

Уважаемый Игорь Сергеевич!

В ответ на обращение № 13-12/385 представляю информацию по вопросам, обозначенным в обращении в соответствии с компетенцией страховой компании:

1. В АО «СГ «Спасские ворота-М» филиал «Владивостокский» из 478 219 чел. застрахованного населения (по состоянию на 01.10.17) городское население составляет 90,2 % , сельские жители 9,8 %, при этом на территории г. Владивостока, г. Артема и с. Вольно-Надеждинское зарегистрировано 86,4% застрахованных, т.е. в связи с географической доступностью, основной % застрахованного населения обращается не в ФАП, а в городские медицинские учреждения 1 уровня и в учреждения 2,3 уровня (что очень удорожает среднюю стоимость оказанных медицинских услуг застрахованным).

Вопросы обслуживания населения, связанные с дефицитом специалистов, отсутствием социальных программ и несовершенством распределения выпускников профильных учебных заведений лежат вне компетенции СМО.

Все жалобы, связанные с лечением, фиксируются в филиале, проводятся проверки, разбирается каждое обращение, результаты в обязательном порядке доводят до застрахованных граждан, также своевременно проводятся все необходимые проверки на территории Приморского края, связанные с качеством и уровнем обслуживания застрахованного населения , при этом постоянно проводятся все статистические сравнения по заболеваемости в связи с регулярным обращением филиала за дополнительными средствами НСЗ ГУ ТФОМС ПК. За 9 месяцев 2017г. в страховую компанию поступило 26232 обращения, из них жалоб 59(0,2%) , консультаций проведено 3140, остальные обращения связаны с выбором, заменой СМО, выдачей дубликатов и заменой полисов. В компании работает Контакт-центр, в котором 19 представителей круглосуточно принимают обращения, консультируют застрахованных. Они работают не только в головном офисе, но и в лечебных учреждениях и в филиалах СМО Приморского края.

Из 59 устных и письменных жалоб обоснованных – 27(45%). На 1месте -14(51%) отказ в медицинской помощи по программе ОМС, на 2месте -7

(25%) неудовлетворительное качество медицинской помощи, на 3 месте-4 (15%) взимание денежных средств, на 4месте -2 (9%) организация работы медицинских учреждений. Всем застрахованным, с которых незаконно взимались денежные средства в ЛПУ, деньги возвращены. О результатах рассмотрения обращений информируются : главный врач МО, ДЗПК, ТФОМС ПК , при необходимости , Росздравнадзор, Прокуратура ПК, Следственные органы.

2. Действительно, в течении последних нескольких лет (на основании статистических данных СМО) многим медицинским учреждениям Приморского края не хватает утвержденных объемов медицинских услуг. Согласно аналитических данных филиала основной причиной перевыполнения утвержденных объемов является повышенная (по сравнению с запланированной) заболеваемость застрахованного населения и оказанием МО экстренной помощи, которую невозможно спрогнозировать, но при этом она входит в статистический учет утвержденных объемов. . Обоснованно превышенные сверхобъемы принимаются к оплате СМО за счет средств НСЗ ГУ ТФОМС ПК по результатам года после соответствующих проверок.

Сравнительный анализ финансирования филиала за 2015-2017 г. и финансирования СМО:

За 2015 г. финансирование по дифференцированным нормативам составило 5 116 249 302,72 руб. (в среднем показатель за 12 мес 426 354 108,56 руб./мес.), оплачено с учетом удержаний по актам экспертиз 5 392 796 165, 19 руб. (оплата производилась в том числе из средств НСЗ ГУ ТФОМС ПК)

За 2016 г. финансирование по дифференцированным нормативам составило 4 864 238 192,20 руб., (в среднем показатель за 12 мес 405 353 182,68 руб./мес.) оплачено с учетом удержаний по актам экспертиз 5 573 712 796,59 руб.(оплата производилась в том числе из средств НСЗ ГУ ТФОМС ПК)

За 8 месяцев 2017 г. финансирование по дифференцированным нормативам составило 3 478 627 981,20 руб., (в среднем показатель за 8 мес 434 828497,65 руб./мес.), неполная оплата с учетом удержаний составила уже 3 531 473 091,73 руб. (оплата производилась в том числе из средств НСЗ ГУ ТФОМС ПК), т. е. фактически за последние 3 года, с учетом увеличения оказываемых услуг, количества участников системы ОМС, исполнения ВМП, удорожания медикаментов и коммунальных услуг, и т. д., сумма финансирования для МО практически не увеличилась.

Повторно, СМО не являются участниками разработки и утверждения КСГ на территории Приморского края.

Установление «управленческого коэффициента» в МО не в компетенции СМО.

По факту предоставления медицинскими организациями ложных сведений о выполненных объемах сообщая, что в случае полного и правильного

заполнения реестра пролеченных больных обнаружить приписки при проведении автоматического медико - экономического контроля невозможно (в связи с тем, что проверка проводится только по реестру в программном режиме), но при выходе на проверку врачей-экспертов компании при изучении первичной документации данные факты выявляются, составляются акты и медицинские учреждения наказываются. Например, большая работа проведена с Надеждинской ЦРБ по выявлению приписок. К медицинской организации применены штрафные финансовые санкции и предпринят ряд организационных мер.

Действительно, в территориальную программу ОМС включены коммерческие медицинские организации, что не противоречит законодательству. При этом реально работают в системе далеко не все, многие только заключают договора, у многих организаций суммы выставленных счетов небольшие (в пределах нескольких тысяч рублей), либо оказывают отсутствующие или очень востребованные услуги (гемодиализ, реабилитация, дневной стационар), которые получить в муниципальных учреждениях невозможно или затруднительно. Все оказываемые услуги в коммерческих медицинских организациях проходят тщательную проверку специалистами филиала. В случае обнаружения нарушений, организация штрафуются, случаи отклоняются от оплаты, вплоть до судебных разбирательств (например, ООО МО «Мобильные клиники»).

Проведение Медико - экономического контроля (МЭК) услуг филиал осуществляет своевременно и в полном объеме. Также в полном объеме проводятся медико-экономические экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества (ЭКМП). Так за 9 месяцев 2017г. страховой компанией проведено **53 138 медико-экономических экспертиз** (по амбулаторно-поликлинической помощи- 38 948 , по стационарной помощи- 9291, по стационаро-замещающей помощи- 1679, по скорой медицинской помощи – 3220.). Выявлено 7494 нарушения (14%) – это дефекты ведения первичной медицинской документации, нарушения связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, нарушения при оказании медицинской помощи, нарушения информированности застрахованных пациентов . Количество экспертиз соответствует норме, предусмотренной Приказом ФФОМС № 230 от 01.12.2010г. «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

Проведено 10 912 экспертиз качества медицинской помощи (по амбулаторно- поликлинической помощи- 5571 , по стационарной помощи- 3429, по стационаро-замещающей помощи- 499, по скорой медицинской помощи –914.). Выявлено 1333 нарушения (24%) (на 1 месте -589, нарушения в выполнении порядка и стандарта медицинской помощи; на 2 месте – 312,дефекты в ведении медицинской документации ; на 3 месте -27, несоответствие данных первичной медицинской документации данным

реестра счетов). Норма количества экспертиз качества, предусмотренная Приказом №230 ФФОМС, выполнена на 100%.

Также довожу до Вашего сведения, что в связи с очень большим объемом проводимых экспертиз, в том числе экспертиз качества, выполнять которые могут по отдельным договорам с фиксированной оплатой за каждую проверенную карту только врачи — эксперты, включенные в реестр экспертов качества ТФОМС ПК и не являющиеся сотрудниками компании (оплата услуг этих специалистов в целях исполнения нормативов экспертиз за 9 месяцев составила 3,7 млн. руб.) и необходимостью выполнением всех требований законодательства (информированность населения, контакт-центр, защита прав застрахованных, ведение финансовой деятельности и т. д.), т. е. снижение % на ведение дела повлечет ухудшение показателей работы СМО, утвержденных федеральными документами, в связи с отсутствием финансового обеспечения многих законодательно необходимых разделов деятельности.

В связи с тем, что финансовая деятельность филиала осуществляется строго в соответствии с федеральными и территориальными нормативными документами, утверждение что для СМО создаются условия для сосредоточения на счетах кредитно финансовых учреждений средств ОМС с возможностью их последующего оборота противоречит реальной ситуации как практически так и законодательно. СМО, согласно Правил ОМС, может направлять целевые средства только на цели ОМС, все другие обороты средств — запрещены. Весь оборот средств ОМС прозрачен и многократно проверяется контролирующими организациями, филиал не допускает нарушения законодательства по обороту целевых средств.

При этом утверждение, что проблемы, связанные с финансированием медицинских организаций Приморского края ведут к снижению доступности и эффективности медицинской помощи, предоставляемой населению считаю верным.

3. Вопросы, связанные с информационной системой «Дока -плюс» и «Информатизацией здравоохранения Приморского края» вне компетенции СМО, но в связи с тем, что АО «Страховая группа Спасские Ворота – М» заинтересована в развитии информатизации здравоохранения Приморского края, как одного из необходимых элементов системы обязательного медицинского страхования, считаю необходимым сообщить следующее:

Внедрение медицинской информационной системы (МИС) «ДОКА+» в ЛПУ края показала улучшение качества подготовки медицинской документации, что позволяет эффективно проводить экспертизу страховой медицинской компанией. Такие учреждения, как Приморская краевая клиническая больница №1, Владивостокская поликлиника №1, Артемовская городская больница №1 и ряд других, являются положительными примерами в этой области. Приморский краевой онкологический диспансер в рамках МИС «ДОКА+» реализовал удаленную запись к врачу онкологу, что

позволила значительно уменьшить жалобы в страховую компанию на очереди в регистратуру.

Страховая компания регулярно отслеживает через Единый Информационный Ресурс ТФОМС ПК информацию о выданных направлениях на госпитализацию или консультацию. По сведениям ЛПУ, МИС «ДОКА+» позволяет в реальном режиме времени вносить данные о выданных направлениях застрахованных граждан и их госпитализацию.

Необходимость авторизованной технической поддержки любой современной МИС на возмездной основе не вызывает сомнений. В настоящее время активно развиваются и изменяются региональные и федеральные сервисы Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Постоянное обеспечение актуальной интеграции МИС с данными сервисами, а также с порталом государственных услуг возможно только в рамках авторизованной технической поддержки.

С точки зрения соответствия требованиям Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» необходимо рассматривать не МИС как программу для ЭВМ, а информационную систему учреждения или ведомства в комплексе, включая комплекс технических средств и средства защиты информации. В подавляющем большинстве современных МИС имеются необходимые средства ограничения доступа, однако обеспечение защиты персональных данных в региональной системе здравоохранения в установленном Законом порядке должно быть обеспечено комплексом организационных и технических мер. Данный вопрос заслуживает специальной проработки, включая определение объемов и сроков финансирования оснащения медицинских организаций средствами защиты информации.

4. Все объемы за 2016 г. КГБУЗ «Кировская ЦРБ» филиал принял к оплате, отклонений по итогам года не было, в 2017 г. финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 1 683 899,28 руб.

5. КГБУЗ «Дальнереченская ЦРБ» в 2017 г. также финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 2 230 780,06 руб.

6. КГБУЗ «Лазовская ЦРБ» в 2017 г. финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 1 612 693,42 руб.

7. КГБУЗ «Спасская ГБ» в 2017 г. финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 2 645 051,33 руб.

8. КГБУЗ «Пластунская ЦРБ» в 2017 г. финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 867 002,49 руб.

9. КГБУЗ «Кавалеровская ЦРБ» финансирование производится согласно условиям договора (в рамках объемов, утвержденных Комиссией) и на основании Территориального тарифного соглашения. В связи с небольшим количеством застрахованных на территории Кировского района, объем перечисленных средств за 8 мес 2017 г. составил 2 033 770,98 руб.

10. Строительно-монтажные работы по реконструкции КГБУЗ «Чугуевская ЦРБ» вне компетенции СМО.

11. Вопросы по закрытию акушерского отделения КГБУЗ «Пограничная ЦРБ» вне компетенции СМО.

12. Заболеваемость туберкулезом в Дальнегорском городском округе вне компетенции СМО.

13. Вопрос кадрового дефицита КГБУЗ «Ольгинская ЦРБ» вне компетенции компании.

14. Введение в эксплуатацию ФАП на территории Анучинского района вне компетенции компании.

15. Все отказы страховых организаций оформлены Актами МЭК и у МО есть возможность в течении 25 дней подать на оплату отказанные случаи. ФГБУЗ «МСЧ № 98» в январе было отклонено 2 случая на сумму 16 588 руб., которые были восстановлены (и приняты к оплате) в феврале 2017 г.

16. В связи с тем, что КБУЗ «Приморский противотуберкулезный диспансер» не является участником системы ОМС на территории Приморского края, вопросы финансирования данного МО вне компетенции СМО.

17. Вопросы строительства пристройки «ГБУЗ «Приморский онкологический диспансер» вне компетенции СМО.

18. Утверждение, что сложившаяся финансово-экономическая ситуация в МО влияет на то, что население не может получить качественные медицинские услуги считаю верным, при этом обращаю внимание, что филиал оплачивает медицинские услуги в рамках получаемого ежемесячного финансирования, но постоянно вынужден в связи с нехваткой финансовых средств обращаться за дополнительными средствами НСЗ ГУ ТФОМС ПК.

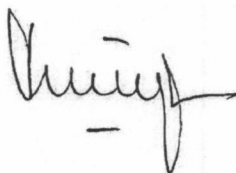
19. Вопросы реализации комплекса мер по социальной поддержке медицинских работников вне компетенции СМО.

20. В филиал также постоянно поступают жалобы МО по поводу введенных КСГ, но изменять КСГ не в компетенции СМО.

При этом обращаю Ваше внимание, что филиал 100% исполняет в установленные сроки свои функции по медико-экономическому контролю оказания медицинских услуг не только родильными домами, но и всеми МО Приморского края. Согласно приказа № 230 ФФОМС медико-экономический контроль производится строго в установленные регламентом сроки. Нарушение сроков проведения медико-экономического контроля влекут штрафные санкции к страховой медицинской компании со стороны ТФОМС ПК. Кроме этого сам процесс полностью автоматизирован и в соответствии с Приказом № 79 ФФОМС в отведенные сроки производится проверка всех лечебных учреждений Приморского края за установленный регламентом период. Вся информация отражается в информационном сопровождении и на сайте ТФОМС ПК. Согласно Правил ОМС каждое лечебное учреждение имеет право в течении 25 дней внести исправления в отклоненные случаи и подать их в следующем месяце. Таким образом медико-экономический контроль не несет функции наказать лечебное учреждение в финансовом плане, а является гибким механизмом направленным на устранение грубых ошибок в общей базе пролеченных больных.

21. Строительство Краевой психиатрической больницы (не является участником системы ОМС) вне компетенции СМО.

Директор



А.М. Капшитер