**ПРОТОКОЛ**

заседания Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования

на территории Хабаровского края (далее – Координационный совет)

Тема: «Об итогах работы системы обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края в 2018 году. Задачи на 2019 год»

28.03.2019 г. Хабаровск,

 ул. Краснодарская, 9

Повестка заседания

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Открытие Координационного совета | 10.00-10.05 | ПузаковаЕлена Викторовна – директор ХКФОМС  |
| 2 | Приветственные слова | 10.05-10.45 | ВитькоАлександр Валентинович – министр здравоохранения краяЧесницкийИгорь Иванович – Уполномоченный по правам человека в Хабаровском крае, член Координационного совета |
| 3 | Особенности территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов | 10.45-11.00 | ПузаковаЕлена Викторовна – директор ХКФОМС  |
| 4 | Основные показатели реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2018 году. Задачи на 2019 год | 11.00-11.10 | ДедухИрина Владимировна – начальник ОМТПОМС ХКФОМС |
| 5 | Экспертная деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края в 2018 году | 11.10-11.20 | Тихоньких Лариса Петровна – начальник ОККМПЗ ХКФОМС |
| 6 | Результаты формирования рейтинга медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС на территории Хабаровского края, за 2018 год | 11.20-11.30 | ГребенниковАлександр Федорович – заведующий сектором экспертной и аналитической работы ОККМПЗХКФОМС |
| ПЕРЕРЫВ 11.30-11.50 |
| 7 | Об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в 2018 году по результатам контрольных мероприятий отдела организации ОМС ХКФОМС. Задачи на 2019 год | 11.50-12.00 | Бондарь Ирина Михайловна – начальник ОООМС ХКФОМС |
| 8 | Итоги деятельности Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования за использованием средств ОМС за 2018 год. Типичные нарушения и судебная практика. | 12.00-12.10 | ПотылицынВячеслав Васильевич – начальник КРОХКФОМС |
| 9 | Использование медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования | 12.10-12.20 | Петушкова Ирина Михайловна – начальник ПЭОХКФОМС |
| 10 | Обсуждение информации.Ответы на вопросы главных врачей  | 12.20-12.55 | Директор, заместители директора, начальники отделов ХКФОМС |
| 11 | Закрытие Координационного совета | 12.55 | ПузаковаЕлена Викторовна – директор ХКФОМС |

Участие в заседании приняли:

- 16 членов Координационного совета из 23 (отсутствовало 7 человек по уважительным причинам), заседание правомочно принимать решение;

- руководители страховых медицинских организаций;

- руководители и представители 76 медицинских организаций (102 чел.), в том числе главных врачей 61 чел.

 Заседание открыла председатель Координационного совета, директор Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования (далее – ХКФОМС, Фонд) Пузакова Е.В, озвучила регламент работы. Замечаний и предложений от членов Координационного совета не поступило.

 С приветственными словами выступили.

Министр здравоохранения Хабаровского края **Витько А.В.** осветил основные направления национального проекта «Здравоохранение», положения Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Постановлением Правительства Хабаровского края от 28.12.2018 № 500-пр.

Уполномоченный по правам человека в Хабаровском крае, член Координационного совета **Чесницкий И.И.** за эффективную деятельность по защите прав граждан вручил почетные грамоты двум сотрудникам ХКФОМС.

Далее отметил, что при поездках в районы Хабаровского края в обязательном порядке посещает медицинские организации (далее - МО). Поступающие в адрес Уполномоченного обращения граждан, касающиеся оказания медицинской помощи, зачастую связаны с нарушением этики и деонтологии, нежеланием понять потребности пациента. Недопустимо перенаправление обращения пациента для рассмотрения в ту МО, на которую он пожаловался. В завершение выступления выразил благодарность Фонду за аналитические материалы, включенные в доклад перед депутатами Законодательной Думы Хабаровского края, за взаимодействие и качественную работу с обращениями граждан, перенаправляемым аппаратом Уполномоченного.

Далее согластно повестке заседания выступили.

**Пузакова Е.В.** в своем докладе подробно остановилась на особенностях и новых положениях Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной постановлением Правительства края от 28.12.2018 № 500-пр. В частности:

- Изменились отдельные нормативы объемов медицинской помощи. В течение 3-х лет будет происходить рост нормативов объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара. Увеличение объемов медицинской помощи с использованием стационар-замещающих технологий, произошедшее в 2019 году, сохранится в 2020 и 2021 гг.

Рост числа КСГ по круглосуточному стационару, стационар-замещающим технологиям, профилю «онкология» связан с более выраженной дифференциацией тарифов, что в свою очередь обусловлено затратоёмкостью схем лечения с применением химиотерапии.

- В рамках реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» в 2019 году в составе средних нормативов объема стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи впервые предусмотрены нормативы объемов по профилю «Онкология», что включает: противоопухолевую лекарственную терапию, радиологию, лучевую терапию, высокотехнологичные хирургические вмешательства.

- Переход с 2019 года учета выполненных объемов медицинской реабилитации от койко-дней к случаям госпитализации.

- Расширен Перечень высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой в рамках Программы ОМС, по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Челюстно-лицевая хирургия»

В текущем году планируется направить на ВМП более 1 млрд. рублей для лечения почти 6 тыс. пациентов.

 - Изменена структура медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2019 год в расчете на 1 застрахованное лицо: уменьшен норматив объема обращений в связи с заболеванием с 1,98 до 1,77; увеличен норматив объема посещений с профилактическими и иными целями с 2,35 до 2,88; территориальный норматив скорой медицинской помощи утвержден на уровне федерального норматива в размере 0,3 вызова на одно застрахованное лицо.

Впервые в составе норматива амбулаторных посещений с профилактической целью, установлены нормативы объема на проведение профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию.

- Особо отмечено, что в Хабаровском крае уделяется большое внимание организации профилактических мероприятий среди населения. Так, в 2018 году плановое задание по диспансеризации определенных групп взрослого населения выполнено на 96%, а диспансеризация детей-сирот и профилактические осмотры несовершеннолетних практически на 100%. Расходы на проведение профилактических мероприятий в 2018 году составили более 1 млрд. рублей. На 2019 год территориальной программой ОМС запланирован еще больший объем средств – 1,7 млрд. рублей.

 - В целях реализации федеральной программы «Финансовая поддержка семей при рождении детей» впервые установлен норматив объема медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению. На текущий год плановым заданием предусмотрено 905 процедур ЭКО.

- С учетом потребности, возникшей в связи с изменениями стандартов медицинской помощи в 2017-2018 годах и реализацией [программы](https://vademec.ru/news/2018/07/24/golikova-za-tri-goda-na-programmu-onkopomoshchi-napravyat-330-mlrd-rubley/) «Борьба с онкологическими заболеваниями», установлен размер среднего норматива финансовых затрат на один случай госпитализации.

В круглосуточном стационаре рекомендуемая средняя стоимость случая лечения онкологической патологии составляет почти 120 тысяч рублей, в дневном стационаре – 110 тысяч рублей *(с учетом коэффициента дифференциации).*

Количество схем с применением химиотерапии, которые погружены в КСГ, увеличилось более чем на четверть: *с 489* до 606.

Остальные средние нормативы затрат индексировались в соответствии с прогнозом социально-экономического развития и с учетом увеличения расходов на заработную плату медицинских работников *(на 5,1%)*.

 - Установлен средний норматив финансовых затрат на одно посещение, связанное с проведением профилактических осмотров, включая диспансеризацию.

 - Впервые с текущего года установлен норматив финансовых затрат на процедуру экстракорпорального оплодотворения. Норматив финансовых затрат на 1 случай проведения ЭКО рассчитан с учетом всего необходимого объема обследования и лечения бесплодия. На 2019 год средняя стоимость процедуры ЭКО составляет почти 121 тыс. рублей *(с коэффициентом дифференциации).* Максимальный тариф, включающий все этапы ЭКО, в том числе криоконсервацию эмбрионов, составляет 204 тыс. рублей.

 - В связи с внесением изменений в статью 51 Федерального закона 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» средний подушевой норматив Программы ОМС на 2019-2021 годы включает средства на финансовое обеспечение мероприятий по ликвидации кадрового дефицита в МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. Дополнительные расходы на увеличение в Российской Федерации численности врачей и среднего медперсонала учтены в субвенции в бюджете Федерального фонда и составят в 2019 году – 12,3 млрд. рублей. Для Хабаровского края объем средств на указанные цели в 2019 году планируется в размере более 146 млн. рублей.

Основным условием предоставления средств является наличие у медицинской организации государственной или муниципальной формы собственности, принятого на работу медицинского работника в текущем финансовом году на штатную должность в полном объеме (не менее одной ставки) сверх численности медицинских работников по состоянию на 1 января текущего года. Указанные средства носят целевой характер и будут возвращены в Федеральный фонд ОМС в случае их неиспользования.

- Вместе с ростом объема финансирования возрастает и контроль над качеством оказанной медицинской помощи. Расширен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым в субъектах России будет проводиться оценка эффективности реализации территориальных программ в части оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях и развития первичной медико-санитарной помощи, оказываемой, в том числе, лицам старше трудоспособного возраста.

- С 2019 года внедряется новый подход автоматизированного контроля качества медицинской помощи [онкологическим больным](https://rueconomics.ru/298418-medvedev-poruchil-razrabotat-plan-po-okazaniyu-medpomoshchi-onkobolnym). Он учитывает все ключевые параметры, влияющие на уровень оказания услуг. Теперь после установления онкологического диагноза пациента заносят в специальный реестр счета онкологического больного и страховые медицинские организации имеют возможность отследить путь больного от момента подозрения на онкозаболевание до прохождения всех этапов лечения: сроки обследования и установления диагноза, схему назначенной химиотерапии, интервалы ее проведения, адекватность назначаемой лекарственной терапии..

- В условиях увеличения финансирования и расширения видов и объемов медицинской помощи в рамках ОМС значительно возрастает роль страховых компаний, в задачу которых входит сопровождение пациента на всех этапах лечения, оказания содействия в организации необходимых консультаций или обследований, защита прав и контроль над получением застрахованными качественной медицинской помощи в полном объеме.

- Изменились нормативы сроков ожидания медицинской помощи.

На сегодняшний день четко регламентированы предельные сроки ожидания при оказании первичной медико-санитарной помощи для пациентов с онкологическими заболеваниями.

В целях реализации программы ОМС подзаконными актами определены конкретные сроки направления пациентов на консультацию к врачу-онкологу первичного звена, в онкологический диспансер, на биопсию, назначения специфического лечения и другие критерии.

Выполнение установленных сроков ожидания будут жестко контролировать страховые медицинские организации сначала на этапе автоматизированного контроля, а затем на этапах медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

В заключение выступления Пузакова Е.В. отметила, что вводимые в 2019 году инновации направлены на улучшение качества медицинской помощи и наибольшее удовлетворение потребности населения в медицинских услугах. Этому, безусловно, будет способствовать рост финансового уровня территориальной программы ОМС до 24,3 млрд. рублей, который превысит уровень 2018 года на 8,5% (в расчете на одного застрахованного жителя края до 18,1 тысячи рублей),а также повышение эффективности использования ресурсов системы ОМС.

**Дедух И.В.** в выступлении обосновных показателях реализации территориальной программы ОМС в 2018 году отразила следующее.

Постановлением Правительства Хабаровского края от 29.12.2017 N 545-пр (ред. от 25.12.2018) "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) на территории Хабаровского края на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов" стоимость ТПГГ утверждена в размере 29,5 млрд. руб., в том числе территориальной программы ОМС (далее – ТП ОМС) – 23,2 млрд. руб., из них финансовое обеспечение медицинской помощи – 23,0 млрд. руб.

Подушевой норматив финансового обеспечения ТП ОМС в расчете на застрахованное лицо составил 17 153,7 руб.

 За 2018 год гражданам, застрахованным на территории Хабаровского края, оказано медицинской помощи на сумму 22,8 млрд. рублей, что составляет 99,5% к объему средств, предусмотренному ТП ОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи.

 В 2018 году в реализации ТП ОМС участвовали 118 медицинских организаций, из них краевые государственных бюджетных учреждений здравоохранения субъекта РФ – 59% (70 МО**)**, федеральные медицинские учреждения – 9% (10 МО), медицинские организации негосударственной формы собственности – 32% (38 МО).

По итогам деятельности МО за 2018 года достигнуты следующие показатели реализации ТП ОМС.

Территориальные нормативы объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо перевыполнены в части:

- скорой медицинской помощи –на 2,0% (0,318 вызова);

- стационарной медицинской помощи на 4,8% (0,18059 случаев госпитализации),

- дневных стационаров на 10,0% (0,066 случаев лечения).

Территориальные нормативы объемов амбулаторно – поликлинической помощи на одно застрахованное лицо:

- не выполнены в части обращений по заболеванию на 5% (1,890 обращения),

- превышены в части посещений с профилактическими и иными целями на 11% (2,602 посещения), неотложной медицинской помощи на 2,3% (0,573 посещения).

Показатели выполнения нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

- средняя стоимость случая лечения в стационаре составила 44,0 тыс.рубля (на 8% ниже норматива);

- в дневных стационарах– 20, 2 тыс.рублей (на 14% ниже норматива).

Снижение стоимости единицы специализированной медицинской помощи  условиях стационара и дневных стационаров обусловлено предъявлением к оплате отдельными МО случаев лечения менее сложных и менее затратоёмких, чем это предусмотрено плановым заданием. Фактические коэффициенты относительной затратоемкости ниже плановых: по стационару на 0,3%, по дневным на 0,9 %.

 При оказании стационарной медицинской помощи не выполнен плановый коэффициент затратоемкости по 1 и 3 уровню оказания медицинской помощи (в 3 уровне плановый коэффициент затратоемкости выполнен только КГБУЗ «Перинатальный центр», КГБУЗ «Онкологический диспансер», КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»).

 Стоимость вызова скорой медицинской помощи составила 3,5 тыс. рублей, не достигнув нормативного показателя на 2%.

 По амбулаторной помощи финансовые нормативы выполнены в части:

посещений с профилактической и иными целями – 755 руб. (+3,8 % к нормативу);

- обращений по поводу заболевания - 2 139 руб. (+5,5 % к нормативу);

Стоимость посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме - 890 руб. (-4% от норматива).

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), застрахованным на территории Хабаровского края осуществлялось:

 - 16 медицинскими организациями края в объеме 5,6 тыс. случая госпитализации на сумму почти 900 млн. руб.;

- за пределами территории страхования в объеме 216 случаев ВМП на сумму 32,0 млн. руб.

В структуре ВМП наибольший удельный вес занимают профили «Сердечно-сосудистая хирургия» -34% , «Травматология и ортопедия» -19%, «Офтальмология» -16%, «Онкология» - 6%.

Средняя стоимость законченного случая ВМП при плане 162,0 тыс. руб. составила 156,6 тыс. руб.(-3,3%).

Уровень выполнения диспансеризации определенных групп взрослого населения в крае снизился по сравнению с 2017 годом на 2,7%, составив 95,3% к плану.

Минимальные показатели проведения диспансеризации отмечаются в основном в негосударственных и федеральных казенных МО – ФГКУ «301 ОКВГ» - 60%, НУЗ «Отделенческая больница на ст.Комсомольск-на-Амуре» - 62%, КГБУЗ «Вяземская центральная районная больница» - 65%).

Отмечается очень низкий уровень выполнения плановых заданий при проведении исследований первого этапа диспансеризации взрослого населения, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года (34% от плана).

Из 39 МО выполнили задания в полном объеме только 4, вообще не проводили указанные исследования - 10, выполнили только 10% запланированных объемов – 12 МО.

Фактическое выполнение профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан составило почти 90% от установленных заданий (89,4% к плану)

Средняя стоимость законченного случая по профмероприятиям составила 1 832,0 рубля.

В структуре стоимости амбулаторной помощи в 2018 году доля финансового обеспечения по подушевому нормативу возросла до 50%, т.е +1,1 млрд. рублей к уровню 2017 года (всего 4,2 млрд. рублей), в 2017 году соответственно - 44%, и 3,3 млрд. рублей).

Средняя стоимость единицы объема медицинской помощи в рамках подушевого финансирования составила 574 руб., что на 34% выше аналогичного показателя  за 2017 год - 428 руб.

По данным федеральной статистической отчетности динамика структуры расходов МО за счет средств ОМС за 2017-2018 год свидетельствует об увеличении доли расходов на оплату труда более чем на 2%, (т.е. + 3 млрд. рублей), за счет снижения доли расходов на медикаменты и питание на 0,6 %, прочих расходов на 1,4%.

С учетом итогов выполнения показателей территориальной программы ОМС в 2018 году и мероприятий, предусмотренных национальными проектами, актуальными являются следующие задачи реализации ТП ОМС в 2019 году:

**-** обеспечение контроля проведения в соответствии с установленными плановыми заданиями профилактических мероприятий, в том числе исследований первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимых с периодичностью один раз в два года;

- выполнение объемов оказания ВМП, в том числе по видам и методам, включенным в ТПОМС с 2019 года;

- ввыполнение объемов специализированной медицинской помощи по профилю «онкология», развитие стационарозамещающих технологий при проведении эффективных схем лекарственной терапии

**Тихоньких Л.П.** доложила о результатах экспертной деятельности в сфере ОМС на территории Хабаровского края в 2018 году.

В отчетном периоде страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) проведено экспертиз по 237 419 случаям оказания медицинской помощи, что на 4 489 случаев меньше, чем за аналогичный период 2017г. медико-экономических экспертиз (далее – МЭЭ) проведено по 158 699 случаям (66,8% от общего числа реэкспертиз); экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП) - по 78 720 случаям (33,2%). В 2017г проведенные МЭЭ составляли 64,4%, ЭКМП – 35,6%.

В 2018г СМО проведено 158 699 МЭЭ. По видам медицинской помощи экспертизы, выполненные СМО, распределились следующим образом:

- круглосуточный стационар – 25 224 (11% от числа предъявленных счетов, при нормативе 8%);

- дневной стационар – 10 558 (10% от числа предъявленных счетов при нормативе 8%);

- амбулаторно-поликлиническая помощь – 97 960 (1,4% при нормативе 0,8%);

- скорая медицинская помощь – 24 957 (6% при нормативе 3%).

 Всеми СМО проведено 78 720ЭКМП, из них:

- круглосуточный стационар – 18 852 (8% от числа предъявленных счетов, при нормативе 5%);

- дневной стационар – 4 676 (4,4**%** от числа предъявленных счетов при нормативе 3%);

- амбулаторно-поликлиническая помощь – 43 387 (0,6% от числа законченных случаев лечения, при нормативе 0,5%);

- скорая медицинская помощь – 11 805 (3% от числа предъявленных счетов, при нормативе 1,5%).

Таким образом, всеми СМО перевыполнены нормативные показатели проведения контроля объемов предоставляемой медицинской помощи при проведении МЭЭ и ЭКМП

В соответствии с утвержденным планом работы на 2018 год повторной экспертизе подлежало 6 620 случаев оказания медицинской помощи, что в 2.3 раза меньше чем в 2017 году, в том числе повторной МЭЭ – 4 985 случаев (в 2017г. - 9 788), повторной ЭКМП – 1 635 случаев (в 2017г. – 5491).

Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (редакция от 22.02.2017г № 45) «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» внесены изменения в нормативы проведения повторных экспертиз: отменен норматив 10% от общего объема экспертиз, выполненных СМО; введены нормативы по видам медицинской помощи. Данные изменения привели к уменьшению числа случаев, подвергаемых повторной экспертизе, а так же введение изменения нормативов в средине 2017 года не позволяют провести сравнение объемов выполненных реэкспертиз.

В 2018 году перевыполнение нормативных показателей проведения СМО контрольных мероприятий повлекло увеличение числа проводимых повторных экспертиз, так выполнение плана реэкспертиз составило 126,4%, в том числе: реЭКМП – 141,3%, реМЭЭ – 121,6%.

В отчетном периоде повторные экспертизы проведены по 8 370 случаям, в том числе МЭЭ по 6 060 (72%) случаям оказания медицинской помощи, повторные ЭКМП - по 2 310 случаям (28%).

В разрезе видов медицинской помощи всего проведено реМЭЭ 6 060, в том числе:

- круглосуточный стационар – 2 462 (10% от числа МЭЭ, проведенных СМО, при нормативе 8%);

- дневной стационар – 867 (8,2% от числа МЭЭ, проведенных СМО, при нормативе 8%);

- амбулаторно-поликлиническая помощь – 1 717 (2% от числа МЭЭ, проведенных СМО, при нормативе 0,8%);

- скорая медицинская помощь – 1 014 (4% от числа МЭЭ, проведенных СМО, при нормативе 3%).

При проведении повторной МЭЭ по 6 060 случаям оказания медицинской помощи, выявлено 223 дефекта, что составляет 3,7% от числа проведенных реМЭЭ. В 2017г. процент выявления дефектов при проведении реМЭЭ составил 12,4, что в 3,3 раза больше чем в 2018г.

Структура выявленных в 2018г. дефектов:

- 53 дефекта (24% в структуре выявленных дефектов), допущенных МО, но не выявленных СМО. По результатам проведенных реМЭЭ к МО применены финансовые санкции в размере 131 756,60 руб. и штрафные санкции в размере – 131 607,30руб.

В 2017г. данные дефекты выявлены в 12,4% случаев, т.е. почти в 2 раза реже, чем в 2018г. Размер финансовых санкций по данным дефектам в 2017г - 803 013,62 руб. и штрафных санкций - 189 655,00 руб., т.е. в 6 раз больше чем в 2018г.;

- 149 случаев (67% в структуре выявленных дефектов) необоснованного применения финансовых санкций. Медицинским организациям восстановлено финансирование в размере 2 874 361,04 руб. В 2017г. данная группа дефектов не выявлялась;

- в 21 случае (9,4%) подтверждены дефекты, выявленные при проведении первичной МЭЭ.

По результатам проведенных в 2018г. повторных МЭЭ к СМО применены штрафные санкции в размере 3 016 411,36 рублей, что в 33.6 раза больше чем в 2017г.

 В 2018 году всего проведено повторных ЭКМП 2 310, в том числе:

- круглосуточный стационар – 1 128 (6% от числа ЭКМП, проведенных СМО, при нормативе 5%);

- дневной стационар – 332 (7,1% от числа ЭКМП проведенных СМО, при нормативе 3%);

- амбулаторно-поликлиническая помощь – 591 (1,4% от числа ЭКМП, проведенных СМО, при нормативе 0,5%);

- скорая медицинская помощь – 259 (2,2% от числа ЭКМП, проведенных СМО, при нормативе 1,5%)

При проведении реЭКМП по 2 310 случаям, выявлено 1 759 дефектов, что составляет 76% от числа случаев реЭКМП. В 2017г. процент выявления дефектов при проведении реЭКМП составил 35%, что в 2,2 раза меньше чем в 2018г.

Структура выявленных дефектов:

- в 416 случаях выявлены дефекты, не выявленные СМО при проведении ЭКМП, что в структуре выявленных дефектов составляет 23,6%. В 2017г. данные дефекты выявлялись в 1,6 раза чаще. По результатам проведенных в 2018 году реЭКМП размер финансовых санкций, примененных к медицинским организациям, уменьшился по сравнению с 2017г в 2 раза и составил 1,9 млн руб., размер штрафных санкций уменьшился в 1,7 раза и составил 139 тыс. рублей;

- в 6 случаях (0,3%) выявлено нарушение - СМО привлечены к проведению ЭКМП ненадлежащие эксперты КМП. В 2017г. данные дефекты не выявлялись;

- в 249 случаях (14%) выявлено необоснованное применение СМО финансовых санкций к МО. Данная группа дефектов так же не выявлялась в 2017г. Медицинским организациям восстановлено финансирование в размере более 4,5 млн. руб.

По результатам проведенных в 2018г. реЭКМП к СМО применены штрафные санкции в размере порядка 4,8 млн рублей, что в 5 раз больше, чем в 2017 году.

По сравнению с 2017 годом, в 2018 увеличился процент дефектов, выявленных при проведении реЭКМП, при этом изменилась структура выявляемых дефектов: в 2018г. зарегистрировано в 14% случаев необоснованное применение СМО финансовых санкций к МО.

В 2018г. в сравнении с 2017г. имеет место при проведении реМЭЭ, при уменьшении общего числа выявленных дефектов, увеличение в структуре выявленных дефектов процента нарушений, допущенных МО, но не выявленных СМО. Так же имеет место увеличение числа случаев необоснованного применения финансовых санкций к МО.

Общая сумма предотвращенных, по результатам проведенных в 2018 году реэкспертиз, финансовых потерь МО – 7 374 914,51 рублей, что более чем в 4 раза больше по сравнению с 2017 годом.

**Гребенников А.Ф.** выступил с результатами формирования рейтинга МО, участвующих в реализации ТПОМС на территории Хабаровского края, по итогам 2018 года, обозначив, что усиление конкуренции между МО под влиянием опубликованных рейтингов МО - один из инструментов повышения эффективности функционирования здравоохранения.

Использовалась методика формирования рейтинга, основанная на оценке объективных показателей результативности деятельности МО независимо от организационно-правовой формы, с учетом обоснованных обращений застрахованных, то есть агрегированный рейтинг по объективным показателям.

Формирование рейтинга осуществлялось исходя из критериев, рассчитанных по данным СМО и ХКФОМС. Характеристика критериев.

Первые два критерия - это деонтологиические аспекты, возникающие не на качество медицинской помощи, а на формализм медицинских работников, отсутствие понимания пациента, его уважения и сочувствия. Данные критерии характеризуют взаимодействие врача и пациента, репутацию врача и МО.

Следующие три коэффициента характеризуют риск развития негативных последствий для пациента от предоставленной некачественной медицинской помощи. Первый из них - коэффициент риска возникновения дефектов врачебной деятельности - отражает удельный вес дефектов врачебной деятельности во всей экспертной работе и позволяет судить, насколько высока вероятность оказания медицинской помощи с дефектами врачебной деятельности.

Далее - коэффициент риска развития значимых следствий - позволяет судить, насколько высока для пациента, в результате дефектов врачебной деятельности, возможность развития социально-значимых следствий: смерть, первичный выход на инвалидность, удлинение сроков лечения и др.

Последний показатель этой группы - коэффициент риска ухудшения состояния пациента - позволяет оценить, насколько высока вероятность ухудшения состояния здоровья пациента при оказании медицинской помощи.

Три последних коэффициента характеризуют риск возникновения неоптимального использования финансовых ресурсов ОМС при оказании медицинской помощи, т.е. дефектов врачебной деятельности, приведших к перерасходу или недоиспользованию средств ОМС.

Это: - коэффициент риска неоптимального использования средств ОМС - позволяет оценить, насколько высока вероятность неоптимального использования средств ОМС при оказании медицинской помощи; - коэффициент неоплаты затрат медицинской помощи за некачественное оказание - характеризует тяжесть врачебных ошибок при оказании медицинской помощи, выраженную в денежном эквиваленте, и опосредовано свидетельствует об их влиянии на состояние здоровья пациента.

Коэффициент безвозвратных потерь медицинской организации по результатам медико-экономического контроля - характеризует качество заполнения счетов за оказанную медицинскую помощь.

В зависимости от полученных значений перечисленных критериев осуществлялось ранжирование МО. Чем ниже значение итогового коэффициента, тем выше место МО в рейтинге. МО, получившая наименьшее значение итогового коэффициента, заняла 1 место.

В формировании рейтинга участвовало 112 МО: 68 - подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, 32 – частных МО и 12 – подведомственных министерству здравоохранения РФ, ФМБА России, МВД, минобороны и ОАО «РЖД».

По ряду МО расчет отдельных критериев оказался не возможным по нескольким причинам:

- первая - отсутствие или малое количество проведенных экспертиз качества медицинской помощи влечет недостоверность значений 3, 4, 5, 6 и 7 критериев;

- вторая причина - выполнение МО планового задания в объемном и суммовом выражении менее 90% влечет несопоставимость значений 6, 7, и 8 критериев;

- и последняя - выполнение преимущественно лабораторных и диагностических исследований т.е. услуги без участия врачей клиницистов – делает практически невозможным расчет 3, 4, 5, 6, и 7 критериев.

В группу МО, предоставляющих исключительно лабораторные и инструментальные диагностические услуги (без участия врачей клиницистов) вошло 15 учреждений, из них 14 МО 1 уровня и одна МО 2 уровня.

Несмотря на то, что по указанным МО рассчитать все критерии не представилось возможным, при проведении ЭКМП в ООО «Ланта» коэффициент риска возникновения дефектов врачебной деятельности составил 0,25926, что позволило бы включить данное учреждение в десятку антилидеров МО первого уровня.

МО, выполнивших объемные и финансовые показатели планового задания менее 90% - 13, из них 5 - выполняющие преимущественно лабораторные и диагностические исследования. Из 8 МО данной группы семь 1 уровня и одна 3 уровня.

Как уже сказано ранее выполнение МО планового задания в объемном и суммовом выражении менее 90% влечет несопоставимость значений 6, 7, и 8 критериев.

Следующей причиной, не позволившей осуществить расчет установленных для формирования рейтинга критериев, явился недостаточный для расчета допустимой величины ошибки объем выборки экспертиз, что влечет недостоверность значений 3, 4, 5, 6 и 7 критериев.

Установлено, что при количестве экспертиз менее 32 не обеспечивается достоверность расчетных показателей. При этом учитывалось и выполнение СМО норматива ЭКМП, установленного федеральным фондом ОМС. Всего таких организаций – 24, из них 13 выполняющие преимущественно лабораторные и диагностические исследования и 6 выполнивших объемные и финансовые показатели планового задания менее 90% (вошедшие в два предыдущих перечня).

Как и в группе МО, предоставляющих преимущественно лабораторные и инструментальные диагностические услуги, не смотря на невозможность расчета всех критериев, при проведении ЭКМП в ООО "Медицинский центр "Здравица" расчетный итоговый коэффициент составляет 0,94394, что позволяет отнести данное учреждение к худшим МО первого уровня (последнее место занимает учреждение с итоговым коэффициентом 0,53791).

 Результаты формирования рейтинга в разрезе уровней МО.

 Доля дефектов, выявленных при ЭКМП 10 МО I уровня, имеющих лучшие итоговые коэффициенты деятельности, составляет 2,04% от общего количества дефектов в МО первого уровня.

 Доля дефектов, выявленных при ЭКМП в занимающих последние места в рейтинге МО I уровня, составляет 46,7% от общего количества дефектов в МО первого уровня.

Доля дефектов, выявленных при ЭКМП трех МО, занимающих лидирующие места в рейтинге учреждений II уровня, составляет 18,9%, а трех, занимающих последние места в рейтинге учреждений II уровня – 22,7% от общего количества дефектов в МО второго уровня.

Доля дефектов, выявленных при ЭКМП трех МО, занимающих лидирующие места в рейтинге учреждений III уровня, составляет 16,5%, а трех, занимающих последние места в рейтинге учреждений III уровня –32,2% от общего количества дефектов, выявленных в МО третьего уровня.

Из МО федерального подчинения первую строку рейтинга занимает Хабаровский филиал ФГУ "НКЦ оториноларингологии ФМБА", не имеющий дефектов, выявленных при ЭКМП, на последнем месте ФГБУЗ "Медико-санитарная часть N 99 ФМБА" с 11,2% от общего количества дефектов, выявленных в федеральных МО.

Аналогичная работа по формированию рейтинга МО будет проведена по результатам 2019 года и в последующие годы.

Результатом рейтингования МО должно стать для системы ОМС края: предоставление СМО информации: об организации экспертной деятельности, в части выполнения нормативов экспертиз, установленных ФОМС, в конкретных МО; об активизации работы страховых представителей с обращениями застрахованных лиц, поступающими на «горячую» линию, а также работы страховых представителей непосредственно в МО, что позволит обеспечить снижение числа обоснованных жалоб.

Для системы здравоохранения края: предоставление руководителям МО возможности сравнения качества оказания медицинской помощи своей МО с другими, для выявления сильных и слабых сторон в деятельности, анализа причин отставания и выбора приоритетных направлений по обеспечению высокого качества предоставляемых медицинских услуг; предоставление органам управления здравоохранениемкорректной сравнительной оценки деятельности подведомственных организаций в области обеспечения качества оказания медицинской помощи для анализа и принятия эффективных управленческих решений.

В завершение выступления докладчик обратился к участникам заседания Координационного совета представить предложения и замечания по совершенствованию разработанной ХКФОМС системе формирования рейтинга МО для рассмотрения и последующего включения их в Порядок формирования рейтинга МО по итогам работы за 2019 год.

**Бондарь И.М.** в выступлении об информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи рассказала об основных направлениях данной работы, осуществляемой страховыми представителями СМО во взаимодействии с МО и на основе данных программных комплексов ХКФОМС.

В каждом из направлений информационного сопровождения основную часть занимает непосредственное (персональное) взаимодействие страхового представителя СМО с конкретным застрахованным.

На территории Хабаровского края формирование списков лиц, определенных для прохождения диспансеризации 1 раз в 3 года согласно установленным плановым заданиям для медицинских организаций, осуществляется страховыми представителями.

Проведенный Фондом анализ списков показал, что каждый третий застрахованный (свыше 69 тысяч человек) из числа включенных в списки для диспансеризации на 2018 год и затем проинформированных СМО, проходил диспансеризацию в 2015 году. Из них почти половина - 41% (или 28106 чел.) уже имеют установленную 3 группу здоровья и подлежат диспансерному наблюдению по результатам диспансеризации 2015 года.

В тоже время, из общего числа прикрепленных граждан, подлежащих диспансеризации по возрасту в 2018 году, не проходил ее в 2015 году и не был включен в списки на 2018 год каждый четвертый - 25%.

Однако практически половина граждан, не проходивших диспансеризацию в 2015 и не включенных в списки на 2018 год, обращались в медицинские организации в 2018 году.

По сформированным спискам не реже одного раза в квартал СМО осуществляют информирование о необходимости прохождения диспансеризации. По представленной СМО информации все компании в 2018 году оповестили 100% застрахованных согласно спискам, о чем в течение 1 рабочего дня после информирования вносились сведения в ПК по учету результатов профилактических мероприятий.

Полнота и достоверность данных об оповещении проверяются Фондом в обязательном порядке во время комплексных проверок страховых компаний.

Тексты оповещений СМО о необходимости прохождения диспансеризации (1 раз в 3 года, 1 раз в 2 года (с июня)) и профилактических осмотров (с ноября) для разных видов каналов коммуникации анализировались Фондом. С учетом замечаний и предложений ХКФОМС тексты для населения откорректированы и включают: имя и отчество застрахованного лица, наименование медицинской организации, в которой необходимо пройти диспансеризацию, номер телефона СМО.

Показатель эффективности информирования о 1 этапе диспансеризации или отклик по итогам 2018 года составил 69%, что на 6% ниже уровня 2017 года.

О диспансеризации 1 раз в 2 года по информации СМО также индивидуально проинформировано 100% от плановых объемов (87 075 застрахованных). Однако низким по итогам 2018 года остался показатель выполнения плана по диспансеризации 1 раз в 2 года - 34%. Отклик застрахованных лиц на информирование о диспансеризации 1 раз в 2 года составил – 18% с ростом к 9 месяцам 2018 года на 10%.

В целях повышения отклика на информирование застрахованных лиц по поручению Фонда ежемесячно проводился анализ эффективности каналов коммуникации и по его результатам корректировка взаимодействия страховых представителей с застрахованными. В целом по всем СМО основной удельный вес в видах коммуникации приходился на sms-оповещение - 72%, 15% составляют почтовые отправления; 11% телефонные звонки и на долю мессенджеров и иных способов информирования – 3%.

Наибольшая эффективность информирования по всем основным каналам коммуникаций (3 канала) наблюдается в целевой группе «женщины от 55 до 74 лет». Самый высокий отклик в данной группе при информировании письмами 84%.

Среди проинформированных мужчин отклик практически одинаков от 22% до 40% по всем видам каналов связи и во всех возрастных группах.

В целях изучения удовлетворенности прохождением профилактических мероприятий, причин отказов от прохождения диспансеризации, страховые представители проводят телефонные опросы застрахованных лиц по утвержденной Фондом анкете.

Методическими рекомендациями ФФОМС от 25.06.2018 для СМО установлены целевые показатели телефонных опросов - не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов диспансеризацию 1 раз в 3 года и 1 раз в 2 года, и не менее 50% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой медицинской организации.

По данным страховых компаний, внесенным в модуль результатов анкетирования ПК по учету результатов профилактических мероприятий, по итогам 2018 года целевой показатель (*не менее 0,5% от числа лиц, прошедших по данным реестров-счетов диспансеризацию)* по диспансеризации 1 раз в 2 года не выполнен, по диспансеризации 1 раз в 3 года показатель выполнен всеми СМО со значительным превышением. Целевой показатель телефонного опроса застрахованных лиц, проинформированных и непрошедших диспансеризацию *(не менее 50% от числа лиц, не прошедших диспансеризацию в отчетном квартале по каждой медицинской организации)* не выполнила ни одна СМО.

Не смотря на то, что целевые показатели по телефонным опросам выполнены СМО не в полном объеме, в 2018 году страховыми представителями и ХКФОМС проводилось анкетирование по телефону и при работе в МО.

По типовой анкете, разработанной и утвержденной ХКФОМС, опрошено 27780 чел., включенных в списки для прохождения диспансеризации, что в 1,7 раза превысило количество опрошенных в 2017г. (15887 чел.). В структуре респондентов 60% - это работающие граждане, 39% - неработающие и 1% - учащиеся.

На момент опроса более половины опрошенных – 66% (18412 чел.) не проходили диспансеризацию, что на 21% больше, чем в 2017г. (7125 чел. - 45%). Среди причин, по которым граждане не проходили диспансеризацию, самый большой удельный вес 37% приходится на «не знали о диспансеризации»; 34% на отсутствие времени и желания, прохождение ежегодных медосмотров на работе; 23% опрошенных указали на то, что диспансеризация занимает много времени, наибольшая доля по данному показателю отмечена в Николаевском (48%) и в Ванинском (42%) муниципальных районах.

По сравнению с 2017г. отмечается снижение на 2% доли респондентов, не планирующих проходить диспансеризацию в 2018 г. (6714 чел. - 24%).

Прошли диспансеризацию из числа опрошенных 9422 чел. (34%), что меньше в процентном соотношении на 11% относительно 2017г., при этом в абсолютных значениях на 2277 чел. больше.

Из опрошенных - прошедших в 2018 году диспансеризацию 9422 человек, каждый пятый, как и в 2017 году, неудовлетворен прохождением диспансеризации. Среди причин, по которым респонденты не удовлетворены прохождением диспансеризации, лидирует «формальный подход медицинских работников» – на нее указал 51% опрошенных; 36% ответили, что для диспансеризации «требуется больше 1 дня», что на 5% больше показателя 2017 года. Рост количества неудовлетворенных по причине «требуется больше 1 дня» в 2018г. относительно 2017г. составил 5%, а в количественном отношении практически остался на прежнем уровне.

В целях оперативного решения вопросов застрахованных лиц, возникающих непосредственно при оказании медицинской помощи по программе ОМС, страховые представители работают в МО. На основании методических рекомендаций ФФОМС в 2018 году Фондом рассчитано минимальное время работы страховых представителей в стационарах круглосуточного пребывания и для поликлиник, осуществлялся контроль выполнения графика работы страховых представителей в мед организациях.

Норматив по количеству посещений и времени работы страховых представителей в МО соблюдался только одной компанией, что по информации руководителей других 3 компаний связано с отсутствием кадров.

Кроме того, в 2018 году страховыми компаниями не обеспечена работа СП в амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах. Работа СП в форме поста организована из 12 по нормативу только в трех поликлиниках.

В тоже время по сравнению с 2017 годом в целом отмечен рост количества посещений МО страховыми представителями СМО на 45%.

Общее число обращений граждан к СП в медицинских организациях так же возросло относительно 2017 года на 93%. Структура причин обращений граждан к СП СМО в 2018 году не претерпела существенных изменений и осталась на уровне 2017 года, более 50% обращений поступают о выдаче (замене) полиса ОМС, выборе СМО.

В качестве положительного отмечен факт уменьшения 2018 году количества анонимных обращений граждан к СП в МО до 60% против 79%, в 2017.

ХКФОМС организован контроль за работой СП СМО в МО. При проверках обращается внимание на оборудование рабочего места страхового представителя, наличие у него бейджа, характер работы СП (проведение социологических опросов, информационной работы, индивидуальных консультаций и т.д.).

По результатам 375 проверок СП в МО в 2018 году выявлены 10 случаев отсутствия СП в МО, что составляет 3% от общего количества проведенных проверок. Отмечено снижение установленных Фондом фактов отсутствия СП в МО к 2017 году (404 проверки) в 2,1 раза.

Основные задачи для СМО на 2019 год касаются обеспечения:

- информационного сопровождения застрахованных лиц при прохождении ими профилактических мероприятий страховыми представителями всех уровней в соответствии с нормативными правовыми актами;

 - во взаимодействии с медицинскими организациями актуализации списков застрахованных лиц, определенных для прохождения диспансеризации 1 раз в 3 года в 2019 году, с учетом результатов прохождения диспансеризации в 2016 году;

- корректировки каналов коммуникации по результатам анализа их эффективности и др.

На заседаниях Координационного совета планируется ежеквартально заслушивать информацию руководителей страховых медицинских организаций о результатах деятельности страховых представителей по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (исполнение объемных показателей профилактических мероприятий; планов информирования о необходимости прохождения профилактических мероприятий, в том числе повторного; показатели эффективности информирования с анализом причин в случае его снижения или значения ниже среднероссийских показателей; организация в медицинских организациях работы каналов связи застрахованных лиц со страховыми представителями; соблюдение нормативов работы страховых представителей в медицинских организациях; исполнение целевых показателей по телефонным опросам застрахованных лиц о диспансеризации и др.).

Повестки заседания размещаются на официальном сайте Фонда в сети интернет, желающие могут принимать участие в заседаниях.

**Потылицын В.В.** выступил ситогами деятельности ХКФОМС по контролю за использованием средств ОМС за 2018 год, о типичных нарушениях.

Контроль за целевым и эффективным расходованием средств ОМС, проводится Фондом в целях исключения случаев замещения средствами ОМС расходов, подлежащих оплате за счет иных источников, и направлен, в первую очередь, на обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

В 2018 году Фондом проведено 172 комплексных, тематических и контрольных проверкисоблюдения МО и СМО законодательства об ОМС и использования средств ОМС.

Проверки проведены в 93 МО (80% от числа реализующих программу ОМС в крае) и 4 страховых компаниях.

Основные направления контрольных мероприятий связаны с расходованием: средств, полученных в рамках реализации территориальной программы ОМС; средств финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС; средств нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

По результатам проверок нарушения установлены в 86 МО и 4 страховых компаниях, в том числе в 26 медицинских и одной страховой организации выявлено нецелевое использование средств ОМС.

Общая сумма нецелевого использования средств ОМС составила более 73,3 млн. рублей, в том числе по результатам проверок МО – 72,7 млн. рублей, страховых компаний – 0,6 млн. рублей.

Наибольшее количество выявленных нарушений связано с расходами МО на финансирование структурных подразделений и штатных должностей, оказывающих медицинскую помощь, не включенную в территориальную программу ОМС – в частности медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения. На эти цели МО направлено более 67,8 млн. рублей.

На сумму более 1,5 млн. рублей выявлено нарушений, связанных с расходованием материальных запасов (медикаментов) на оказание медицинской помощи, не подлежащей оплате за счет средств ОМС (бюджетные обязательства, платные услуги, оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС).

Нарушения по оплате обязательств без подтверждения первичными учетными документами (выплата заработной платы без правоустанавливающих документов) на сумму более 1,0 млн. рублей.

Расходы, не предусмотренные структурой тарифа на оплату медицинской помощи: на проведение капитального ремонта и приобретение основных средств, стоимостью более 100 тыс. рублей, составили 800 тыс. рублей.

Отмечается тенденция к снижению расходов, направленных на приобретение основных средств, стоимостью более 100 тысяч рублей за единицу (с 2016 снижение более чем в 6 раз), что связано, в том числе с возможностью приобретения дорогостоящего медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса Фонда и за счет средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, как включенной, так и не включенной в базовую программу ОМС. С 2018 года сняты ограничения по стоимости приобретения оборудования за счет средств ВМП, включенной в базовую программу ОМС.

Также можно отметить снижение количества нарушений, связанных с расходованием средств ОМС на проведение работ по капитальному ремонту (более чем в 5 раз с 2016 года).

Типичные нарушения в расходовании средств, допускаемые медицинскими организациями связаны:

- с оплатой за обучение студентов по образовательным программам среднего и высшего образования и интернатуры, компенсацией расходов за проживание и выплатой стипендий;

- с выплатами компенсационного характера*,* не предусмотренными системой оплаты труда (за стаж непрерывной работы и выслугу лет, надбавка за работу в сельской местности);

- с оплатой труда за проведение медицинского освидетельствования граждан при призыве на военную службу;

- с коллективным страхованием сотрудников;

- с оплатой расходов по спецпитанию при отсутствии вредных производственных факторов;

- с оплатой командировочных расходов по выполнению ведомственных функций министерства здравоохранения края (руководство преддипломной практикой, оказание организационно-методической помощи, ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с планом министерства здравоохранения края);

- со списанием сверх установленных норм горюче-смазочных материалов;

- с нарушением порядка взаиморасчетов с подотчетными лицами (невозврат подотчетных сумм уволившимися сотрудниками).

Анализ результатов контрольных мероприятий показывает, что основные нарушения и недостатки в деятельности МО, влекущие использование средств ОМС не по целевому назначению связаны:

- с отсутствием раздельного учета по операциям со средствами ОМС, полученным в рамках целевого финансирования (приводит к отвлечению материальных запасов, приобретенных за счет средств ОМС, в том числе на оказание платных медицинских услуг);

- нарушением порядка ведения бюджетного и бухгалтерского учетов;

- искажением показателей бюджетной и статистической отчетности;

- расходованием средств на оплату видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС и оплатой обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;

- отсутствием либо неэффективностью внутреннего финансового контроля за расходованием средств ОМС.

Законом об обязательном медицинском страховании предусмотрена ответственность за расходование средств ОМС с нарушением условий их предоставления. Использованные не по целевому назначению средства подлежат возврату в бюджет Фонда с уплатой штрафа в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств.

Для реализации итогов контрольных мероприятий медицинским организациям и страховым компаниям направлены требования *(38)* о необходимости устранения выявленных нарушений, восстановлении средств ОМС, использованных не по целевому назначению, уплате штрафов и пени.

В бюджет Фонда возвращено более 9 млн. рублей (в том числе по проверкам прошлых лет 4 млн. рублей), перечислено штрафных санкций на сумму более 1,3 млн. рублей.

Фондом ведется планомерная работа по возврату средств, использованных по нецелевому назначению, в том числе в судебном порядке.

**Петушкова И.М.** в выступлении отразила следующее. С 2016 года в связи с изменениями в законодательстве в сфере ОМС введено новое направление расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС – финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

Правила использования МО средств нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий (далее - Правила) утверждены Постановлением Правительства РФ от 21.04.2016 № 332 "Об утверждении Правил использования медицинскими организациями средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования".

Средства нормированного страхового запаса для финансового обеспечения мероприятий предоставляются МО – участникам территориальной программы ОМС при соблюдении ими условий, предусмотренных Правилами. Данные средства предоставляются МО в соответствии с Планом мероприятий, который утверждается министерством здравоохранения края.

Для включения в План мероприятий МО необходимо направить в министерство здравоохранения края заявку по форме, утвержденной Правилами. Заявка на включение в План мероприятий должна соответствовать критериям отбора МО, утвержденным распоряжением министерства здравоохранения края.

МО для включения в План мероприятий определяются рабочей группой, в состав которой входят представители министерства здравоохранения края, Фонда, страховых компаний, профсоюзов. Руководствуясь критериями отбора МО для включения в План мероприятий, министерство здравоохранения края формирует реестр заявок и рейтинг МО.

Приоритетным является мероприятие по приобретению оборудования.

Перечисление средств для приобретения медицинского оборудования осуществляется Фондом при соблюдении определенного перечня условий, которые являются гарантией того, что МО располагает квалифицированным персоналом для работы на приобретаемом оборудовании, и что оборудование после установки будет действительно использоваться для оказания медицинской помощи.

Объем средств нормированного страхового запаса территориального фонда на финансовое обеспечение мероприятий определяется как сумма средств от применения территориальным фондом и СМО к МО санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

За 2016 – 2018 годы планами мероприятий предусмотрен объем средств на финансирование мероприятий в сумме 279,6 млн. рублей (с учетом переходящего остатка 2017 года в план мероприятий 1 квартала 2018 года).

Использовано средств нормированного страхового запаса Фонда на финансовое обеспечение мероприятий за указанный период в размере 251,9 млн. рублей. В том числе, за 2018 год использовано средств нормированного страхового запаса Фонда на реализацию мероприятий в сумме 99,2 млн. рублей – это почти 40% от финансового обеспечения мероприятий за 3 года действия данного направления расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

Всего за период 2016 – 2018г.г. приобретено 149 единиц медицинского оборудования, отремонтировано 9 единиц оборудования, прошли обучение 3 специалиста. Средства на осуществление мероприятий получили 38 медицинских организаций края. В том числе в 2018 году средства перечислены в 26 медицинских организаций на приобретение 58 единиц медицинского оборудования, ремонт 7 единиц оборудования и на обучение 3 специалистов.

МО г. Хабаровска получено средств на сумму 119 млн. руб., в том числе в 2018 году – порядка 58 млн. рублей.

МО г. Комсомольска-на-Амуре за счет средств нормированного страхового запаса Фонда приобретено медицинское оборудование на сумму 34,3 млн. рублей, в том числе в 2018 году – 6,3 млн. руб.

Для центральной районной больницы г. Николаевска-на-Амуре приобретено медицинское оборудование в 2018 г на сумму 1,4 млн. рублей.

В 2018 году приобретено оборудование для следующих районных больниц: Советско-Гаванская больница в размере 5,3 млн. руб. (всего - 48,5 млн. руб.); имени Лазо – на сумму 15,7 млн. рублей; Солнечной – 2,0 млн. руб. (всего – 8,9 млн. руб.).

Приобретение МО края за счет средств нормированного страхового запаса Фонда нового, современного оборудования преследует одну цель – повышение доступности и качества оказания медицинской помощи для жителей края. Особое внимание уделяется приобретению медицинского оборудования для районных больниц, чтобы жители районов получали необходимую медицинскую помощь на месте, никуда не выезжая.

По результатам заседания Координационного совета **решили:**

1. Хабаровскому краевому фонду обязательного медицинского страхования (Пузакова Е.В.) (далее - ХКФОМС):

1.1. Продолжить в 2019 году осуществление контроля и анализа деятельности страховых представителей страховых медицинских организаций:

1.1.1. по информационному сопровождению застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи;

1.1.2. по выполнению целевых показателей раздела 3 «Формирование системы защиты прав пациентов» регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (Хабаровский край)» на территории Хабаровского края.

1.2. Обеспечить финансирование медицинских организаций, включенных в План мероприятий по использованию средств нормированного страхового запаса ХКФОМС, в сроки и в размере, определенные Соглашениями, заключенными медицинскими организациями с ХКФОМС о финансовом обеспечении мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования.

1.3. Продолжить в 2019 году осуществление контроля деятельности страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных, усилить и повысить эффективность контроля экспертной деятельности страховых медицинских организаций по приоритетным направлениям в сфере охраны здоровья застрахованных.

2. Руководителям страховых медицинских организаций, участвующих в реализации ОМС на территории Хабаровского края (Лазерко Н.А., Щербакова И.Г., Мальчушкина С.А., Шептур Ю.В.) обеспечить:

2.1. Информационное сопровождение застрахованных лиц при прохождении ими профилактических мероприятий страховыми представителями всех уровней, взаимодействие с медицинскими организациями и застрахованными лицами в полном соответствии с нормативными правовыми актами.

2.2. Выполнение целевых показателей раздела 3 «Формирование системы защиты прав пациентов» регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи (Хабаровский край)» на территории Хабаровского края.

2.3. Усилить контроль выполнения мероприятий в соответствии требований Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 года № 230 (в редакции от 22.02.2017г № 45) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования».

3. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации программы обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края:

3.1. Продолжить взаимодействие со страховыми медицинскими организациями в соответствии с нормативными документами, регламентирующими информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

3.2. В целях реализации федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» на территории Хабаровского края взять под особый контроль проведение профилактических мероприятий, в том числе исследований первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, проводимых с периодичностью один раз в два года, в соответствии с установленными плановыми заданиями.

3.3. Принять меры к обеспечению целевого, эффективного и рационального использования финансовых средств обязательного медицинского страхования.

3.4. Усилить внутренний контроль за расходованием средств обязательного медицинского страхования.

3.5. Усилить внутренний контроль качества медицинской помощи, оказываемой застрахованным по программе обязательного медицинского страхования.

Председатель Координационного совета,

директор ХКФОМС Е.В. Пузакова

Секретарь Координационного совета Е.Б. Волошенко

Протокол подготовлен И.М. Бондарь