



ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
"ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ"
(ГУ ТФОМС ПК)

ул.Пологая, 21, г.Владивосток, 690091, Телефон: (423) 240 24 45, факс: (423) 240 18 05, E-mail: mailbox@tfoms.primorve.ru
ОКПО 31169891, ОГРН 1022502260648, ИНН/КПП 2540013343/254001001

20.10.2017 № 3451/20
На № 13-12/388 от 12.10.2017

Председателю комитета
по социальной политике и
защите прав граждан
Законодательного Собрания
Приморского края

И.С. Чемерису

О представлении информации

Уважаемый Игорь Святославович!

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края» на Ваше обращение в части своей компетенции сообщает следующее.

По вопросу **укрепления кадрового потенциала** медицинских организаций.

В рамках законодательно установленных полномочий за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) могут и фактически осуществляются следующие направления:

- повышение квалификации медицинских работников, в том числе на оплачиваемой основе **за счет текущих средств, полученных от СМО** за оказанную медицинскую помощь;

- дополнительно (сверх текущих расходов) согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 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 средств», медицинская организация, работающая в системе ОМС, может направить своих медицинских работников на дополнительное профессиональное образование по программе повышения квалификации **за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.**

По состоянию на 20.10.2017 в соответствии с заявками медицинских организаций в План мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации на 2017 год включены 13 медицинских работников из 7 медицинских организаций (из них, один медицинский работник запланирован на обучение по 3 образовательным программам) на общую сумму 169 000 руб. Прошли обучение в ФГБОУ ТГМУ Минздрава России 3 медицинских работника из 3 медицинских организаций на общую сумму 30 000 руб.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС) совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав) и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (далее – Росздравнадзор) на территориальные фонды ОМС возложена функция сбора и предоставления информации по достижению индикативных показателей, оказывающих существенное влияние на уровень смертности от основных причин.

С 01.07.2017 на основании Соглашения, заключенного между ФФОМС и Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, осуществляется обмен информацией по результатам контрольно-экспертных мероприятий по случаям оказания медицинской помощи ненадлежащего качества пациентам с

острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения (ОКС и ОНМК).

Рекомендации экспертов качества медицинской помощи по устранению выявленных дефектов, в первую очередь, обсуждаются с лечащими врачами, заведующими профильных отделений и руководителями медицинских организаций и доводятся до сведения заместителей главных врачей в ходе рабочих семинаров-совещаний, проводимых департаментом здравоохранения Приморского края (в 2017 году специалисты ГУ ТФОМС ПК и СМО приняли участие в 7 семинарах), до сведения правоохранительных органов по поступающим запросам. По итогам тематических экспертиз качества медицинской помощи формируются ежеквартальные отчетные формы, направляемые в ФФОМС и Росздравнадзор по Приморскому краю, а так же информационные письма - в департамент здравоохранения Приморского края, для принятия приказов по совершенствованию организации предоставления медицинской помощи на территории субъекта (маршрутизации).

В сентябре-октябре 2017 года в рамках межведомственного взаимодействия ГУ ТФОМС ПК и СМО разработан Регламент по обмену информацией в электронной форме, по персонифицированному учету результатов проведенных медико - экономических экспертиз (далее – МЭЭ) и экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП).

В соответствии с требованиями нормативного законодательства специалисты СМО и ГУ ТФОМС ПК на регулярной основе обеспечивают проведение первичных, повторных плановых и целевых экспертиз случаев медицинской помощи, предоставленной медицинскими организациями в системе ОМС.

СМО в течение календарного года осуществляют экспертизы медицинской помощи в соответствии с нормативными требованиями к плановым выборкам, по всем условиям оказания медицинской помощи, в каждой медицинской организации, предоставившей медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (146 – в 2017 году).

За период 2016 - 1 полугодие 2017 года в системе ОМС Приморского края рассмотрено 527 тысяч страховых случаев оказания медицинской помощи. Из их числа по 137 тысячам страховых случаев проведены экспертизы качества медицинской помощи с привлечением профильных врачей - экспертов качества, включенных в «Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС Приморского края» (далее – Реестр). По состоянию на 01.10.2017 Реестр включает 209 врачей, работающих в медицинских организациях по 34 профильным специальностям. Большинство экспертов имеют первую и высшую квалификационную категорию, 9 человек имеют ученую степень доктора медицинских наук и 21 человек – степень кандидата медицинских наук. В составе Реестра включены преподаватели ТГМУ и 17 внештатных специалистов департамента здравоохранения Приморского края.

Из числа плановых экспертиз качества медицинской помощи, в 40% случаев выполняются тематические проверки, и в первую очередь по заболеваниям, влияющим на индикативные показатели смертности населения Приморского края: сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям; заболеваниям органов дыхания и пищеварительной системы.

Особое внимание уделяется проведению экспертиз по случаям острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, случаям оказания скорой медицинской помощи; злокачественных новообразований, сопровождающихся выраженным болевым синдромом среди пациентов, включенных в канцер - регистр Приморского края; по всем случаям летальных исходов заболеваний, поданных на оплату в систему ОМС; по обращениям граждан и организаций.

По данным ежеквартальной федеральной отчетно-статистической формы «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС» за период 2016 -1 полугодие 2017 года целевые экспертизы качества в 100% случаев проведены:

в связи с летальным исходом при оказании медицинской помощи
медицинской помощи - по 18 527 страховым случаям;

по повторным обращениям по поводу одного и того же заболевания - по
63 809 страховым случаям;

по обращениям застрахованных лиц - по 4 972 страховым случаям.

Из общего числа случаев, рассмотренных в 2016-1 п\г 2017 года дефекты оказания медицинской помощи установлены в 41 585 случаев или 8% от рассмотренных (527 000 случаев).

Кроме этого Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Приморского края (далее – Комиссия) по инициативе органа исполнительной власти в области здравоохранения Приморского края (далее – ДЗПК) утверждены порядки и экономические рычаги стимулирования (тарифы в системе ОМС) проведения мероприятий, направленных на раннюю диагностику онкопатологии среди широких слоев населения и предупреждение сосудистых катастроф:

в рамках социального проекта "Автопоезд "Забота"" при приеме взрослых утверждена комплексная медицинская услуга по ранней диагностике ЗНО (скрининг) взрослого населения;

с целью диагностики социально – значимых заболеваний не требуется направление на выполнение маммографии и флюорографии;

при проведении диспансеризации (скрининга) определенных групп взрослого населения Приморского края введено обязательное проведение медицинскими организациями медицинских услуг «Цитологическое исследование препаратов тканей влагалища» и «Серологическое исследование кала»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - ФЗ № 323) вопрос **объема и стоимости** медицинской помощи для населения регулируется нормативами Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа), в том числе для

населения, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации (на 2016 год от 19.12.2015 № 1382, на 2017 год от 19.12.2016 № 1403).

Объемы медицинской помощи на год по Территориальной программе обязательного медицинского страхования Приморского края (далее – Территориальная программа ОМС) планируются исходя из численности застрахованных лиц и нормативов, установленных Программой.

Согласно совместному заключению Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (письмо № 11-7/10/2-888 от 09.02.2017) в Приморском крае **«нормативы объема** медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования, **соответствуют** средним нормативам, установленным Программой».

Динамика нормативов объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо и государственного задания, утверждённых Территориальными программами представлены ниже (таблица 1).

Таблица 1

Условия оказания (единица измерения)	2016 год		2017 год	
	Норматив объема	Государственное задание	Норматив объема	Государственное задание
Скорая медицинская помощь (вызов)	0,3	565 471	0,3	566 993
В амбулаторных условиях (посещение с профилактической или иной целью)	2,35	4 429 524	2,35	4 441 448
В амбулаторных условиях (обращение в связи с заболеванием)	1,98	3 732 110	1,98	3 742 156

В амбулаторных условиях (посещение в неотложной форме)	0,56	1 055 546	0,56	1 058 388
В дневных стационарах (случай лечения)	0,06	113 094	0,06	113 399
В стационарных условиях (случай госпитализации)	0,17233	324 467	0,17233	325 700

Из вышепредставленной таблицы очевидно ежегодное плановое увеличение объемов и стоимости медицинской помощи.

Следовательно, выводы об искусственном занижении объема медицинских услуг безосновательны.

К вопросу о недостаточной подготовке при переходе на оплату по клинико - статистическим группам (далее – КСГ) необходимо сообщить.

Начиная с 2014 года, начала поэтапного перехода в Российской Федерации на оплату стационарной помощи по КСГ, ГУ ТФОМС ПК совместно с департаментом здравоохранения Приморского края (далее – ДЗПК) были разработаны планы мероприятий по переходу на оплату стационарной медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу:

в 2014 – совместной работой специалистов медицинских организаций, штатных и внештатных сотрудников ДЗПК планировалось привести в соответствие региональные модели медицинских услуг (далее – КМУ) и федеральные КСГ с целью моделирования финансирования и проведения на базе ГУ ТФОМС ПК параллельно двух расчетов стоимости. Полученные расчеты позволили бы рассчитать управляющий коэффициент и коэффициент сложности лечения пациента.

Учитывая, что внештатные специалисты осуществляют свою деятельность на общественных началах, привлечь их к работе не удалось.

в 2015 – ДЗПК проведено распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи, утвержден перечень универсальных КСГ для ведения персонифицированного учета объемов медицинских услуг, оказанных в условиях стационара по профилям медицинской помощи «Терапия», «Хирургия», «Травматология и ортопедия» и «Педиатрия», но не были разработаны критерии для определения управленческого коэффициента и коэффициента сложности лечения пациента, а также условия для их применения.

В связи с чем, ГУ ТФОМС ПК не произведены расчеты коэффициентов и как следствие не проведены сравнительные расчеты стоимости оказанной стационарной медицинской помощи по двум вариантам оплаты. Было принято решение не переходить на оплату по КСГ в 2015 году.

При этом медицинским организациям предоставлена возможность с 01.01.2015 вносить значение в коды КСГ.

Проведено три обучающих семинара для медицинских организаций, в том числе в режиме видео-конференции для медицинских организаций (далее – МО) края.

В 2016 г предварительно был размещен Проект Дополнительного соглашения о переходе в 4 квартале 2016 г на оплату по КСГ, соответствующий требованиям Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Минздрава и ФОМС, направленных совместным письмом от 22 декабря 2016 года Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 12578/26-и (далее – методические рекомендации). Сформировано государственное задание в разрезе КСГ на 2016 год и проект на 2017 год. Для МО были сформированы справочники отделений МО, справочник уровней (подуровней) отделений МО. Согласован с главными внештатными специалистами ДЗПК перечень критериев для расчета коэффициентов

сложности лечения. В течении года велась работа по выделению подгрупп КСГ.

Обращаем Ваше внимание на доклад Минздрава (направлен в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в составе поручения Правительства Российской Федерации исх. ОГ-П12-5216 от 07.08.2017) о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (далее – Доклад, Программа 2016 г).

В соответствии с разделом 4 доклада Программой 2016 г предусмотрены эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные не на валовые показатели, а на конечные результаты деятельности медицинских организаций.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара Программой 2016 г установлен способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

В докладе по итогам реализации Программы 2016 г указано, что в трех субъектах Российской Федерации, в том числе в Приморском крае, в 2016 году применялся способ оплаты, не предусмотренный Программой 2016 г,- по тарифам на оплату медицинской помощи в сочетании с оплатой отдельных медицинских услуг.

В 2017 году в Приморском крае при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара применяются способы оплаты строго в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1403 от 19.12.2016 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ).

Основная цель перехода на оплату по КСГ – это внедрение единой тарифной политики и ресурсосберегающих методик и технологий, приводящих к снижению неэффективных расходов медицинских организаций.

В отношении не проведения при переходе на КСГ проверки данных, представленных медицинскими организациями, на предмет фактической возможности выполнения сообщаем.

В целях оценки фактической возможности перехода с 2017 года на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ), учитывая опыт других переходов других субъектов Российской Федерации:

- для медицинских организаций из краевой базы данных пролеченных больных были выгружены объемы специализированной медицинской помощи в разрезе нозологических форм по МКБ 10 и номенклатуре медицинских услуг, участвующих в определении кода КСГ

- медицинскими организациями были сформированы план – задания на 2017 года в разрезе КСГ

- распределение хирургических операций в разрезе медицинских организаций согласовано с главными внештатными специалистами ДЗПК по каждому профилю, кроме того, составлен и утвержден ДЗПК справочник с перечнем хирургических КСГ в разрезе медицинских организаций

- от медицинских организаций получены сведения о наличии оборудования, необходимого для оказания медицинских услуг в отделениях реанимации

- с главными внештатными специалистами ДЗПК согласован перечень критериев для расчета коэффициентов сложности лечения

- ГУ ТФОМС ПК совместно с ДЗПК, с целью контроля за предоставляемыми медицинскими организациями сведениями по КСГ, подготовлены справочники: Перечень КСГ для экспертизы, Перечень универсальных КСГ, Перечень операций при злокачественных

новообразованиях, КСГ с соответствии с кодами номенклатуры медицинских услуг и анатомо-терапевтическо-химической классификацией, Сопутствующих заболеваний, осложнений заболеваний, Сочетания лучевой терапии и химиотерапии, Сочетанных и парных операций, КСГ разрешенных для определенных медицинских организаций

С 2017 года на период адаптации применения КСГ к особенностям оказания медицинской помощи на территории Приморского края **работает постоянно действующая рабочая группа**, задачей которой является формирование предложений к заседаниям Комиссии, направленных на минимизацию финансовых рисков и снижения доступности медицинской помощи.

По их предложениям было рассмотрено и утверждено 6 изменений к ТТС на 2017 год.

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (Приказ Минздрава России от 24.12.2012 № 1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию») медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Порядком, утвержденным приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - **Контроль**) медицинскими организациями, **осуществляется страховыми медицинскими организациями**. На территории Приморского края – это: ООО СМО

«Восточно-страховой альянс» и филиал «Владивостокский» АО «Страховая группа «Спасские ворота-М».

К Контролю относятся мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **реализовываемые** посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

По результатам Контроля СМО составляет акт, в котором отражает все, выявленные в ходе проверки нарушения, что является основанием для применения мер, предусмотренных ст. 41 326-ФЗ: неоплата, неполная оплата, штрафы.

Дополнительно сообщаем, что согласно п. 128 Правил ОМС, при наличии **отклоненных** от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией **медико-экономического контроля** медицинская организация вправе **доработать и представить** в страховую медицинскую организацию отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов **не позднее 25 рабочих** дней с даты получения акта от страховой медицинской организации, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

Учитывая вышеизложенное, заключение о том, что при мониторинге представленных реестров пролеченных больных **ТФОМС штрафует** медицинские организации за выполнение заявленных объемов медицинской помощи, **безосновательно и противоречит существующей нормативно правовой базе.**

Все средства, поступающие в ГУ ТФОМС ПК, направляются согласно Закону о бюджете ТФОМС в территориальную программу ОМС, а

коэффициенты участвуют только в перераспределении средств, предусмотренных на оплату медицинской помощи в стационарных условиях.

Так коэффициенты подуровней (коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами) установлены:

для медицинских организаций 1 уровня в пределах от 0,93 до 1,

для медицинских организаций 2 уровня – от 1 до 1,3,

для медицинских организаций 3 уровня – от 1,35 до 1,5.

Учитывая, что коэффициенты для медицинских организаций 1 уровня ниже единицы, а на 2 уровне ниже, чем на 3 уровне, то с точки зрения логики и математики перераспределение финансовых средств идет как раз в пользу медицинских организаций 2 и 3 уровней.

Согласно п. 2.2.1 ТТС расчет коэффициента подуровня (далее – КУСмо) для групп медицинских организаций производится исходя из средней затратоемкости медицинских организаций. Средняя затратоемкость вычислена на основании запланированного объема медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках реализации территориальной программы ОМС в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) и коэффициента относительной затратоемкости, установленного для каждой КСГ методическими рекомендациями.

Следовательно замечание об отсутствии в ТТС обоснования расчета коэффициентов подуровней не справедливо.

Согласно методическим рекомендациям, управленческий коэффициент устанавливается тарифным соглашением, принятым на территории субъекта Российской Федерации, с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи, для конкретной КСГ.

Цель установления управленческого коэффициента (КУКСГ) состоит: в мотивации медицинских организаций к регулированию уровня

госпитализации при заболеваниях и состояниях, входящих в определенную КСГ, или стимулировании к внедрению конкретных современных методов лечения.

Управленческий коэффициент применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент необходимо устанавливать таким образом, чтобы средневзвешенный управленческий коэффициент (с учетом количества случаев по каждой КСГ) был равен 1.

Применение повышающего коэффициента к определенным КСГ, согласно правилам «бюджетной нейтральности», должно сопровождаться сопоставимым применением понижающего коэффициента к другим КСГ.

Например, дополнительным соглашением № 7 от 03.05.2017 к ТТС установлены управленческие коэффициенты отличные от 1 для следующих клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний в дневном стационаре:

- № 5 Экстракорпоральное оплодотворение (управленческий коэффициент равен 1,4)
- № 9 Болезни органов пищеварения, взрослые (управленческий коэффициент равен 0,9)
- № 11 Дерматозы (управленческий коэффициент равен 0,57).

Предложение от родильных домов по установлению управленческого коэффициента касались его применения с случаям госпитализации при беременности, закончившейся абортным исходом.

Количество принятых к оплате случаев различных видов диспансеризации за первое полугодие 2017 года составило 86 957 случаев. Тематические МЭЭ и ЭКМП проведены СМО и ГУ ТФОМС ПК по 7 983 случаям (9,2%). Дефектными признаны 527 случаев (6,6%). В структуре дефектов:

- нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи – 245 случаев или 46,5%;

- дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации – 113 случаев или 21%;
- нарушение информированности застрахованных лиц – 52 случая или 9,9%.

При экспертном контроле в КГБУЗ «Находкинская городская больница» изучено 75 законченных случаев диспансеризации. Дефектов не выявлено.

В медицинских организациях Артемовского городского округа (КГБУЗ «Артемовская городская больница № 2», КГБУЗ «Артемовская детская больница») проверен 281 случай диспансеризации. Дефекты выявлены в 8 случаях, из них в 5 случаях - дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации; в 2 случаях - нарушение информированности застрахованных лиц; в 1 случае - нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи. Сумма уменьшения оплаты составила 1936,14 руб.

В соответствии со ст. 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся **имеющие право** на осуществление медицинской деятельности и **включенные** в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее также - Реестр), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации **любой** предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Медицинская организация включается в Реестр на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Таким образом, включение в Реестр носит **уведомительный** характер и территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации, независимо от ее формы собственности, во включении в Реестр.

Во-вторых СМО оплачивают медицинским организациям **фактически оказанную** медицинскую помощь с учетом проведения Контроля сведений, представленных МО.

В таблице 2 представлена информация по количеству участников системы ОМС в 2017 г и заявившихся на 2018 г

Таблица 2

Ведомственная принадлежность	2017 год			2018 год
	Количество	% в общем количестве МО	% по средствам	
Федеральная	14	9,4	7,2	15
Субъект	89	59,7	89,5	91
Частная, в том числе НУЗ ОАО «РЖД»	46	30,9	3,3	43
Итого	149	100	100	149

46 МО с частной формой собственности получили в 2017 г только 3,3% (в 2016 г 3,7%) от общего объема средств, направленных на реализацию программы ОМС.

Таким образом, заключение об отвлечении средств ОМС от государственных медицинских организаций на основании включения в ТППГ частных медицинских организаций не правомерно.

В части нарушений рекомендаций ФФОМС об установлении норматива расходов на ведение дела СМО.

Норматив расходов на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию **устанавливается законом** о бюджете территориального фонда

обязательного медицинского страхования Приморского края на очередной финансовый год и плановый период **в едином размере** для всех страховых медицинских организаций. Проект закона, в соответствии со статьей 44 Закона Приморского края от 02 августа 2005 года № 271-КЗ «О бюджетном устройстве, бюджетном процессе и межбюджетных отношениях в Приморском крае», **рассматривается** Законодательным Собранием Приморского края и Контрольно-счетной палатой Приморского края.

В дополнении необходимо отметить, что проект Закона о бюджете территориального фонда, подготовленный ТФОМС, предполагал норматив в размере 1%.

К вопросу об отсутствии взаимодействия необходимо отметить, что технологические процессы взаимодействия медицинских организаций, страховых медицинских организаций и территориальных фондов в области приема файлов со сведениями об оказанной медицинской помощи **производятся** согласно приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями).

С целью приведения информационного взаимодействия в системе ОМС к приказу ФФОМС от 07.04.2011 № 79 на территории Приморского края приняты Правила формирования файлов со сведениями об оказании медицинской помощи в поликлинике и стационаре в формате XML, утвержденные приказом ГУ ТФОМС ПК от 19.03.2015 № 84-П (прилагается).

ГУ ТФОМС ПК контролирует исполнение вышеназванных приказов, регламентирующих порядок информационного взаимодействия и обмена данными в системе обязательного медицинского страхования Приморского края. Приобретение информационных программ, их сопровождение находится в компетенции руководителя медицинской организации.

В отношении фактов, изложенных по медицинским организациям, поясняем.

ГУ ТФОМС ПК не перечисляет средства медицинским организациям за оказанную ими помощь по следующим основаниям:

1. В соответствии с п.п. 4.1., 4.2. Типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 № 1355н, оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и авансирование медицинской организации является обязанностью страховой медицинской организации.

2. ГУ ТФОМС ПК не является стороной по Договору, следовательно, с учетом положений ч. 3 ст. 308 ГК РФ, определяющей, что «обязательство не создает обязанностей для лиц, не участвующих в нем в качестве сторон (для третьих лиц)», никаких прав и обязанностей для ГУ ТФОМС ПК из данного договора не возникает.

Кадровая политика и организация оказания медицинской помощи, в том числе установление режима работы в фельдшерско-акушерских пунктах, находится в компетенции руководства лечебных учреждений.

Наибольший дефицит средств в 2016 формировался по медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, дефицит частично финансировался за счет экономии средств по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара. Причиной дефицита явилось существенное перевыполнение объемов медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

На основании законодательства в системе ОМС и в соответствии с п.2.17 договора о финансовом обеспечении ОМС, СМО **обязуется** обеспечивать соответствие объемов медицинской помощи, установленных Комиссией для страховой медицинской организации, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям

Страховые медицинские организации в 2016 г не выполнили свои обязательства и не применили санкции, установленные Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», по результатам медико-экономического контроля при превышении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии и подлежащих оплате.

Начиная с февраля 2016 года сумма счетов, предъявленных к оплате медицинскими организациями, превышала начисленный дифференцированный подушевой норматив по обеим СМО.

СМО в 2016 и 2017 гг обращались за предоставлением средств из нормированного страхового запаса территориального фонда на оплату медицинской помощи за 2016 года, преимущественно объемы признаны обоснованными.

С целью недопущения социальной напряженности **все** подтвержденные и **признанные обоснованными** в результате проведения **СМО** контрольно-экспертных мероприятий **случаи** оказания медицинской помощи **сверх** объемов, установленных решением **Комиссии** для каждой медицинской организации **оплачиваются** из нормированного страхового запаса территориального фонда по обращениям СМО.

Начиная с января 2017 г СМО, ежемесячно, контролируя объемы оказания медицинской помощи, отклоняют случаи, превышающие объемы медицинской помощи, установленные решением Комиссии.

При переходе на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ) ГУ ТФОМС ПК, учитывая опыт других территориальных фондов обязательного медицинского страхования, проводит ежемесячный мониторинг объема и стоимости медицинской помощи оказанной в медицинских организациях Приморского края.

Опыт других территорий показывает, что медицинские организации с разной скоростью адаптируются к новым условиям оплаты: медицинские организации, медленно приспосабливающиеся к изменившимся требованиям,

неизбежно теряют часть зарабатываемых средств. Объёмы финансовых средств, заработанных медицинскими организациями, при прочих равных условиях зависят от **затратоемкости** клинико-статистической групп, к которым отнесены выполненные медицинские услуги, **сложности** лечения пациента и **качества** оказанных услуг.

В ходе анализа данных о плановом и фактическом коэффициенте затратоемкости, в том числе в сравнение с утвержденным коэффициентом подуровня видно следующее..

1. Восемь медицинских организаций, в том числе родильные дома, оказали за 8 месяцев 2017 г более дорогую медицинскую помощь, чем планировали:

Наименование МО	КЗ по план заданию	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Отклонение
ГБУЗ "ПККБ №1"	1,8	1,88	0,08
КГБУЗ "ВРД №1"	0,95	1,22	0,27
КГБУЗ "ВКРД №3"	0,99	1,00	0,01
ГБУЗ "КДКБ №2"	1,06	1,70	0,64
КГБУЗ "ВРД №4"	1,06	1,25	0,19
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ РБ №1"	0,53	0,58	0,05
НАХОДКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,84	0,90	0,06
ГБУЗ "ПКПЦ"	1,52	1,78	0,26

Однако, 49 медицинских организаций оказывали в течении 8 месяцев 2017 г медицинскую помощь у которой в среднем фактически сложившийся К затратоемкости **ниже, чем утвержденный КУСмо**:

Наименование МО	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Утвержденный коэффициент подуровня (КУСмо)	Отклонение
КГБУЗ "АРТЕМОВСКАЯ ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА"	0,65	0,9	-0,25
КГБУЗ "АРТЕМОВСКИЙ РД"	0,97	1	-0,03
ГБУЗ ККБ № 2	1,20	1,4	-0,20

КГБУЗ "ВКБ №1"	1,22	1,3	-0,08
КГАУЗ "ВКБ №2"	1,18	1,4	-0,22
ГБУЗ "КДКБ №1"	1,38	1,4	-0,02
КГБУЗ "ВЛАДИВОСТОКСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №4"	1,10	1,2	-0,10
ГБУЗ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИОННАЯ БОЛЬНИЦА	0,77	1,35	-0,58
ГАУЗ "ККЦ СВМП"	1,09	1,35	-0,26
КГБУЗ "ВРД №1"	1,22	1,3	-0,08
КГБУЗ "ВКРД №3"	1,00	1,4	-0,40
КГБУЗ "ВЛАДИВОСТОКСКАЯ БОЛЬНИЦА №3"	0,96	1	-0,04
КГБУЗ "ВРД №4"	1,25	1,3	-0,05
НУЗ "ОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ.ВЛАДИВОСТОК ОАО "РЖД"	1,16	1,35	-0,19
КГБУЗ "НАДЕЖДИНСКАЯ ЦРБ"	0,84	0,95	-0,11
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ГБ №1"	0,94	1,2	-0,26
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ДГБ"	0,88	0,9	-0,02
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ РБ №1"	0,58	0,9	-0,32
КГБУЗ "ЛАЗОВСКАЯ ЦРБ "	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "ПАРТИЗАНСКАЯ ЦРБ"	0,82	0,9	-0,08
КГБУЗ "ШКОТОВСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"	0,84	0,95	-0,11
КГБУЗ "ДАЛЬНЕГОРСКАЯ ЦГБ"	1,00	1,1	-0,10
КГБУЗ "КАВАЛЕРОВСКАЯ ЦРБ"	0,91	1	-0,09
КГБУЗ "ОЛЬГИНСКАЯ ЦРБ"	0,79	0,9	-0,11
КГБУЗ "ПЛАСТУНСКАЯ РБ"	0,86	0,95	-0,09
КГБУЗ "ЛЕСОЗАВОДСКАЯ ЦГБ"	0,89	1,1	-0,21
КГБУЗ "КИРОВСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "СПАССКАЯ ГБ"	1,06	1,3	-0,24
КГБУЗ "ЧЕРНИГОВСКАЯ ЦРБ"	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "МИХАЙЛОВСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "ОКтябрьСКАЯ ЦРБ"	0,88	0,9	-0,02
КГБУЗ "ПОГРАНИЧНАЯ ЦРБ"	0,85	0,95	-0,10
КГБУЗ "ХОРОЛЬСКАЯ ЦРБ"	0,89	0,95	-0,06
КГБУЗ "АНУЧИНСКАЯ ЦРБ"	0,86	0,9	-0,04
КГБУЗ "ЧУГУЕВСКАЯ ЦРБ"	0,81	0,9	-0,09
КГБУЗ "ЯКОВЛЕВСКАЯ ЦРБ"	0,79	0,9	-0,11
КГБУЗ "ДАЛЬНЕРЕЧЕНСКАЯ ЦГБ"	0,94	1	-0,06
КГБУЗ "КРАСНОАРМЕЙСКАЯ ЦРБ"	0,85	0,95	-0,10
ФГБУЗ МСЧ №98 ФМБА РОССИИ	0,85	1	-0,15
ФКУЗ "МСЧ МВД РОССИИ ПО ПРИМОРСКОМУ КРАЮ"	0,96	1	-0,04
ФГБУЗ МСЧ №100 ФМБА РОССИИ	0,95	1,2	-0,25
ФГБУЗ "ДВОМЦ ФМБА РОССИИ"	1,24	1,4	-0,16

ВОСТОЧНАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,90	0,95	-0,05
НАХОДКИНСКАЯ БОЛЬНИЦА ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА РОССИИ	0,90	1	-0,10
КГБУЗ "УССУРИЙСКАЯ ЦГБ"	0,93	1	-0,07
КГБУЗ "АРСЕНЬЕВСКАЯ ГБ"	1,08	1,3	-0,22
КГБУЗ "НАХОДКИНСКАЯ ГБ"	1,17	1,3	-0,13
НУЗ "ДОРОЖНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА НА СТАНЦИИ ХАБАРОВСК-1 ОАО "РЖД"	1,28	1,5	-0,23
ФГКУ "439 ВГ" МО РФ	0,74	0,9	-0,16

При сохранении этой тенденции в случае установления высокого КУСмо для данных МО необоснованно будет завышена стоимость оказанной медицинской помощи по сравнению с аналогичными КСГ, используемыми другими медицинскими организациями.

Фактически выполненные этими МО объемы госпитализаций, преимущественно относятся медицинской помощи, выполняемой медицинскими организациями с более низким подуровнем.

Только две МО выполняют медицинскую помощь соответствующую своему КУСмо:

Наименование МО	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)	Утвержденный коэффициент подуровня (КУСмо)
НУЗ "УЗЛОВАЯ БОЛЬНИЦА НА СТ. УССУРИЙСК ОАО "РЖД"	0,95	0,95
КГБУЗ "ПОЖАРСКАЯ ЦРБ"	0,95	0,95

Две МО сформировали государственное задание соответствующее их фактическому выполнению:

Наименование МО	КЗ по план заданию	средний КЗ по факту за 8 месяцев (чистый)
КГБУЗ "АРТЕМОВСКИЙ РД"	0,97	0,97
ООО "МЦ "ЗДОРОВЬЕ"	1,96	1,96

Объемы предоставления медицинской помощи для медицинских организаций (государственное задание) рассчитываются на **население, прикрепленное** к медицинским организациям, с учетом **получения ими** медицинской помощи **в других** медицинских организациях Приморского края.

Таким образом, при сокращении численности прикрепленного к медицинской организации населения и невозможности лечения заболеваний в связи с отсутствием врачей – специалистов и необходимого оборудования государственное задание имеет тенденцию к сокращению.

По вопросу неоплаты ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №98 Федерального медико-биологического агентства» (далее – МСЧ № 98) страховыми медицинскими организациями случаев медицинской помощи в январе 2017 года поясняем.

В 2017 году (22.03.2017, 25.04.2017) в ГУ ТФОМС ПК от ООО СМО «Восточно-страховой альянс» в связи с недостатком целевых средств на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в 2016 году, поступили обращения за средствами НСЗ ТФОМС, из них для завершения расчетов с МСЧ № 98 за ноябрь - декабрь 2016 года в сумме 6 096 978,97 руб. (в т.ч.: 255 726,74 руб. – за ноябрь 2016 года; 5 841 252,23 руб. – за декабрь 2016 года).

По итогам рассмотрения вышеуказанных обращений средства были перечислены ООО СМО «Восточно-страховой альянс» в рамках установленных законодательством сроков.

По данным отчета страховой компании об использовании средств НСЗ на оплату медицинских услуг за 2016 год, ФГБУЗ «Медико-санитарная часть №98 Федерального медико-биологического агентства» из средств НСЗ ТФОМС ПК перечислено 6 096 978,97 руб., в том числе:

10.04.2017 - 255 726,74 руб. за ноябрь 2016 г.;

11.04.2017 – 1 841 252,23 руб. за декабрь 2016 г.;

27.04.2017 - 4 000 000 руб. за декабрь 2016 г.

В соответствии со ст. 14 ФЗ № 323 утверждение порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, унифицированных форм медицинской документации, в том числе в электронном виде, находится в компетенции Минздрава.

Основная идея оплаты по КСГ – это переход от финансирования инфраструктуры к финансированию результата.

Эффективность введения оплаты по КСГ:

- КСГ позволяет стимулировать рост хирургической активности, развитие малоинвазивной хирургии, лечение в стационаре только реально обоснованных случаев и снижение продолжительного пребывания пациента на койке. Длительность лечения не влияет на стоимость по КСГ.
- КСГ способствует внедрению ресурсосберегающих методик и технологий.
- При использовании КСГ нет нормирования длительности лечения, то есть, приоритет отдан результату. Первыми прогнозируемыми итогами внедрения КСГ ожидается снижение количества необоснованных госпитализаций и исключит утяжеление диагноза пациента, а также устранил причины в отказе госпитализации «тяжелых» больных
- По различным профилям окончательно сформируется трехуровневая система оказания стационарной медицинской помощи, которая соответствует тяжести больных, а также должна быть четкая определена модель маршрутизации пациентов
- Прогнозируется увеличение стоимости каждого случая лечения в стационаре (в среднем на 25%-35%) ввиду селекции пациентов и направления «легких» больных в дневные стационары.
- Изменится структура расходов в системе ОМС. Произойдет перераспределение части денежных средств из стационара на поликлиническое звено, которое должно более эффективно выполнять функцию сохранения здоровья жителей региона, и на развитие дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, стационаров одного дня пребывания.

- Эффективность введения способа по КСГ – это единство планирования и оплаты по клинико-статистическим группам.

В отношении порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи разъясняем.

Согласно ст. ФЗ № 323 медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с **порядками оказания** медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе **стандартов** медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи **утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти**. В Российской Федерации таким уполномоченным органом является Минздрав.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя **усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения** медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз), медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, иного исходя из особенностей заболевания (состояния). Таким образом стандарт медицинской помощи – это утвержденный алгоритм, включающий мероприятия по диагностике заболевания и состояния пациента, перечень медицинских услуг для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением граждан в разрезе **болезней**, классифицированных по МКБ-10.

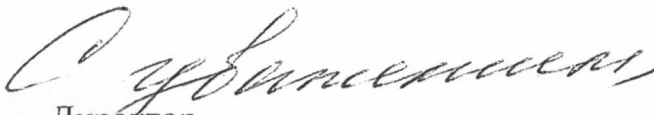
Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: **этапы** оказания медицинской помощи, **правила** организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарт **оснащения** медицинской

организации, ее структурных подразделений, **рекомендуемые штатные нормативы** медицинской организации, ее структурных подразделений, иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Таким образом порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи – это два разных понятия в силу ФЗ № 323.

Следовательно, стандартов лечения граждан в отделении реанимации и интенсивной терапии **не существует в силу ФЗ № 323.**

Приложение: на 3 л. в 1 экз.


Директор



Е.Г. Кузнецова