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
СМО	47814	99,7	27065	92,8	74879	97,1
ТФОМС УР	134	0,3	2091	7,2	2225	2,9
Итого	47948	100,0	29156	100,0	77104	100,0

Количество обращений заявительного характера составляют наибольшую часть обращений, но количество их уменьшилось в 1,1 раза с 52221 в 1 полугодии 2017 года до 47681 в 1 полугодии 2018 года, в структуре обращений их доля также уменьшилась с 79,4% до 61,8%. Снижение количества обращений заявительного характера связано с уменьшением заявлений по выбору и замене СМО, а также о выдаче дубликата полиса ОМС. По данным ФОМС за 2017 год по РФ данный показатель составил 77,0%.

Увеличилось в 2,2 раза количество обращений за консультациями: в 1 полугодии 2018 года- 29280, в 1 полугодии 2017 года- 13372. В структуре обращений в 1 полугодии 2018 года их доля составила 37,9%, за аналогичный период 2017 года-20,3%. По данным ФОМС в 2017 году по РФ доля консультаций в структуре обращений составила 22,8%. Рост обращений за консультациями связан с ростом обращений по вопросам выбора МО и врача, отказа в оказании медицинской помощи, о взимании денежных средств за медицинскую помощь по ОМС, о видах, качестве и условиях оказания медицинской помощи по программам ОМС, о платных медицинских услугах.

Общее число жалоб граждан уменьшилось на 2,1% с 143 в 1 полугодии 2017 года до 140 в 1 полугодии 2018 года. По данным ФОМС за 2017 года по РФ количество жалоб также уменьшилось на 29,3%. Доля жалоб от числа всех обращений также уменьшилась и составила 0,18% (за 1 полугодие 2017 года- 0,2%). Анализ обращений граждан в ТФОМС УР и СМО за 1 полугодие 2017 – 2018 годов представлен в таблице 2.

**Анализ обращений граждан
в ТФОМС УР и СМО за 1 полугодие 2017 и 2018гг.**

	1 полугодие 2017года		1 полугодие 2018года	
	абс.	%	абс.	%
Поступило обращений, всего (тыс. шт.), в том числе:	65,7	100	77,1	100
заявительного характера	52,2	79,4	47,7	61,8
консультативные	13,4	20,4	29,3	38,0
жалобы	0,1	0,2	0,1	0,2

**Обращения граждан по поводу нарушения их прав
и законных интересов (жалобы)**

Из 140 жалоб, поступивших за 1 полугодие 2018 года, устные составляют 5,7% от общего числа жалоб (8 жалоб), письменные – 94,3% (132 жалобы); 95 жалоб (67,8%) поступили в СМО и 45 (32,1%) - в ТФОМС УР. Обоснованными признано 49 жалоб (35% от общего количества жалоб), что в 1,6 раз меньше, чем в 1 полугодии 2017 года – 79 (55,2%). По РФ за 2017 года обоснованные жалобы составили 52,0% от всех поступивших жалоб.

Структура обоснованных жалоб граждан в ТФОМС УР и СМО за 1 полугодие 2017 – 2018 гг. представлена в таблице 3.

Таблица 3

**Структура причин обоснованных жалоб граждан в ТФОМС УР и СМО
за 1 полугодие 2017 и 2018гг.**

причины жалоб	Структура обоснованных жалоб				
	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года		2017 год по РФ
	абс.	%	абс.	%	%
Число жалоб граждан всего: в том числе:	79	100,0	49	100	100,0
Организация работы МО	11	13,9	10	20,4	20,3
Нарушение этики и деонтологии	0	0	0	0	1,4
Качество медицинской помощи	26	32,9	21	42,9	34,4
Отказ в оказании медицинской помощи по ОМС	15	19,0	3	6,1	8,9
Взимание денежных средств за оказанную медицинскую помощь по ОМС	17	21,5	8	16,3	17,4
Лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи	2	2,5	1	2,0	1,6
Прочие причины	8	10,2	6	12,3	16

Доля обоснованных жалоб от общего количества обращений в 1 полугодии 2018 года составила 0,18%, в 1 полугодии 2017 года - 0,2%, в РФ за 2017 год - 0,1%.

В структуре обоснованных жалоб I место занимают жалобы на ненадлежащее качество медицинской помощи –42,9%. Их количество в 1 полугодии 2018 года уменьшилось в 1,3 раза по сравнению с аналогичным периодом 2017 года, при этом доля в структуре обоснованных жалоб увеличилась с 32,9% за 1 полугодие 2017 года до 42,9% за 1 полугодие 2018 года.

II место занимают жалобы на организацию работы МО –20,4%, в 1 полугодии 2017 года данный показатель составлял– 13,9%, хотя количество жалоб на организацию работы МО за 1 полугодие 2018 года (10 обращений) и за 1 полугодие 2017 (11 обращений) практически не изменилось.

На III месте по частоте встречаются жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС – 16,3%, в 1 полугодии 2017 года – 21,5%. Их количество уменьшилось в 2,1 раза по сравнению с 1 полугодием 2017 года.

Необходимо отметить, что в 1 полугодии 2018 года в 5 раз уменьшилось число жалоб в связи с отказом в оказании медицинской помощи: с 19,0% в 1 полугодии 2017 года до 6,1% за 1 полугодие 2018 года.

Перечисленные причины занимают 85,7% (за 1 полугодие 2017 года– 87,3%) в структуре обоснованных жалоб.

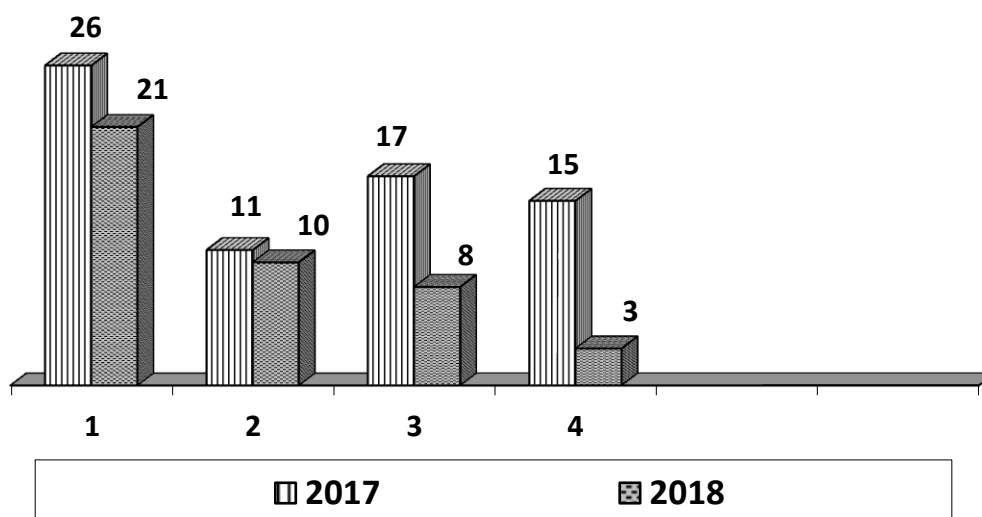
Среди прочих причин в 1 полугодии 2018 года- 3 жалобы на нарушение условий оказания бесплатной медицинской помощи и 3 на работу медицинских организаций при проведении диспансеризации взрослого населения, в 1 полугодии 2017 году-7 жалоб на нарушение условий оказания бесплатной медицинской помощи и 1 жалоба на неисполнение СМО обязанностей по договору.

Снижение количества жалоб связан с работой страховых представителей 1 и 2 уровней: информирование граждан специалистами Контакт-центра, консультирование пациентов СП непосредственно в МО, что способствует разрешению спорных ситуаций на уровне МО, а также повышением уровня информированности населения о правах в сфере охраны здоровья.

Динамика причин обоснованных жалоб за 1 полугодие 2017 и 2018 годов представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1

Динамика причин обоснованных жалоб в 1 полугодии 2017 и 2018гг.



1. Качество медицинской помощи
2. Организация работы МО
3. Взимание денежных средств
4. Отказ в оказании медицинской помощи

Досудебная практика защиты прав граждан

Работа, проводимая сотрудниками ТФОМС УР и СМО по обращениям граждан, позволила все поступившие жалобы рассмотреть в досудебном порядке. Одним из показателей активности и эффективности организации защиты прав застрахованных является количество случаев выплат застрахованным при необоснованном взимании денежных средств за медицинскую помощь по ОМС.

В 1 полугодии 2018 года было разрешено в досудебном порядке 3 случаев с материальным возмещением, сумма возмещения составила 5258,0руб., в 1 полугодии 2017 года было разрешено в досудебном порядке 16 случаев с суммой возмещения 38225,00 руб. Средняя стоимость одного случая возмещения составила в 1 полугодии 2018 года –1752,7 руб., в 1 полугодии 2017 года –2389,1 руб.

По РФ в 2017 году сумма возмещения в среднем на 1 случай, урегулированный в досудебном порядке, составила 7133,0 руб.

Основной причиной обращений, связанных с материальным возмещением и разрешенных в досудебном порядке, явилось взимание денежных средств за медицинскую помощь, которая должна быть оказана в рамках Территориальной программы ОМС бесплатно.

Судебная практика защиты прав граждан

За отчетный период рассмотрения спорных случаев в судебном порядке не было.

Возмещение расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью.

За 1 полугодие 2018 года всего было предъявлено 145 регрессных исков: в ТФОМС УР -93,1% исков, в СМО-6,9% (за 1 полугодие 2017 года-всего 114 исков, в ТФОМС -93,0%, в СМО- 7,0%). По данным ФОМС за 2017 год в ТФОМС УР предъявлено 87,3% исков, в СМО-12,7%. По результатам предъявления претензий к лицам, причинившим вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи в 1 полугодии 2018 года получены финансовые средства в размере 2 976 507,0 руб. (за 1 полугодие 2017 года- 1 053 463,0 руб.), израсходовано 2 950 621,0 руб. или 99,1% от полученных средств (за 1 полугодие 2017 года-950 312,0 руб. или 90,2% от полученных средств). По РФ за 2017 год израсходовано 72,6% от полученных средств.

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в сфере ОМС на территории УР

Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в 1 полугодии 2018 года осуществлялся в МО УР в соответствии приказом ФОМС от 01.12.2010 г. № 230 « Об утверждении порядка организации проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и в рамках заключенных договоров на оплату медицинской помощи в сфере ОМС.

Контроль объемов и качества медицинской помощи включает в себя медико-экономический контроль реестров счетов (МЭК), медико-экономическую экспертизу (МЭЭ), экспертизу качества медицинской помощи (ЭКМП).

Представленная структура контроля объемов и качества медицинской помощи в системе ОМС на территории УР включает межтерриториальные взаиморасчеты и отражена в таблице 4.

Таблица 4

Структура контроля объемов, сроков, условий и качества медицинской помощи в сфере ОМС на территории УР в 1 полугодии 2017 и 2018гг.

	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года	
	СМО	ТФОМС	СМО	ТФОМС
МЭК (тыс.)	4450,2	68,9	4638,9	50,1
МЭЭ, всего	79102	32	106856	6
Плановая	62692	14	73127	0
Целевая	16410	18	33729	6
МЭЭ повторная	-	5519		6747
ЭКМП, всего	62869	26	74483	7
Плановая	46650	-	49362	1
Целевая	16219	26	25121	6
ЭКМП повторная	-	2111		1977

Медико-экономический контроль реестров счетов

МЭК в 1 полугодии 2018 года проведен специалистами - экспертами СМО и ТФОМС УР в количестве 4689,0 тыс.счетов предъявленных к оплате за оказанную медицинскую помощь (в 1 полугодии 2017г. – 4519,1 тыс.), в том числе по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – 4280,1 тыс. счетов, по стационарной – 134,3 тыс. счетов, по стационарозамещающей – 45,2 тыс. счетов, по скорой медицинской помощи вне медицинской организации – 229,7 тыс. счетов.

Доля СМО в проведении МЭК составляет 98,9% от общего количества (4638,9 тыс. счетов), ТФОМС УР – 1,1% (50,1 тыс. счетов).

Структура нарушений, выявленных при проведении МЭК, представлена в таблице 5.

**Структура выявленных нарушений при МЭК
в 1 полугодии 2017 и 2018гг.**

Нарушения	1 полугодие 2017г. (абс./ %)	1 полугодие 2018г. (абс./ %)	Динамика 2018г./2017г.	2017 г. РФ (%)
Выявлено нарушений, в том числе	32 432 (100,0)	46308 (100,0)	рост в 0,5 раза	100,0
Правильность оформления реестров счетов	18 604 (57,4)	24760 (53,5)	рост в 1,3 раза	29,7
Принадлежность застрахованных к СМО	208 (0,6)	165 (0,3)	снижение в 1,3 раза	9,2
Включение в реестр счетов видов меди- цинской деятельности, не входящих в ТП ОМС	1260 (3,9)	8038 (17,4)	рост в 6,4 раза	36,8
Включение в реестр счетов не лицензи- рованных видов медицинской деятель- ности	1 (0,0)	14 (0,0)	рост в 14 раз	1,6
Повторное или необоснованное включе- ние в реестр счетов медицинской помо- щи	11 683 (36,0)	12161 (26,3)	рост в 1,1 раза	13,1
Применение тарифа, не соответствующего утвержденному	157 (0,5)	250 (0,5)	рост в 1,6 раза	3,5
Другие нарушения	519 (1,6)	920 (2,0)	рост в 1,8 раза	6,1

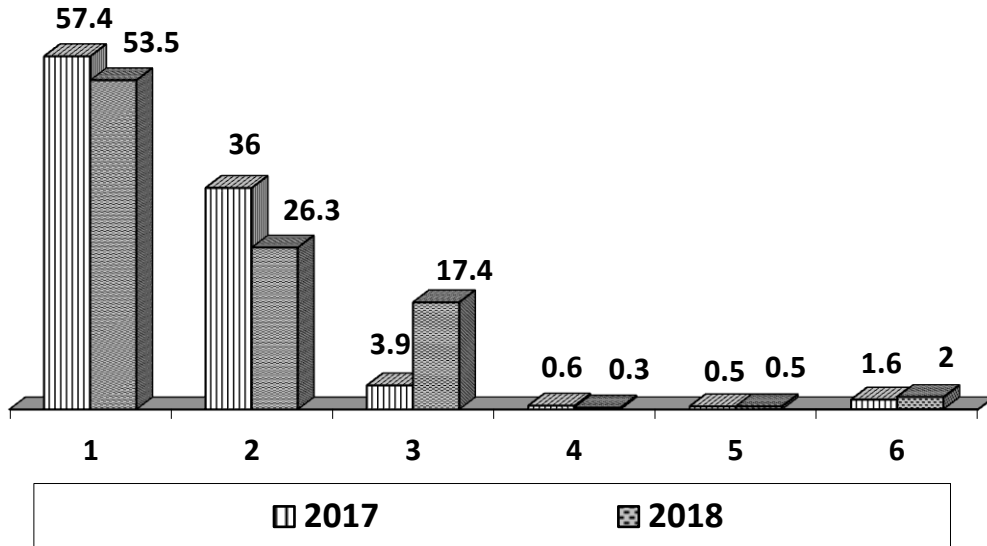
Количество выявленных нарушений при МЭК в 1 полугодии 2018 года составило 46308 нарушений (1,0 % от предъявленных счетов), в 1 полугодии 2017 года – 32 432 нарушения (0,7% от предъявленных счетов). Увеличение количества нарушений связано с ростом нарушений при включении в реестр счетов видов медицинской деятельности, не входящих в ТП ОМС, применение тарифа, не соответствующего утвержденному, при оформлении реестров счетов, а также включение в реестр счетов не лицензированных видов медицинской деятельности. По данным ФОМС доля нарушений при МЭК по РФ за 2017 год составила 2,3%.

В структуре нарушений I место занимают нарушения, связанные с правильностью оформления реестра счетов- 24 760 случаев, что составляет 53,5% от общего количества нарушений (в 1 полугодии 2017 года – 18 604 случаев или 57,4%), рост в 1,3 раза по сравнению с аналогичным периодом 2017 года. На II месте – повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи – 12 161 нарушение или 26,3% от общего количества нарушений (в 1 полугодии 2017 года – 11 683 нарушения или 36,0%), рост в 1,1 раза. На III месте – нарушения, связанные с включением в реестр счетов видов медицинской деятельности, не входящих в ТП ОМС – 8 038 нарушений или 17,4% (в 1 полугодии 2017 года – 1 260 нарушения или 3,9%), рост в 6,4 раза. По данным ФОМС в 2017 году по РФ в структуре основных нарушений преобладают нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС (36,8%), причем по РФ отмечается тенденция к росту данного вида нарушения, а также нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов (29,7%) и нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи (13,1%).

По результатам МЭК сумма, не подлежащая оплате, составила 19,5 млн.руб., за 1 полугодие 2017 года- 13,1 млн.руб.

Структура нарушений (в %), выявленных при проведении МЭК, представлена на диаграмме 2.

Диаграмма 2



- 1.Правильность оформления реестров счетов
- 2.Повторное или необоснованное включение в реестр счетов медицинской помощи
3. Включение в реестр счетов медицинской деятельности, не входящей в ТП ОМС
- 4.Принадлежность застрахованных лиц к СМО
- 5.Применение тарифа, не соответствующего утвержденному
6. Другие нарушения

Медико-экономическая экспертиза медицинской помощи

В 1 полугодии 2018 года специалистами-экспертами СМО и ТФОМС проведено 106 862 МЭЭ по 106 862 страховым случаям (68,4% случаев рассмотрены в плановом порядке и 31,6% -по требующим проведения целевых экспертиз), что в 1,3 раза больше аналогичного периода 2017 года -79 134 МЭЭ по 79 134 страховым случаям (79,2%-в плановом порядке и 20,8%- по случаям, требующим проведения целевых экспертиз).

Плановых МЭЭ проведено по 73 127 случаям, что на 16,6% больше аналогичного периода 2017 года- 62 706 МЭЭ. По данным ФОМС по РФ за 2017 год в 57,1% проведена плановая МЭЭ от общего числа МЭЭ. При проведении плановой МЭЭ СМО и ТФОМС выявлено 7 929 нарушений, что составило 10,8% от числа плановой МЭЭ. За аналогичный период 2017 года выявлено 8 349 нарушение, что составило 13,3% от числа плановой МЭЭ.

Увеличилось количество целевых экспертиз в 1 полугодии 2018 года – 33 735, что в 2,1 раза больше аналогичного периода 2017 года - 16 428. По данным ФОМС по РФ за 2017 года в 42,9% случаях проведены целевые МЭЭ.

Наибольшее число целевых МЭЭ проведено по случаям повторных обращений по поводу одного и того же заболевания (99,5% от всех целевых МЭЭ), заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения (0,2%), в связи с получением жалоб от застрахованных лиц (0,2%). При проведении СМО целевой МЭЭ выявлено 978 случаев нарушений, что составило 2,3% от числа целевой МЭЭ. За аналогичный период 2017 года в 1005 случаях выявлены нарушения, что составило 6,1%.

Общее количество выявленных нарушений при оказании медицинской помощи в 1 полугодии 2018 года по результатам МЭЭ составило 8 907 или 8,3% от числа проведенных МЭЭ, в 1 полугодии 2017 года выявлено 9 354 нарушений, т.е. 11,8%. По данным ФОМС по РФ за 2017 год доля случаев с нарушениями при всех видах МЭЭ составила 16,8%.

Сохраняется тенденция роста доли тематических экспертиз: в 1 полугодии 2018 года- 57,9% от плановых медико-экономических экспертиз, за аналогичный период 2017года- 38,2%. По данным РФ за 2017 года доля тематических МЭЭ составляет более половины от плановой МЭЭ.

Тематические МЭЭ осуществлялись по случаям проведения профилактических мероприятий, по случаям оказания дорогостоящего стационарного лечения, по достоверности предъявления к оплате случаев лечения при большом проценте перевыполнения объемов посещений в амбулаторных условиях, по случаям прерванного лечения, по обоснованности выбора клинико-статистической группы для оплаты стационарного лечения, в рамках комплексных проверок МО специалистами ТФОМС УР по использованию средств ОМС.

В 1 полугодии 2018 года проведено 73 253 медико-экономических экспертиз по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях, 15 471 - в круглосуточном стационаре, 5 889 по стационарозамещающей медицинской помощи, 12 249 по скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Доля СМО в проведении МЭЭ составила 99,9% от общего количества плановых и целевых медико-экономических экспертиз, доля ТФОМС УР – 0,1%.

Объем фактически выполненных СМО МЭЭ составил 1,7% от числа принятых к оплате счетов по амбулаторно-поликлинической помощи, 11,9% – стационарной, 13,1% - стационарозамещающей помощи, по скорой медицинской помощи вне медицинской организации –5,4% при нормативах, утвержденных приказом ФОМС от 01.12.2010г. № 230, соответственно - 0,8%, 8%, 8%, 3%.

По результатам МЭЭ общая сумма финансовых удержаний и штрафов составила 16,7 млн. руб., за 1 полугодие 2017года- 10,1 млн. руб.

Структура и динамика нарушений, выявленных при МЭЭ в 1 полугодии 2017-2018 гг. представлена в таблице 6.

**Структура выявленных нарушений при МЭЭ
в 1 полугодии 2017 и 2018 гг.**

Нарушения	1 полугодие 2017г.		1 полугодие 2018 г.		Динамика 2017г./2018г.	РФ 2017г.(%)
	Абс.	%	Абс.	%		
Выявлено нарушений всего: в том числе:	9354	100	8907	100	снижение в 1,1 раза	100
Несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов (реестров счетов)	151	1,6	442	5,0	рост в 2,9 раза	5,0
Дефекты оформления и ведения первичной документации	1917	20,5	3507	39,4	рост в 1,8 раза	30,8
Непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин	1312	14,0	3002	33,7	рост в 2,3 раза	15,2
Нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	5259	56,2	1058	11,9	снижение в 4,9 раза	32,9
Необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи	5	0,1	32	0,4	рост в 6,4 раза	2,1
Нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком и (или) стандартами медицинской помощи	633	6,8	637	7,1	-	10,5
Нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица	6	0,1	2	0	рост в 3 раза	0,2
Взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь	19	0,2	28	0,3	рост в 1,5 раза	0,2
Нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц	49	0,5	83	0,9	рост в 1,7 раза	0,1
Прочие причины	3	0,0	116	1,3	рост в 38,6 раза	3,0

В структуре нарушений на 1 месте (39,4%) – дефекты оформления первичной документации, их количество увеличилось в 1,8 раза с 1917 за 1 полугодие 2017 года до 3507 за 1 полугодие 2018 года.

На 2 месте (33,7%) – непредставление первичной медицинской документации без уважительных причин, их количество увеличилось в 2,3 раза с 1312 за 1 полугодие 2017 года до 3002 за 1 полугодие 2018 года

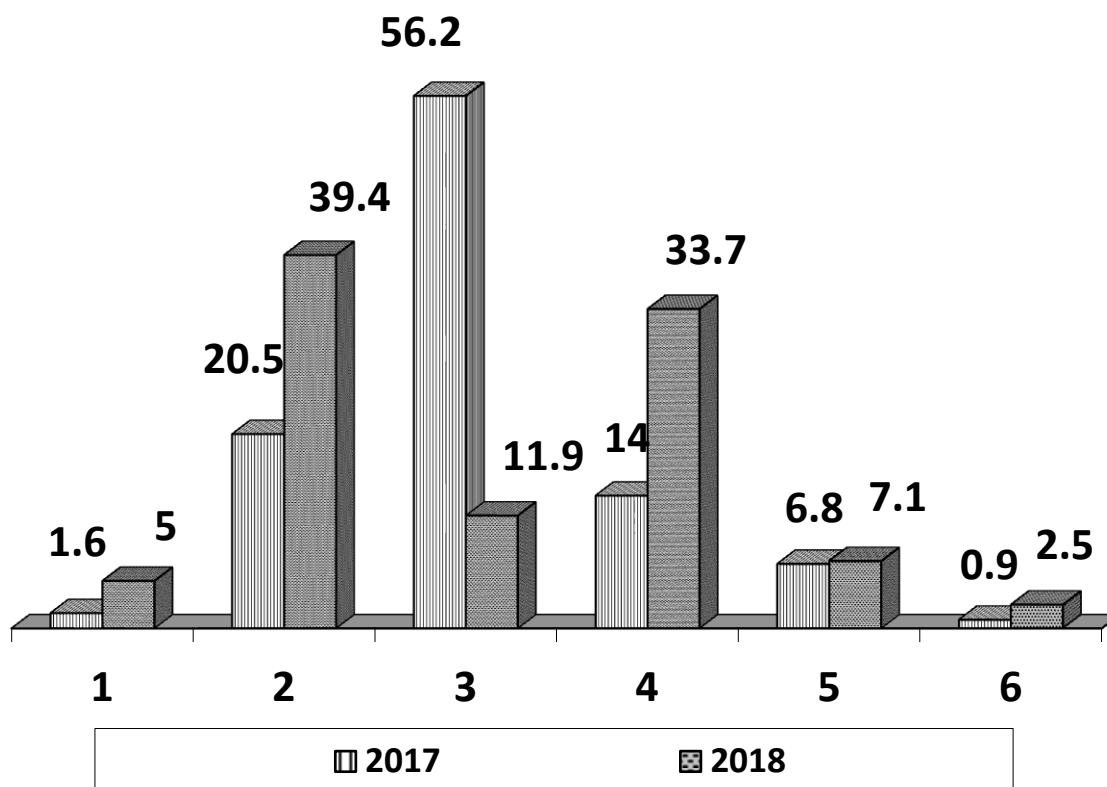
На 3 месте (11,9%) – нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов. Их количество снизилось в 4,9 раз с 5259 за 1 полугодие 2017года до 1058 за 1 полугодие 2018 года.

Необходимо отметить, что доля нарушений, связанных с выполнением необходимых мероприятий в соответствии с порядками и/или стандартами медицинской помощи, остается стабильной (6,8% в 2017 году и 7,1% в 2018 году).

По данным ФОМС по РФ в 2017 году среди нарушений, выявленных при МЭЭ, лидируют нарушения связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов-32,9%, дефекты оформления медицинской документации- 30,8%, нарушения, связанные с непредставлением первичной медицинской документации без уважительных причин 15,2%.

Структура нарушений (в %), выявленных при проведении МЭЭ в Удмуртской Республике, представлена на диаграмме 3.

Диаграмма 3



- 1.Несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов (реестров счетов)
- 2.Дефекты оформления первичной медицинской документации
- 3.Нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов
- 4.Непредставление медицинской документации без уважительных причин
5. Нарушение в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком и стандартами медицинской помощи
6. Прочие причины

Экспертиза качества медицинской помощи

Экспертиза качества медицинской помощи проводилась с привлечением экспертов качества медицинской помощи, включенных в Реестр экспертов качества медицинской помощи. Реестр ведётся в соответствии с Методическими указаниями ФОМС о порядке ведения реестров экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС и приказом ФОМС от 13.12.2011 г. № 230.

В 1 полугодии 2018 года СМО и ТФОМС УР проведено 74 490 экспертиз качества медицинской помощи, что превышает данный показатель 1 полугодия 2017 года в 1,2 раза (в 1 полугодии 2017 года рассмотрено 62 895 страховых случаев).

В 1 полугодии 2018 года проведено 49 224 экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, 12 489- в круглосуточном стационаре, 4 240 в стационарозамещающих условиях, 27 641 скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 установлены нормативы проведения ЭКМП в зависимости от количества случаев оказания медицинской помощи и составляют 0,5% по амбулаторно-поликлинической помощи, 5,0% при стационарной помощи, 3,0% при стационарозамещающей помощи, 1,5% по скорой медицинской помощи вне медицинской организации. Объем фактически выполненных СМО ЭКМП составил 1,2% при амбулаторно-поликлинической помощи; 9,6% – при стационарной и 9,5% - при стационарозамещающей помощи, 12,2% - при скорой медицинской помощи.

Проведено 49363 плановых ЭКМП, что составило 66,3% от общего количества ЭКМП. По РФ доля плановых ЭКМП за 2017 год составила 62,2%. За 1 полугодие 2018 года проведено 308176 тематических экспертиз качества медицинской помощи- это 62,4% от плановых ЭКМП. За аналогичный период 2017 года проведено 19312 тематических экспертиз качества медицинской помощи – это 41,2% от плановых ЭКМП. По РФ тематические плановые ЭКМП за 2017 год составили 50,1%. Тематические ЭКМП проведены по случаям оказания медицинской помощи с острым коронарным синдромом, острым нарушением мозгового кровообращения, при злокачественных новообразованиях, по случаям оказания медицинской помощи с применением диализа, по качеству проведения профилактических мероприятий, по обоснованности назначения лекарственной терапии, выполнение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, обоснованность госпитализации в круглосуточные стационары и др. По результатам плановой ЭКМП СМО и ТФОМС выявлено 12868 нарушений, что составило 26,1% от плановой ЭКМП (за аналогичный период 2017 года-28,1%).

Проведено 25127 целевых ЭКМП (это 33,7% от общего количества ЭКМП), из них: в связи с жалобами застрахованных 0,4%, по случаям с летальными исходами-8,8%, повторным обоснованным обращением по поводу одного и того же заболевания -89,8%, заболеваниями с удлиненным или укороченным сроком лечения-0,8%, первичном выходе на инвалидность-0,1. По РФ целевые ЭКМП за 2017 год составили 37,9%.

Количество целевых ЭКМП увеличилось в 1,5 раза по сравнению с аналогичным показателем 2017 года. По результатам целевых ЭКМП выявлено 2304 нарушения, что составило 12,7% от числа проведенных целевых ЭКМП.

В 1 полугодии 2018 года по результатам всех видов ЭКМП выявлено 16072 нарушения, что составляет 21,6% от числа экспертиз, в 1 полугодии 2017 года – 17043 нарушения или 28,3% всех ЭКМП.

Доля нарушений, выявленных при проведении ЭКМП в 2017 году по РФ, составило-52,4%.

По результатам ЭКМП сумма финансовых удержаний составила 21,5млн.руб. в 1 полугодии 2018 года, 13,5млн.руб. в 1 полугодии 2017 года

Динамика нарушений, выявленных при ЭКМП за 1 полугодие 2017-2018 годов представлена в таблице 7.

Таблица 7

**Динамика и структура выявленных нарушений при ЭКМП
в 1 полугодии 2017 и 2018 гг. (в %)**

Нарушения	1 полугодие 2017г. (абс./%)	1 полугодие 2018г. (абс./%)	Динамика 2017г./2018г.	РФ 2017. (%)
Выявлено случаев нарушений всего: в том числе	17809 (100)	16072 (100)	рост в 1,1 раза	100
Несоответствие данных первичной медицинской документации данным сче- тов (реестров счетов)	3 (0,0)	98 (0,6)	снижение в 33 раза	4,9
Дефекты оформления пер- вичной документации	4616 (25,9)	5595 (34,8)	рост в 1,2 раза	35,6
Нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядка- ми и (или) стандартами медицинской помощи	8384 (47,1)	7880 (49,0)	рост в 1,1 раза	38,1
Необоснованное несоблю- дение сроков оказания ме- дицинской помощи	152 (0,9)	177 (1,1)	рост в 1,1 раза	1,9
Нарушения, связанные с госпитализацией застрахо- ванного лица	65 (0,4)	93 (0,6)	рост в 1,4 раза	0,6
Необоснованное назначе- ние лекарственной терапии	3647 (20,5)	2011 (12,5)	снижение в 1,7 раза	н.с.
Нарушения информирован- ности застрахованных лиц	1(0,0)	0	-	0,1
Нарушения, ограничиваю- щие доступность медицин- ской помощи для застрахо- ванных лиц	24 (0,1)	13 (0,1)	снижение в 1,8 раза	0,1
Прочие нарушения	917 (5,1)	205 (1,3)	снижение в 4,5 раза	18,7

В структуре нарушений, выявленных при ЭКМП, первое место занимают нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и (или) стандартами медицинской помощи, их количество уменьшилось на 6,0%: в 1 полугодии 2017 года-8384, а в 1 полугодии 2018 года-7880, но доля этих нарушений от общего числа нарушений, выявленных при ЭКМП, увеличилась с 47,1% до 49,0%.

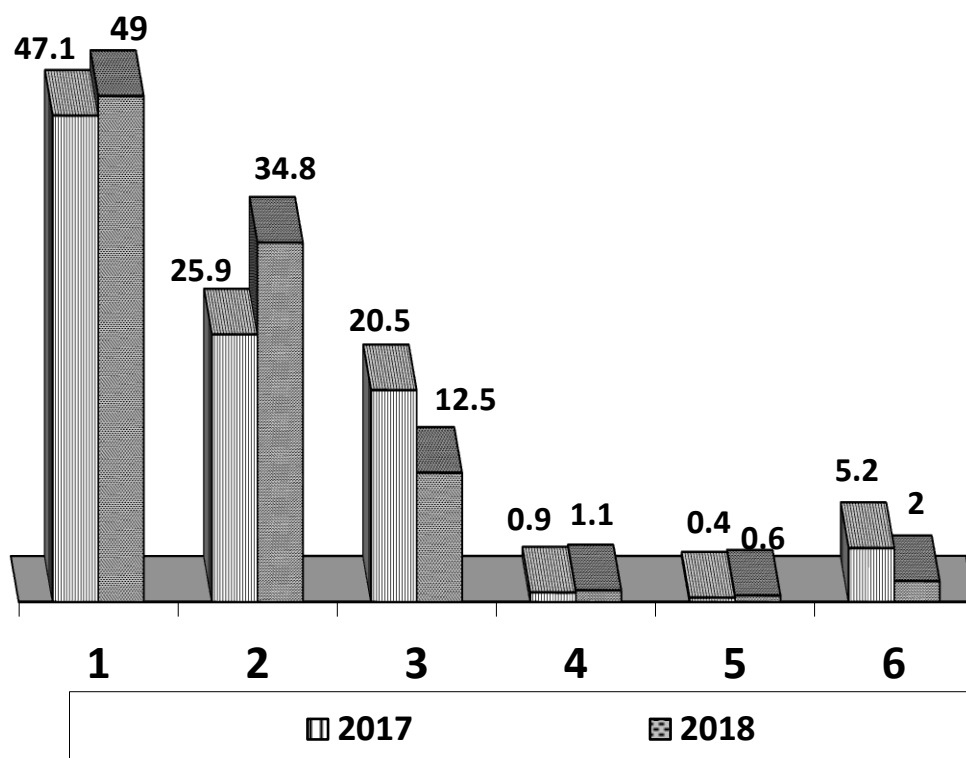
На втором месте – дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации. По сравнению с 1 полугодием 2017 года, количество этих нарушений увеличилось на 21,2% с 4616 до 5595 в 1 полугодии 2018 года, и доля этих нарушений в структуре также увеличилась с 25,9% до 34,8%.

На третьем месте - необоснованное назначение лекарственной терапии. По сравнению с 1 полугодием 2017 года количество этих нарушений уменьшилось на 55,1% с 3647 до 2011 в 1 полугодии 2018 года, и доля этих нарушений в структуре также уменьшилась с 20,5% до 12,5%.

По данным ФОМС по РФ в 2017 году среди нарушений, выявленных при ЭКМП, лидируют нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и (или) стандартами медицинской помощи-51,1%, дефекты оформления медицинской документации- 42,7%.

Структура нарушений, выявленных при ЭКМП в 1 полугодии 2017-2018гг. представлена на диаграмме 4.

Диаграмма 4



1. Нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками или стандартами оказания медицинской помощи
2. Дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации
3. Необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи
4. Нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица

5. Прочие нарушения при оказании медицинской помощи

6. Прочие нарушения

Заключение по экспертной деятельности СМО и ТФОМС

По результатам МЭЭ и ЭКМП выявлены МО с наибольшим процентом нарушений от всех проведенных экспертиз в МО, а именно: ООО «Стоматологический салон» -44,4%, ООО «Дентекс плюс»-41,2%, «Саттарова Т.М.»-39,3%, ООО «Стоматологический салон «Премьер»- 38,8%, ООО «Стоматология «Метелица»-31,1%, «Симонихинская больница ф-л ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России»-27,9%, БУЗ УР «Селтинская РБ МЗ УР» -27,8%, БУЗ УР «Сарапульская ГСП№1 МЗ УР» -24,9%, БУЗ УР «ГКБ №1 МЗ УР»-24,3%, БУЗ УР «Киясовская РБ МЗ УР» -23,3%, БУЗ УР «Граховская РБ МЗ УР»-24,0%, БУЗ УР «Ярская РБ МЗ УР»- 20,6%, БУЗ УР «Воткинская ГДБ МЗ УР» -20,5%.

Выявленные СМО нарушения влекут за собой удержание финансовых средств и применения финансовых санкций. Наибольшие финансовые удержания и санкции по нарушениям, выявленным при проведении МЭЭ и ЭКМП, применены к БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР» - 5,1 млн.руб., БУЗ УР «Сарапульская ГБ МЗ УР» - 3,9 млн.руб., к БУЗ УР «ГКБ№9 МЗ УР» и к БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» - 1,6 млн.руб., к БУЗ УР «ГКБ№8 МЗ УР» - 1,4 млн.руб., к БУЗ УР «ГКБ №2 МЗ УР» и БУЗ УР «Завьяловская РБ МЗ УР» - 1,5 млн.руб., к БУЗ УР «Ярская РБ МЗ УР» - 1,3 млн.руб., к БУЗ УР «Воткинская РБ МЗ УР» - 1,2 млн.руб.

Сотрудниками Отдела проанализированы наиболее часто допускаемые нарушения МО:

-по **п.3.2.**-нарушения связанные с оказанием медицинской помощи в соответствии со стандартами, порядками, клиническими протоколами, выявлены: БУЗ УР «Сарапульская ГБ МЗ УР» -920 (33,4% от всех нарушений), БУЗ УР «Воткинская РБ МЗ УР» -626 (47,7%), БУЗ УР «Глазовская МБ РБ МЗ УР» -569 (32,1%), БУЗ УР «Воткинская ГБ№1 МЗ УР»-307 (38,3%), БУЗ УР «ГКБ №1 МЗ УР»-298 (36,6%), БУЗ УР «ГКБ №2 МЗ УР» -298 (47,9%);

- **п.3.12** - необоснованное назначение лекарственной терапии выявлены: БУЗ УР «Сарапульская ГБ МЗ УР»-315 (11,4% от всех нарушений), БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»-237 (13,3%), БУЗ УР «ГКБ №1 МЗ УР» - 169 (38,3%), БУЗ УР «Воткинская РБ МЗ УР» -84 (6,2%);

-**п.4.1.**-непредоставление мед.документации, **п.4.6.,5.4.2.,4.6.1, 4.6.2** - нарушения, связанные с предоставлением случаев оказания медицинской помощи под оплату, **п.4.4** – наличие признаков фальсификации медицинских документов выявлены: в БУЗ УР «Сарапульская ГБ МЗ УР» - 328 (11,9% от всех нарушений), БУЗ УР «Глазовская МБ МЗ УР»-305 (17,2%), БУЗ УР «Завьяловская РБ МЗ УР»-224 (34,2%), БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР»- 176 (29,4%), БУЗ УР «ГП№10 МЗ УР» -168 (25,7%), БУЗ УР «Сарапульская РБ МЗ УР»-148 (26,6%), БУЗ УР «Якшур-Бодьинская РБ МЗ УР» -144 (23,8%).

Финансовые удержания и санкции по результатам экспертной деятельности по МЭЭ и ЭКМП в 1 полугодии 2018г. составили более 38,3 млн. руб., что в 1,6 раза больше суммы аналогичного периода 2017 год (23,6 млн.руб.).

В 1 полугодии 2018 году с МО удержано:

- более 10,6 млн.руб. за предоставление счетов на оплату, не подтвержденных медицинской документацией или по тарифам, не соответствующим установленным Тарифным соглашением;
- более 8,5 млн.руб. за несвоевременные и ненадлежащим образом выполненные необходимые пациенту лечебно-диагностические мероприятия;
- более 4,3 млн. руб. за необоснованное назначение лекарственной терапии.

Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, организованного и проведенного ТФОМС УР

Повторная медико-экономическая экспертиза

В 1 полугодии 2018 года специалистами-экспертами ТФОМС УР проведено 6747 повторных медико-экономических экспертиз по 6747 страховым случаям (за аналогичный период 2017 года – 5519 экспертиз по 55519 страховым случаям). Это составило 9,2% от плановых медико-экономических экспертиз, проведенных СМО (в 1 полугодии 2017года- 8,8%). По РФ за 2017 год данный показатель составил 5,8%.

В 1 полугодии 2018г. в плановом порядке проведены повторные МЭЭ по 6733 страховым случаям (99,8%). В 1 полугодии 2017 года проведено 55436 плановых повторных МЭЭ или 95,7%. по РФ в 2017 году данный показатель составил – 98,8%.

По претензиям медицинских организаций по результатам экспертиз, проведенных СМО, выполнено 14 повторных МЭЭ (0,2%) , в 1 полугодии 2017 года – 83 или 4,3%. По РФ в 2017 году данный показатель составил – 0,2%. Необоснованно отклоненными страховыми медицинскими организациями по результатам МЭЭ признано 13 страховых случаев или 0,2% от всех повторно рассмотренных (в 1 полугодии 2017 года –78 случаев или 1,4%), по РФ в 1 полугодии 2017 года данный показатель составил – 0,3%.

Количество страховых случаев, содержащих дефекты, не выявленные СМО, составило 20 или 0,3% от всех страховых случаев, рассмотренных при проведении повторных МЭЭ (в 1 полугодии 2017 года – 18 случаев или 0,3%). По РФ за 2017 год этот показатель составил 1,4%.

Таким образом, доля совпадений заключений специалистов-экспертов СМО и ТФОМС УР составила 99,5%, в 1 полугодии 2017 года -98,3%.

Структура выявленных нарушений при проведении повторной МЭЭ в 1 полугодии 2017 и 2018 годов представлена в таблице 8.

**Структура выявленных нарушений при повторной МЭЭ
в 1 полугодии 2017 и 2018 гг.**

Нарушения, выявленные в результате повторных МЭЭ	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года		2017 год по РФ
	абс.	%	абс.	%	%
Дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации	4	22,2	12	60,0	24,7
Несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов и реестра счетов	2	11,1	-	-	13,8
Нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком и (или) стандартами	-	-	-	-	13,2
Нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов	12	66,7	8	40	36,5
Прочие нарушения в соответствии с Перечнем	-	-	-	-	11,8
Всего нарушений	18	100,0	20	100,0	100,0

В структуре нарушений, выявленных при повторной МЭЭ в 1 полугодии 2018 года, преобладают нарушения, связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации -60%, их количество увеличилось в 3 раза по сравнению с аналогичным периодом 2017 года, а также с нарушениями, связанными с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов-40% от всех нарушений, что в 1,5 раза меньше аналогичного периода 2017 года.

По данным ФОМС по РФ в 2017 году среди нарушений, выявленных при МЭЭ, лидируют нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов-36,5%, дефекты оформления медицинской документации-24,7%.

Повторная экспертиза качества медицинской помощи

В 1 полугодии 2018 года ТФОМС УР проведено 1977 повторных ЭКМП, в 1 полугодии 2017 года – 2111. Это составило 4,0% от плановых ЭКМП экспертиз, проведенных СМО (в 1 полугодии 2017 года- 4,5%). По РФ за 2017 года данный показатель составил 3,0%.

В плановом порядке в 1 полугодии 2018 года проведено 1815 повторных ЭКМП, в 1 полугодии 2017 года – 1755. В 1 полугодии 2018 года данный показатель составил 91,8 % от повторных экспертиз качества медицинской помощи, а в 1 полугодии 2017 года – 83,2% от повторных ЭКМП. По РФ в 2017 году плановых повторных ЭКМП проведено 95,5% от всех повторных ЭКМП.

По претензиям медицинских организаций проведены –162 повторные ЭКМП или 8,2 %, (в 1 полугодии 2017 года -365 или 16,8%). По РФ в 2017 году по претензиям медицинских организаций в среднем проведено повторных ЭКМП в 4,1% случаев.

При проведении повторных ЭКМП выявлено 161 нарушение, что составляет 8,1% от общего числа проведенных повторных экспертиз качества меди-

цинской помощи (в 1 полугодии 2017 года –174 нарушения или 8,2%). По РФ за 2017 год выявлено 12,5% случаев с нарушениями при проведении повторной ЭКМП.

Доля совпадений заключений специалистов-экспертов СМО и ТФОМС УР в 1 полугодии 2018 года и в 1 полугодии 2017 года составила 91,8%, что аналогично 1 полугодию 2017 года.

Структура выявленных нарушений при повторной ЭКМП в 1 полугодии 2017 и 2018 годов представлена в таблице 9.

Таблица 9

**Структура выявленных нарушений при повторной ЭКМП
в 1 полугодии 2017 и 2018 гг. (в %)**

Нарушения, выявленные в результате повторной ЭКМП	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года		2017 г. по РФ
	абс.	%	абс.	%	%
дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации	11	6,3	22	13,7	22,8
несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов и реестров счетов	7	4,1	4	2,5	3,3
нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком и (или) стандартами МП;	27	15,5	33	20,5	55,2
необоснованное несоблюдение сроков оказания МП;	-	-	3	1,9	1,5
нарушения, связанные с госпитализацией застрахованного лица;	-	-	-	-	1,9
прочие нарушения при оказании МП (необоснованное назначение лекарственной терапии)	3	1,7	1	0,6	н.с.
Необоснованное удержание финансовых средств СМО за оказанную медицинскую помощь	126	72,4	96	59,6	н.с.
Прочие нарушения	-	-	2	1,2	15,3
Всего нарушений	174	100,0	161	100	100

Анализ структуры нарушений, выявленных при проведении повторных экспертиз качества медицинской помощи, демонстрирует высокий уровень нарушений по следующим пунктам:

- необоснованное удержание финансовых средств СМО за оказанную медицинскую помощь – 96 случаев (59,6%), их количество уменьшилось в 1,3 раза по сравнению с 1 полугодием 2017 года;

- нарушения при оказании медицинской помощи - 33 случая (20,5%), их количество увеличилось в 1,2 раза по сравнению с 1 полугодием 2017 года.

Количество дефектов оформления первичной медицинской документации увеличилось в 2,0 раза, а количество нарушений по несоответствию данных первичной медицинской документации данным счетов и реестров счетов уменьшилось в 1,7 раза в сравнении с аналогичным периодом 2017 года.

По данным ФОМС по РФ в 2017 году среди нарушений, выявленных при ЭКМП, лидируют нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соот-

ветствии с порядком и (или) стандартами МП-55,2%, дефекты оформления медицинской документации- 22,8%, несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов (реестров счетов)- 3,3%.

Работа Комиссии по рассмотрению претензий медицинских организаций к страховым медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Удмуртской Республики

Количество претензий медицинских организаций к СМО по результатам экспертной деятельности, поступивших в Фонд, уменьшилось 1,6 раза с 65 в 1 полугодии 2017 года до 41 в аналогичном периоде 2018 года. Сумма, оспариваемая МО за 1 полугодие 2018 года составила 750,4 тыс.руб.

По решениям Фонда, принятым по результатам рассмотрения претензий в за 1 полугодие 2018 года, сумма, отклоненная от удержания СМО с МО составила около 206,9 тыс.руб., или 27,6% от предъявленной МО суммы.

Количество отказов медицинским организациям в рассмотрении претензий специалистами Фонда увеличилось в 2,1 раза- с 10 (15,4% от всех претензий) за 1 полугодие 2017 года до 21 (51,2%) за аналогичный период 2018 года, что связано с несвоевременным направлением претензии в Фонд или некорректным ее оформлением. Необоснованных претензий уменьшилось в 3,3 раза – с 20 (30,8% от всех претензий) 2017 году до 6 (14,5%) в 2018 году, количество обоснованных претензий также уменьшилось в 2,3 раза с 7 (10,8% от всех нарушений) в 1 полугодии 2017 года до 3 (7,3%) в аналогичном периоде 2018 года. Частично обоснованных претензий также уменьшилось в 3,0 раза с 27 (41,5% от всех претензий) за 1 полугодие 2017 года до 9 (21,9%) за аналогичный период 2018 года. Снижение количества претензий, направляемых МО в ТФОМС УР, связано с первичным разбором претензий и урегулированием спорных вопросов на уровне СМО и МО в установленные сроки.

Реализация права граждан на получение медицинской помощи за пределами территории страхования

Важным аспектом работы системы ОМС являются взаиморасчеты между территориальными фондами ОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам Российской Федерации за пределами территории страхования.

За I полугодие 2018 года в ТФОМС УР приняты счета за 42,93 тыс. иногородних граждан, которые получили медицинскую помощь в МО Удмуртской Республики на сумму 168,6 млн. руб. За I полугодие 2017 года ТФОМС УР предъявлены и приняты счета за 31,4 тыс. иногородних граждан, которые получили медицинскую помощь в МО Удмуртской Республики на сумму 116,2 млн. руб.

ТФОМС УР по предъявленным счетам МО УР за оказание медицинской помощи иногородним гражданам за I полугодие 2018 года проведен медико-экономический контроль 42,93 тыс. предъявленных к оплате счетов (за I полугодие 2017 года - 31,4 тыс.), из них:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – 35,25 тыс. счетов;
- стационарной медицинской помощи – 4,02 тыс. счетов;
- стационарозамещающей медицинской помощи – 0,26 тыс. счетов;
- скорой медицинской помощи – 3,4 тыс. счетов.

Было выявлено 427 нарушений (1% от количества предъявленных к оплате счетов). По данным ФОМС за 2017 год по РФ выявлено 0,2% нарушений от всех предъявленных счетов к оплате. В структуре нарушений 1 место занимают нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи – 336 нарушений (78,7% от числа всех нарушений). На 2 месте нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС - 47 нарушений (11%). На 3 месте нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов - 27 нарушений (6,3%). По данным 2017 года по РФ преобладают нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО-49,5%, а также нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов-31,1%.

По результатам медико-экономического контроля в I полугодии 2018 года была проведена медико-экономическая экспертиза по 5,3 тыс. страховых случаев и выявлено 140 (2,6%) нарушений (в I полугодии 2017 года - МЭЭ по 4,1 тыс. страховым случаям и выявлено 115 (2,8%) нарушений). По данным ФОМС за 2017 год по РФ выявлено 5,6% нарушений при проведении МЭЭ. Следует отметить, что среди нарушений 74,3% составляют нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов (104 случая), 22,9% составляют нарушения, связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации (32 случая), 1,4% составляют нарушения, связанные с необоснованным несоблюдением сроков оказания медицинской помощи (2 случая). По данным 2017 года по РФ преобладают нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов (реестров счетов)-49,5%, а также нарушения, связанные с непредставлением медицинской документации-20%.

В I полугодии 2018 года по запросам других территориальных фондов ОМС была проведена экспертиза качества медицинской помощи по 47 страховым случаям и выявлено 21 (44,7%) нарушение (в I полугодии 2017 года - по 78 страховым случаям и выявлено 49 (62,8%) нарушений). По данным 2017 года по РФ выявлено 14,2% нарушений. Среди нарушений 85,7% составляют нарушения при оказании медицинской помощи (18 случаев), 14,3% составляют нарушения связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации (3 случая). По данным 2017 года по РФ лидируют нарушения при оказании медицинской помощи -55,8% и дефекты оформления медицинской документации-28,7%.

За I полугодие 2018 года в ТФОМС УР из 60 ТФОМС других субъектов РФ поступили отказы в оплате счетов (возвраты) по 1123 случаям оказания медицинской помощи (за I полугодие 2017 года - 1439) на сумму 10,8 млн. руб. (за I полугодие 2017 года - 6,4млн. руб.).

Причины возвратов в соответствии с Перечнем оснований для отказов в оплате медицинской помощи по приказу Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230 распределились следующим образом:

1. Причины, требующие проведения МЭК, всего 583 случая (52%), в том числе по дефектам:

- нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС - 25 (4,3%);
- некорректное заполнение полей реестра счетов – 193 (33,1%);
- нарушения, связанные с определением принадлежности застрахованного лица к страховой медицинской организации - 125 (21,5%);
- заявленная сумма по позиции реестра счетов некорректна – 2 (0,3%);
- нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС - 238 (40,8%).

2. Причины, требующие проведения МЭЭ и ЭКМП, всего 540 (48%), в том числе по дефектам:

- дефекты медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи - 325 (60,2%);
- - нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь - 22 (4,1%);
- включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи специалистом, не имеющим сертификата по профилю оказания медицинской помощи - 3 (0,5%);
- нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи - 190 (35,2%).

В I полугодии 2018 года за 50,1 тыс. граждан, застрахованных на территории УР, получивших медицинскую помощь в медицинских организациях за пределами Удмуртской Республики, предъявлены в ТФОМС УР счета на 248,4 млн. руб. (в I полугодии 2017 года за 68,91 тыс. граждан, застрахованных на территории УР, получивших медицинскую помощь в МО за пределами Удмуртской Республики, предъявлены в ТФОМС УР счета на 228,1 млн. руб.).

ТФОМС УР по предъявленным счетам ТФОМС других субъектов РФ за оказание медицинской помощи застрахованным гражданам Удмуртской Республики в I полугодии 2018 года провел медико-экономический контроль 50,1 тыс. предъявленных к оплате счетов (за I полугодие 2017 года - 68,91 тыс.), из них:

- амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – 41,43 тыс. счетов;
- стационарной медицинской помощи – 4,8 тыс. счетов;
- стационарозамещающей медицинской помощи – 0,37 тыс. счетов;
- скорой медицинской помощи – 3,5 тыс. счетов.

Вследствие проведенного МЭК счетов за медицинскую помощь, оказанную нашим гражданам за пределами УР, выявлено 1673 нарушения (3,3% от количества предъявленных к оплате счетов) и направлены отказы в оплате в адрес территориальных фондов ОМС других субъектов РФ. 1 место занимают нарушения при оказании медицинской помощи - 800 случаев (47,8%). На 2 месте нарушения, связанные с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС - 379 случая (22,7%). На 3 месте нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО - 142 случая (8,5%).

Финансовые результаты контроля объемов и качества медицинской помощи

За 1 полугодие 2018 года сумма средств, направленная СМО медицинским организациям за оказанные медицинские услуги, составила 8327,63 млн. руб., а за 1 полугодие 2017 год- 7340,8млн. руб.

По результатам нарушений, выявленных при проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП в 1 полугодии 2017 года СМО было удержано 58,0 млн. руб. с (0,7% от направленной суммы), из них использовано 35,1 млн. руб. удержанных средств, в том числе направлено на оплату медицинской помощи 83,2% от общей суммы удержанных средств или 29,2 млн. руб. По РФ за 2017 год удержано по результатам нарушений, выявленных при проведении МЭК, МЭЭ и ЭКМП, 2,7% от суммы направленной в МО.

Кроме того, в 1 полугодии 2018 года СМО в ТФОМС УР были направлены финансовые средства для формирования нормированного страхового запаса в размере 22,3 млн.руб., в 1 полугодии 2017 года было направлено 14,7 млн.руб.

Структура направлений удержанных средств в 1 полугодии 2017 и 2018 годов (в %) представлена в таблице 10.

Таблица 10

Направления использования удержанных средств в 1 полугодии 2017 и 2018 гг. (в %)

Направления использования средств	Структура финансирования			
	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года	
	млн. руб.	%	млн. руб.	%
Оплата медицинских услуг	18,5	50,3	29,8	51,4
Формирование собственных средств, в т.ч. на ведение дела, в т.ч.:	3,6	9,8	5,9	10,2
1. на предупреждение (снижение) дефектов (нарушений) в оказании медицинской помощи	0,6	-	1,0	-
2. на организацию и проведение контроля, включая:	2,1	-	3,5	-
- оплату труда экспертов качества медицинской помощи, не являющихся сотрудниками	1,8	-	1,8	-
Формирование НСЗ	14,7	39,9	22,3	38,4
Всего	36,8	100,0	58,0	100,0

Кадровый состав специалистов, участвующих в деятельности по защите прав застрахованных в сфере ОМС

В 1 полугодии 2018 года деятельностью по защите прав застрахованных в сфере ОМС занимались 368 специалистов, из них 193 штатных специалиста СМО и ТФОМС УР.

В проведении ЭКМП привлекались 183 врачей-экспертов (в т.ч. из Российского Реестра экспертов качества 44 человек) из них 140 специалистов имеют высшую квалификационную категорию, 66 кандидатов медицинских наук и 20 докторов медицинских наук.

Медико-социологический мониторинг удовлетворенности качеством медицинской помощи

В 1 полугодии 2018 года во всех МО, работающих в системе ОМС на территории УР, с целью изучения удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи продолжалось анкетирование.

В анкетировании приняли участие 4300 респондентов, из них опрошено специалистами-экспертами ТФОМС УР – 1676 (39,0%), СМО – 2624 (610%). В 1 полугодии 2017 года в анкетировании приняли участие 2659 респондента, из них опрошено специалистами-экспертами ТФОМС УР – 11123(42,2%), СМО – 1536 (57,8%). Количество и структура респондентов представлены в таблице 11.

Таблица 11

Количество и структура респондентов в 1 полугодии 2017 и 2018 гг.

Условия оказания медицинской помощи	Количество респондентов			
	1 полугодие 2017 года		1 полугодие 2018 года	
	Абс.	%	Абс.	%
В амбулаторных условиях	919	34,6	1447	33,7
В стационаре	736	27,7	1098	25,5
В дневном стационаре	790	29,7	1042	24,2
Скорая медицинская помощь	214	8,0	713	16,6
Всего респондентов, чел.	2882	100,0	4300	100,0

Уровень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи составил в 1 полугодии 2018 года 85,4 % (3672 опрошенных застрахованных), в 1 полугодии 2017 года -90,5% (2406 опрошенных).

В 1 полугодии 2018 года в амбулаторно-поликлинических условиях удовлетворены работой врачей 91,9% респондентов, длительностью ожидания 81,4%, доступностью врачей-специалистов-77,4%; в стационарных условиях удовлетворены длительностью ожидания госпитализации 94,8% респондентов, уровнем обеспеченности лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения-85,5%, уровнем оснащенности диагностическим и материально-бытовым

оборудованием-76,8% опрошенных. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи представлена в таблице 12.

Таблица 12

**Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи
по результатам социологического опроса, проведенного
ТФОМС УР и СМО в 1 полугодии 2017 и 2018гг.**

виды медицинской помощи (МП)	1 полугодие 2017г.		1 полугодие 2018г.	
	абс.	%	абс.	%
в амбулаторных условиях	815	88,6	1266	87,5
-удовлетворены качеством МП	425	46,2	523	36,2
-больше удовлетворены, чем не удовлетворены	390	42,4	743	51,3
в стационаре	679	92,3	989	90,1
-удовлетворены качеством МП	395	53,7	498	45,4
-больше удовлетворены, чем не удовлетворены	284	38,6	491	44,7
в дневном стационаре	727	92,0	949	91,0
-удовлетворены качеством МП	418	52,9	518	49,7
-больше удовлетворены, чем не удовлетворены	309	39,1	431	41,3
при оказании скорой медицинской помощи	185	86,5	468	65,6
-удовлетворены качеством МП	102	47,7	280	39,2
-больше удовлетворены, чем не удовлетворены	83	38,8	188	26,4
Всего	2406	90,5	3672	85,4
-удовлетворены качеством МП	1340	50,4	1819	42,3
-больше удовлетворены, чем не удовлетворены	1066	40,1	1853	43,1

В 1 полугодии 2018 года уровень удовлетворенности амбулаторно-поликлинической помощью составил 87,5% (в 1 полугодии 2017 года-88,6%).

Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях стационара в 1 полугодии 2018г. составила 90,1%, что ниже уровня аналогичного периода 2017 года-92,3%.

В 1 полугодии 2018 года уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи в дневном стационаре также снизился- с 92,0% в 1 полугодии 2017 года до 91,0% за аналогичный период 2018 года.

Удовлетворенность пациентов качеством оказанной скорой медицинской помощи в 1 полугодии 2018г. составила 65,6%, что ниже уровня аналогичного периода 2017 года-86,5% и ниже целевого показателя, определенного ТППГ на территории УР (75%).

Работа по информированию населения по вопросам ОМС

В 1 полугодии 2018 года проводилась работа по информированию граждан о правах в системе ОМС. В СМИ опубликовано 38 статьи, проведено 6 вы-

ступлений по радио и 10 по телевидению. Выпущено 82039 памяток, 12800 листовок, 17100 брошюр, 1910 плакатов с выдержками из ТППГ.

Службой представителей СМО в медицинских организациях за 1 полугодие 2018 года проконсультировано 7927 пациентов. Специалистами-экспертами межрайонных филиалов ТФОМС УР проконсультировано 254 пациента. Общее количество медицинских организаций, в которых осуществлялась работа представителей СМО и специалистов – экспертов ТФОМС -111.

Проведено 278 встреч в коллективах застрахованных и 113 в коллективах медицинских работников.

В 1 полугодии 2018 года проводилась актуализация официального сайта ТФОМС УР, велись рубрики «Права граждан» и «Вопросы и ответы», размещена ТППГ на 2018 год. С июля 2018 года информация по вопросам ОМС размещается и в социальных сетях.

Организация работы страховых представителей

На 01.07.2018 года организована работа 139 СП во всех СМО, работающих в сфере ОМС на территории Удмуртской Республики - 59 страховых представителей 1 уровня, 63 страховых представителя 2 уровня и 17 страховых представителей 3 уровня. Данные о СП по СМО представлены в таблице 13.

Таблица 13

Распределение СП по СМО за 1 полугодие 2018 года

СМО	Численность застрахованных лиц на 01.07.2018 года, чел.	Количество СП, чел.			Количество застрахованных лиц на 1 СП, чел.		
		1 уровня	2 уровня	3 уровня	1 уровня	2 уровня	3 уровня
1	2	3	4	5	6	7	8
РГС-Удмуртия-Медицина	767062	9	42	7	85229	18263	109580
Ингосстрах-М	368241	18	8	4	20458	46030	92060
СОГАЗ-Мед	304696	16	8	3	19044	38087	101565
ВСК-Милосердие	53214	10	1	2	5321	53214	26607
Спасские ворота-М	43487	6	4	1	7248	10872	43487
ИТОГО	1536700	59	63	17	26046	24392	90394

Информационное сопровождение при организации прохождения застрахованными лицами профилактических мероприятий

В соответствии с главой XV Правил ОМС на территории Удмуртской Республики с 2017 года организовано информационное сопровождение застрахованных лиц при прохождении профилактических мероприятий.

Численность застрахованных лиц, включенных в списки на прохождение первого этапа диспансеризации согласно Плану-графику Минздрава УР (утвержден Распоряжением Минздрава УР от 13.06.2018 года № 692) на 2018 год составила 272782 человека: 247846 чел. для проведения диспансеризации раз в 3 года (ДВН раз в 3 года) и 24936 чел. для проведения диспансеризации раз в 2 года (ДВН раз в 2 года).

С 01.01.2018 года страховыми представителями индивидуально проинформировано о возможности прохождения ДВН раз в 3 года 131215 человек или 52,9% от численности, запланированной на год.

О возможности прохождения ДВН раз в 2 года СМО проинформировано 8486 человек или 34,0% от численности, запланированной на год.

СМО направлено застрахованным лицам 64397 смс-сообщений, 41664 информационных письма, 19208 сообщений в системе обмена текстовыми сообщениями (мессенджеры), 58 электронных писем. Проинформированы по телефону 5269 застрахованных лица, а 9105 - проинформированы при личном обращении в офис СМО или к страховому представителю в медицинской организации.

Из числа включенных в списки прошло 1 этап профилактических мероприятий 57248 человек, что составляет 21,0% от численности запланированной на год. Из числа проинформированных застрахованных лиц прошли 1 этап 48850 человек или 35,0%.

Из числа прошедших 1 этап 23208 человек направлены на 2 этап профилактических мероприятий, что составило 40,5% от числа прошедших 1 этап. Проинформировано страховыми представителями о необходимости прохождения 2 этапа 6270 человек или 27,1% от числа направленных. Прошли 2 этап 16819 человек или 72,4% от числа направленных. Из числа проинформированных застрахованных лиц о необходимости прохождения 2 этапа завершили 2 этап 1133 человека или 18,1%.

С 01.01.2018 года организовано информационное сопровождение застрахованных лиц, принятых на диспансерное наблюдение.

Всего по данным медицинских организаций подлежат диспансерному наблюдению по результатам диспансеризации 2017 года 52913 человек, из которых проинформировано страховыми представителями о необходимости посещения врача 5353 человека или 10,0% от общего числа принятых на диспансерное наблюдение.

Участие в проекте "Новая поликлиника"

Страховые представители принимают участие в реализации федерального приоритетного пилотного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь".

Представителем межрегионального союза медицинских страховщиков на территории Удмуртской Республики согласован со всеми СМО и утвержден ежедневный график работы страховых представителей в поликлиниках.

За 1 полугодие 2018 года к страховым представителям, работающим в медицинских организациях, поступило 5938 обращений в основном консультативного характера.

СМО передано в медицинские организации 166537 листовок и буклетов о здоровом образе жизни и проведении профилактических мероприятий, 115000 памяток, 1986 плакатов; оформлено 457 информационных стенда и стоек и 12 детских ростометров.

Также страховыми представителями проводится анкетирование пациентов медицинских организаций с целью определения динамики уровня удовлетворенности организацией оказания медицинской помощи. При сравнении результатов этапов анкетирования, проведенных в январе и мае 2018 года, можно отметить, что удовлетворенность результатом посещения участкового врача в сравнении с январем 2018 года увеличилась на 5 процентных пунктов, с 74,2% до 79,3%, а удовлетворенность организацией проведения диспансеризации увеличилась на 8 процентных пунктов, с 42,9% до 50,8%.

Результаты анкетирования регулярно направляются в Региональный центр организации первичной медико-санитарной помощи. ТФОМС УР запланировано проведение углубленного анализа динамики уровня удовлетворенности по каждой медицинской организации.

Задачи и мероприятия по защите прав застрахованных на 2 полугодие 2018 года

1. Обеспечение прав граждан в сфере ОМС путем организации и проведения:

- контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

- целевых ЭКМП по всем случаям оказания медицинской помощи, требующим ее проведения;

- тематических МЭЭ и ЭКМП по случаям профилактических мероприятий, по заболеваниям, являющимся ведущими в структуре больничной летальности и смертности на территории УР, обоснованности предъявления МО счетов в СМО к оплате, в т.ч. дорогостоящее и высокотехнологичное лечение, а также по другим поводам, рекомендуемых Правительством УР, МЗ УР, ТО Росздравнадзора по УР, ФОМС;

- повторных медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи с целью контроля деятельности страховых медицинских организаций;

- участия в проведении проверок в МО выполнения условий реализации ТП ОМС, соблюдения конфиденциальности информации об обращениях пациентов за медицинской помощью, наличия информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него;

- участия в проведении проверок СМО по выполнению объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, достоверности отчетных данных;

- медико-социологического мониторинга удовлетворенности пациентов условиями и качеством медицинской помощи с охватом всех МО с направлением аналитической справки СМО в МО с выводами и конкретными предложениями по устранению выявленных нарушений;

- проведения социологического мониторинга удовлетворенности пациентов организацией оказания медицинской помощи, работой участковых врачей и врачей-специалистов, работой регистраторов в рамках внедрения и тиражирования проекта «Новая поликлиника» в МО УР;

-участия в подготовке и проведении ежемесячных заседаний Координационного совета по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования на территории УР во исполнение приказа ФОМС №104 от 04.06.2018 «Об установлении формы и порядка отчетности о случаях оказания медицинской помощи и результатах экспертизы качества медицинской помощи»;

2. Продолжение работы страховых представителей в рамках Контакт-центра, а также по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи во всех МО УР.

3. Продолжение работы с обращениями граждан, консультирование в МО и по телефонам «горячей линии», сети «Интернет», через Контакт-центр.

4. Продолжение информационной деятельности по разъяснению прав застрахованных в сфере ОМС, в том числе в сети «Интернет».

5. Участие в реализации федерального пилотного проекта "Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь».
