

**Информационно-аналитическая справка Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Амурской области о состоянии  
защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного  
медицинского страхования в Амурской области за 2012 год**

Сегодняшняя система здравоохранения Российской Федерации находится в стадии кардинальных изменений. Вся деятельность строится в соответствии с новой законодательной базой, которая, безусловно, отражает динамику социальной направленности происходящих масштабных изменений.

Защита прав граждан - важное средство осуществления охраны прав личности, укрепления связей государственного аппарата с населением, существенный источник информации, необходимый при решении текущих и перспективных вопросов.

Система обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) закономерно остается важнейшим элементом Российского здравоохранения, обеспечивающим конституционные права граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

В 2012 году организация контроля по обеспечению защиты интересов застрахованных осуществлялась Территориальным фондом ОМС Амурской области (филиалами, представительствами) и двумя страховыми медицинскими организациями: ОАО «Медицинская страховая компания «Дальмедстрах»; филиал «Амурский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М» (далее – СМО).

Мониторинг состояния защиты прав граждан проводится ТФОМС Амурской области на основании формы отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования», утвержденной приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.08.2011 № 145 и характеризует практические результаты организации защиты прав застрахованных в сфере ОМС.

*Обращения застрахованных лиц*

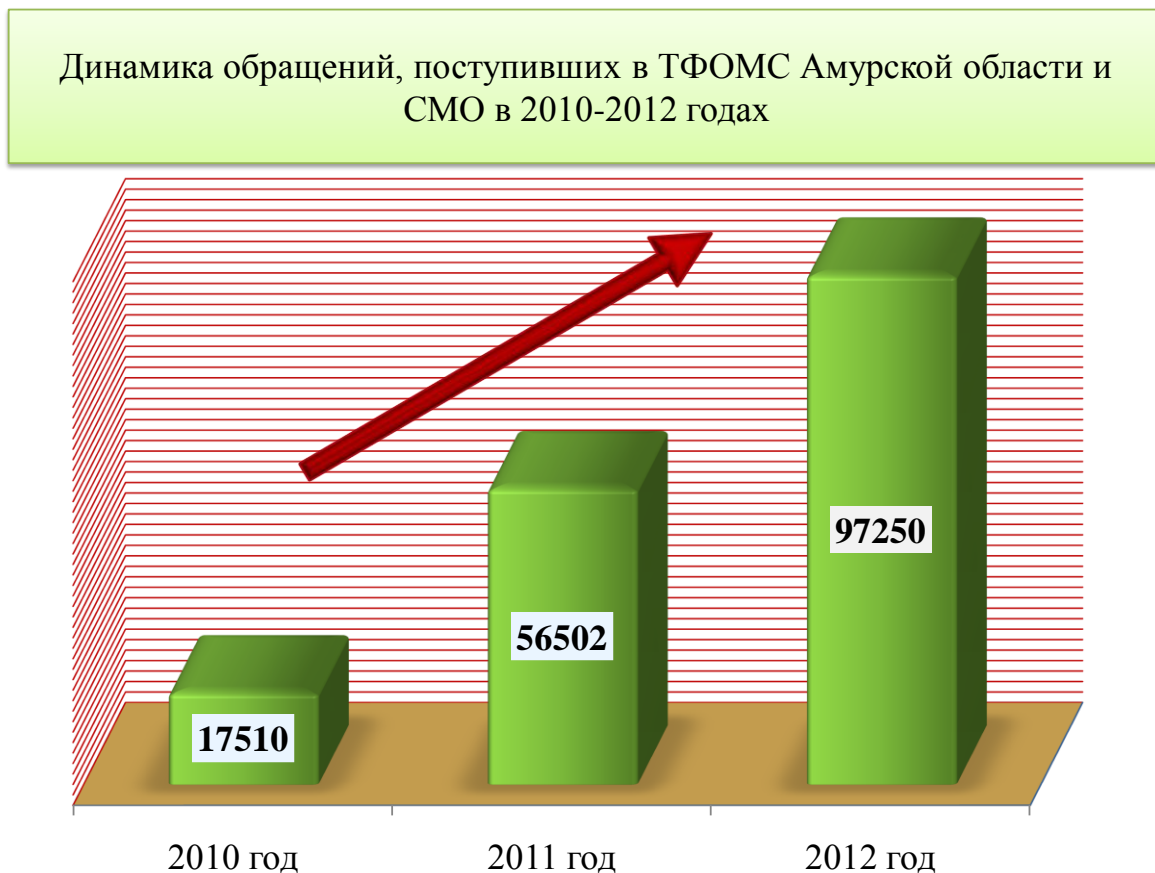
Одним из основных показателей, характеризующих доступность и качество медицинской помощи, является количество обращений граждан, поступающих в ТФОМС Амурской области и СМО. Именно они определяют необходимость проведения последовательных действий по обеспечению защиты прав граждан в системе ОМС.

Работа с обращениями застрахованных в ТФОМС Амурской области и СМО регламентирована документами, регулирующими правоотношения в системе защиты прав застрахованных федерального и регионального уровня, разработанными и утвержденными ранее.

В 2012 году в ТФОМС Амурской области и СМО поступило 97250 обращений от застрахованных по ОМС граждан, что в 1,7 раз больше по сравнению с 2011 годом за счет увеличения количества заявлений по сравнению с 2011 годом в 1,8 раза, из которых 97,2 % связано с реализацией гражданами права на выбор страховой медицинской организации.

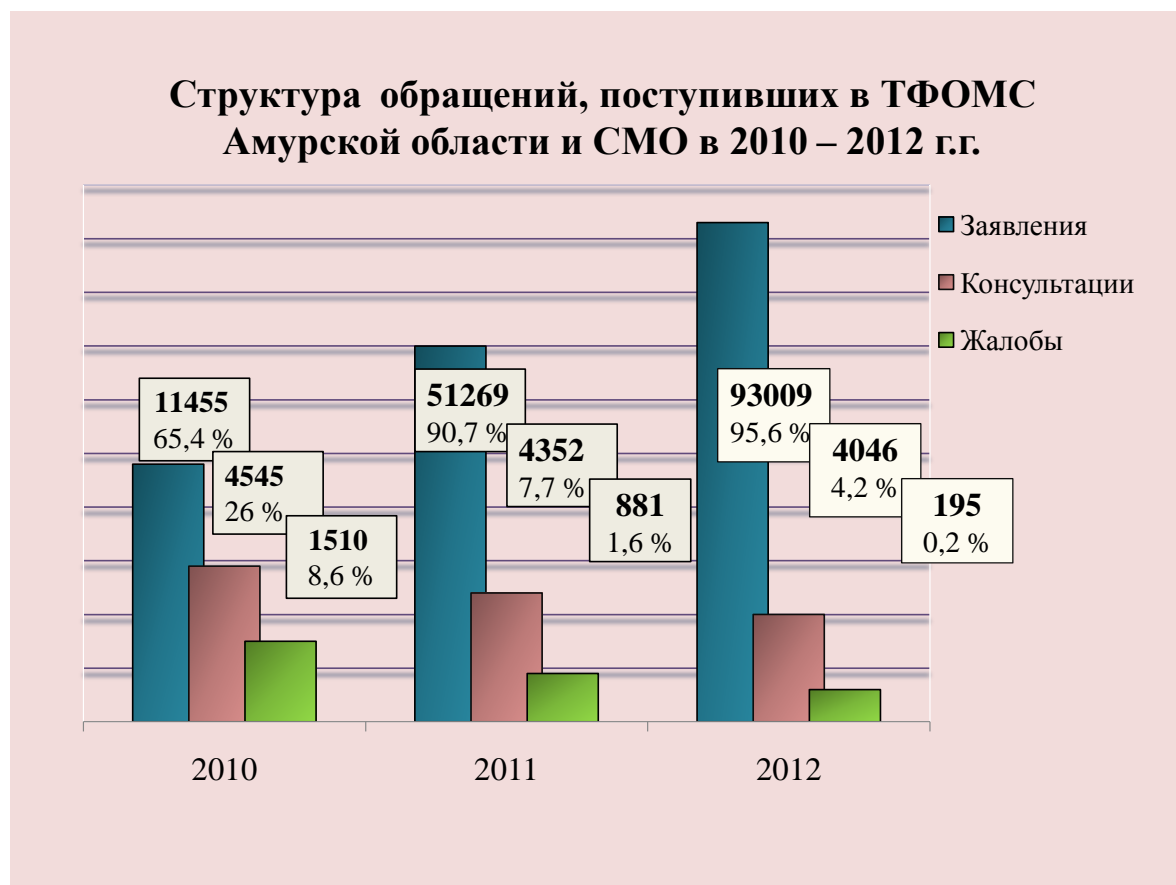
На диаграмме 1 отражена динамика количества обращений, поступивших в ТФОМС Амурской области и СМО в 2010-2012 г.г.

Диаграмма 1



Увеличению количества обращений граждан в немалой степени способствовало повышение уровня правовой культуры в обществе; усиление доверия граждан; активная деятельность территориального фонда и СМО по информированию населения в сети «Интернет» и в СМИ; а также развитие информационных систем, что позволяет гражданам знакомиться с нормативно-правовыми актами, обращаться за разъяснением или с жалобой по электронной почте, на «горячую линию».

Структура поступивших обращений на протяжении последних 3 лет остается неизменной и представлена на диаграмме 2.



Данные диаграммы демонстрируют, что при росте количества поступивших заявлений количество консультаций остается практически неизменным при абсолютном уменьшении количества жалоб в 7,8 раз по сравнению с 2010 годом и в 4,5 раза по сравнению с 2011 годом. Кроме того, выражена динамика значительного снижения удельного веса жалоб в структуре всех поступивших обращений с 8,6 % в 2010 году до 0,2 % в 2012 году.

Из общего количества обращений 1,1 % поступило в ТФОМС Амурской области, 98,9 % - в СМО.

Из поступивших обращений устные составили 4,1 %, письменные – 95,9 %, что соответствует тенденции предыдущих лет.

От общего количества обращений 1292 (1,3 %) поступило по телефону «горячей линии», 85 (0,09 %) по сети «Интернет».

Показатель обращаемости на 100000 застрахованных составил 12251 (РФ 2011 год – 19352).

*Обращения застрахованных лиц по поводу нарушения прав и законных интересов (жалобы)*

В отчетном году по поводу нарушения прав и законных интересов застрахованных лиц поступило 195 жалоб, или 0,2 % от общего количества обращений, из которых обоснованными признаны 138 или 70,8 % (РФ 2011 год – 62%)

Стойкая положительная динамика снижения количества обоснованных жалоб на протяжении ряда последних лет свидетельствует об эффективности работы,

проводимой ТФОМС Амурской области и СМО, по защите прав застрахованных граждан.

Увеличение удельного веса обоснованных жалоб от их общего количества с 21,9 % в 2010 году до 36,6 % в 2011 году и до 70,8% в 2012 году указывает на возрастающую правовую грамотность населения.

Структура обоснованных жалоб, поступивших в ТФОМС Амурской области и СМО в 2010-2012 годах, представлена в таблице 1.

Таблица 1

	2010 год	2011 год	2012 год
Обоснованные жалобы всего	330	322	138
обеспечение полисами ОМС	1 (0,3%)		
организация работы МО	12 (3,6%)	7 (2,2%)	5 (3,6%)
этика и деонтология медиц. работн.	2 (0,6%)	3 (0,9%)	1 (0,7%)
качество медиц. помощи	28 (8,5%)	34 (10,6)	23 (16,7%)
отказ в мед. помощи по программам ОМС	10 (3,1%)	8 (2,5)	1 (0,7%)
лекарственное обеспеч. при оказании мед. помощи	1 (0,3%)		
взимание денежн. ср-в за мед.помощь по программам ОМС	276 (83,6%)	270 (83,9)	108 (78,3%)

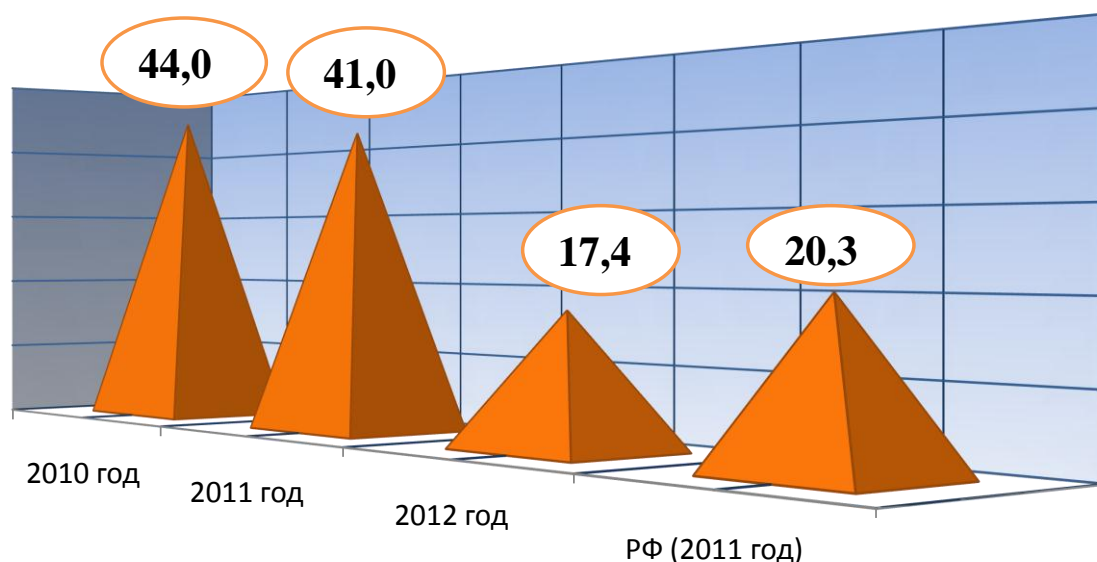
Данные таблицы свидетельствуют об отсутствии изменений в структуре основных причин обоснованных жалоб на протяжении последних 3 лет: стабильно максимальным остается наибольшее количество обоснованных жалоб на взимание денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС.

Структура обоснованных жалоб, поступивших в 2012 году представлена на диаграмме 3.



Анализируя количество поступивших обоснованных жалоб, нельзя не отметить положительную динамику снижения обращаемости в ТФОМС Амурской области и СМО граждан с обоснованными жалобами на 100000 застрахованных на протяжении ряда последних лет. (Диаграмма 4)

Динамика обращаемости в ТФОМС Амурской области и СМО с обоснованными жалобами за 2010-2012 г.г. (на 100 000 застрахованных)



Количество обращений с обоснованными жалобами снизилось по сравнению с 2010 годом в 2,5 раза и ниже показателя по РФ на 14,3 %.

#### *Досудебная защита прав застрахованных лиц*

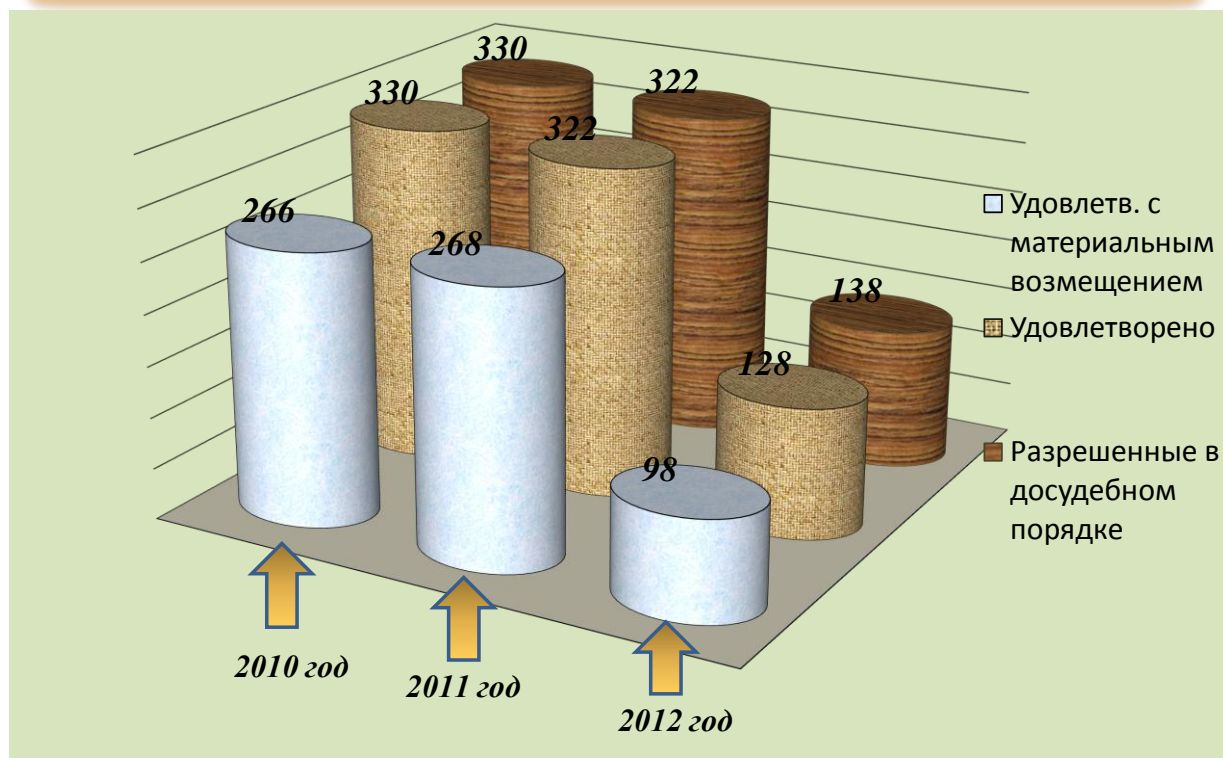
Защита прав застрахованных - установленный законодательством РФ порядок, обеспечивающий реализацию прав застрахованных и механизм их защиты при получении медицинской и лекарственной помощи. Защита прав застрахованных может осуществляться в досудебном и судебном порядке.

Внесудебное разрешение споров между застрахованными и другими субъектами ОМС – одна из основных целей, преследуемых при осуществлении защиты прав застрахованных при получении медицинской помощи, обеспечивающей их правовую и социальную защищенность.

В 2012 году ТФОМС Амурской области и СМО в досудебном порядке рассмотрено 138 случаев, из которых удовлетворено 128 или 92,8%. Из них 98 жалоб или 71% – с материальным возмещением на сумму 159082,0 руб. или 1623,3 руб. на 1 случай, что несколько меньше по сравнению с 2011 годом (322 жалобы разрешены в досудебном порядке, из которых с материальным возмещением – 268 на сумму 529516,0 руб. или 1975,8 руб. на 1 случай).

Динамика количества спорных случаев, разрешенных в досудебном порядке, в том числе удовлетворенных и удовлетворенных с материальным возмещением представлена в диаграмме 5.

Динамика количества спорных случаев, разрешенных в досудебном порядке, в том числе удовлетворенных с материальным возмещением в 2010-2012 гг.



При абсолютном уменьшении количества спорных случаев, разрешенных в досудебном порядке, уменьшилось и абсолютное количество случаев, удовлетворенных с материальным возмещением.

#### *Судебная защита прав застрахованных лиц*

В течение 2012 года из 2 страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС области, только ОАО «МСК «Дальмедстрах» принимало участие в судебных разбирательствах по гражданским делам по искам застрахованных граждан к медицинским организациям по поводу некачественного оказания медицинской помощи, повлекшему неблагоприятные последствия для здоровья.

Инициаторами защиты своих прав в судебном порядке являлись сами застрахованные.

На начало 2012 года в производстве находилось 4 судебных дела, за отчетный период подано 7.

Количество находящихся в производстве в 2012 году судебных дел (11) больше по сравнению с 2011 годом (8). Из них рассмотрено 5 (45,5 %), удовлетворено 3 (27,3 %) с суммой возмещения 759407,0 руб. (в 2011 году удельный вес рассмотренных судебных дел – 55,6 % с суммой возмещения 2205012,0 руб.).

Сумма денежного возмещения на 1 иск составила 253,1 тыс. руб. (РФ 2011 г. – 93,3 тыс. руб. на один иск).

*Возмещение расходов на палату оказанной медицинской помощи  
застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью*

Работа по возмещению затрат за медицинскую помощь, оказанную застрахованным, пострадавшим в результате противоправных действий юридических и физических лиц, возложенная согласно ст. 31 Закона Российской Федерации «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» на СМО, проводилась только ОАО «МСК «Дальмедстрах».

В 2012 году СМО предъявлено 110 регрессных исков к причинителям вреда (2011 год – 100). По результатам предъявления претензий и исков к лицам, причинившим вред здоровью застрахованного лица, в порядке возмещения расходов на оплату оказанной медицинской помощи получено 553366,0 руб., что на 16,2 % больше по сравнению с предыдущим годом.

*Деятельность по информированию граждан о правах в системе ОМС и  
изучению удовлетворенности застрахованных качеством медицинской помощи в  
системе ОМС по данным социологического опроса*

Одним из основных направлений работы в части совершенствования организации защиты прав является повышение уровня информированности самих граждан о правах при получении медицинской помощи, поскольку знание своих прав позволяет более эффективно их отстаивать.

Фондом и СМО проводится публичная и индивидуальная информационная работа с населением по вопросам реализации защиты прав застрахованных на получение бесплатной и качественной медицинской помощи в системе ОМС.

Публичное информирование граждан осуществлялось через:

- 3 интернет-сайта;
- печатные средства массовой информации – 29 статей (в 2011 г. - 50);
- выступления в коллективах застрахованных - 839 (в 2011 г. - 2678);
- выступления в коллективах медработников - 191, (в 2011 г. - 307 раз).

В 2012 году в рамках деятельности по индивидуальному информированию граждан о правах в системе ОМС ТФОМС Амурской области и СМО:

- выпущено информационных материалов (памяток, брошюр, листовок и др.) общим тиражом 104550 экземпляров (2011 год – 305728).

Особое место в организации информированности населения уделяется доступности информации о защите прав застрахованных в приёмных отделениях, регистратурах, холлах медицинских организаций. В отчётном периоде оформлено и обновлено 150 информационных стендов в лечебных учреждениях (2011 год – 183). Кроме того в фонде, СМО и медицинских организациях проводится личный приём граждан. Функционирует круглосуточный телефон «горячей линии» по вопросам оказания бесплатной медицинской помощи, на который в 2012 г. поступило более 1292 обращений.

Одним из направлений работы территориального фонда и страховых медицинских организаций по организации защиты прав застрахованных граждан является изучение удовлетворенности жителей качеством получаемой медицинской помощи. В течение 2012 года специалистами ТФОМС Амурской области и СМО были проведены очные социологические опросы граждан по разработанным анкетам.



В анкетировании приняло участие 2 % (16588) от всех застрахованных области, из которых 57,9 % удовлетворены качеством медицинской помощи (2011 год – 52,7 %, РФ – 66,6 %). (Диаграмма 6)

Диаграмма 6



При этом, удовлетворенность стационарной медицинской помощью составила 67,4 %, помощью, оказанной в дневном стационаре – 65,7 %, амбулаторной – 51,6 %.

### *Информация о представительствах в медицинских организациях*

В целях совершенствования организации и повышения эффективности деятельности по защите застрахованных граждан и в соответствии с Положением «О представителях страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Амурской области» с сентября 2012 года в 26 медицинских организациях области успешно осуществляется деятельность 44 представителей ТФОМС Амурской области и СМО, из которых 28 сотрудников ТФОМС Амурской области и 16 сотрудников СМО.

Наличие представительств в медицинских организациях способствует повышению степени защиты прав застрахованных на этапе обращения в медицинское учреждение, позволяет своевременно проконсультировать пациента о правомерности требования оплаты тех или иных медицинских услуг из его личных средств, дать разъяснения о правах застрахованного и посодействовать в их реализации, оперативно довести факты неэтичного отношения персонала к пациенту, тем самым не дав им закрепиться и превратиться в устойчивую модель

трудового поведения в лечебном учреждении, и позволяет предотвратить большую часть жалоб, связанных с нарушением прав граждан, застрахованных по ОМС.

За время работы к представителям обратилось 46 граждан за консультацией (разъяснением) в 8 медицинских организациях. Основными причинами, послужившими поводом для обращения к представителям, явились вопросы обеспечения полисами обязательного медицинского страхования (32,6 %) и организации работы медицинских организаций (30,4 %)

### *Результаты медико-экономического контроля*

За 2012 год проведен медико-экономический контроль 6263,5 тыс. счетов, предъявленных медицинскими организациями к оплате за оказанную медицинскую помощь по программам обязательного медицинского страхования, из них 99,1 % случаев – страховыми медицинскими организациями (2011 год – 5763,0 тыс.).

В предъявленных счетах при проведении медико-экономического контроля выявлено 158968 нарушений, что составило 2,5 % (2011 год – 3,2 %, РФ – 3,1 %)

Сравнительный анализ данных с соответствующими показателями за 2012 год демонстрирует в целом сохранение структуры нарушений, выявляемых при медико-экономическом контроле: значительное число нарушений, по-прежнему, связано с принадлежностью застрахованного лица к СМО – 53,9%, на втором месте – нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи – 18,8 %, на третьем – нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь – 9,7 %.

Количество принятых к оплате счетов составило 6105,0 тыс. или 97,5 % от количества предъявленных к оплате счетов.

По результатам МЭК СМО с медицинских организаций удержано денежных средств в сумме 123898,5 тыс. руб.

### *Результаты медико-экономической экспертизы*

За 2012 год по 2671 медико-экономическим экспертизам рассмотрено 86406 страховых случаев, в том числе в плановом порядке рассмотрено 98,9 % (2494 экспертизы по 85425 случаям), из них 29,8 % составили тематические медико-экономические экспертизы.

В 2012 году проведено 177 целевых медико-экономических экспертиз по 954 случаям.

Анализ полученных данных свидетельствует, что 52,6 % страховых случаев, рассмотренных в рамках целевых медико-экономических экспертиз, связаны с заболеванием с удлинённым или укороченным сроком лечения.

По результатам проведенных медико-экономических экспертиз выявлено 38156 нарушений, содержащихся в 32504 страховых случаях, что составило 44,2 % от всех рассмотренных при проведении медико-экономических экспертиз (2011 год – 42 %).

Структура основных нарушений, выявленных по результатам медико-экономических экспертиз, проведенных СМО в 2012 году, представлена на Диаграмме 7.



В структуре основных нарушений, выявленных при проведении медико-экономических экспертиз, лидируют дефекты, связанные с оформлением первичной медицинской документации (55,9 %) на втором месте – нарушения, связанные с оказанием медицинской помощи (25,4 %), на третьем – нарушения, связанные с оплатой счетов и реестров счетов (18,3 %).

Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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» (далее Порядок) определен объем проверок при плановой медико-экономической экспертизе от числа принятых к оплате реестров счетов по случаям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, составляющий не менее:

- 8% - стационарной медицинской помощи,
- 8% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре,
- 0,8% - амбулаторной помощи.

Фактический объем МЭЭ от числа принятых к оплате реестров счетов по случаям оказания медицинской помощи в разрезе СМО по отношению к нормативным показателям, определенным Порядком, представлен таблице 2.

Таблица 2

Наименование СМО	Амб. помощь	Стационарная помощь	Помощь в дневном стационаре
Нормативные показатели, определенные Порядком (не менее %)	<b>0,8%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>
ОАО «Медицинская страховая компания «Дальмедстрах»	1,2	8,9	8,2
филиал «Амурский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М»	0	0	0

Данные таблицы свидетельствуют, что удельный вес МЭЭ от числа принятых к оплате реестров счетов по случаям оказания медицинской помощи СМО соответствует нормативным показателям. В 2012 году проведение МЭЭ осуществляло только ОАО «МСК «Дальмедстрах».

По результатам МЭЭ с медицинских организаций удержано денежных средств в сумме 33267,8 тыс. руб. (2011 год - 10356,6 тыс. руб.).

#### *Результаты экспертизы качества медицинской помощи*

Работу по организации и проведению экспертизы качества медицинской помощи (далее ЭКМП) в 2012 году осуществляло только ОАО МСК «Дальмедстрах» (16 специалистов-экспертов) с привлечением 31 эксперта качества медицинской помощи, включенного в Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Амурской области.

В соответствии с Методическими указаниями о порядке ведения реестра экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом ОМС от 17.02.2011, приказом Федерального фонда ОМС от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении порядка ведения территориального реестра экспертов качества медицинской помощи Территориальным фондом обязательного медицинского страхования и размещения его на официальном сайте территориального фонда обязательного медицинского страхования в сети «Интернет», приказом Амурского областного фонда обязательного медицинского страхования от 01.03.2011 № 52 «О ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи по Амурской области», приказом Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области от 22.02.2012 № 62 «О ведении территориального реестра экспертов качества медицинской помощи по Амурской области» сформирован Территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по Амурской области, по состоянию на 01.01.2013 года включающий 72 эксперта качества медицинской помощи по 23 специальностям.

В 2012 году количество проведенных плановых и целевых ЭКМП составило 1906 (2011 год – 1320) по 25696 страховым случаям (2011 год – 40209), что ниже показателя предыдущего года в 1,6 раза.

Удельный вес плановых ЭКМП – 96,8 %, целевых – 3,2 %.

Тематические плановые ЭКМП составили 39,2 % от общего количества плановых ЭКМП, что в 2,9 раза больше по сравнению с 2011 годом.

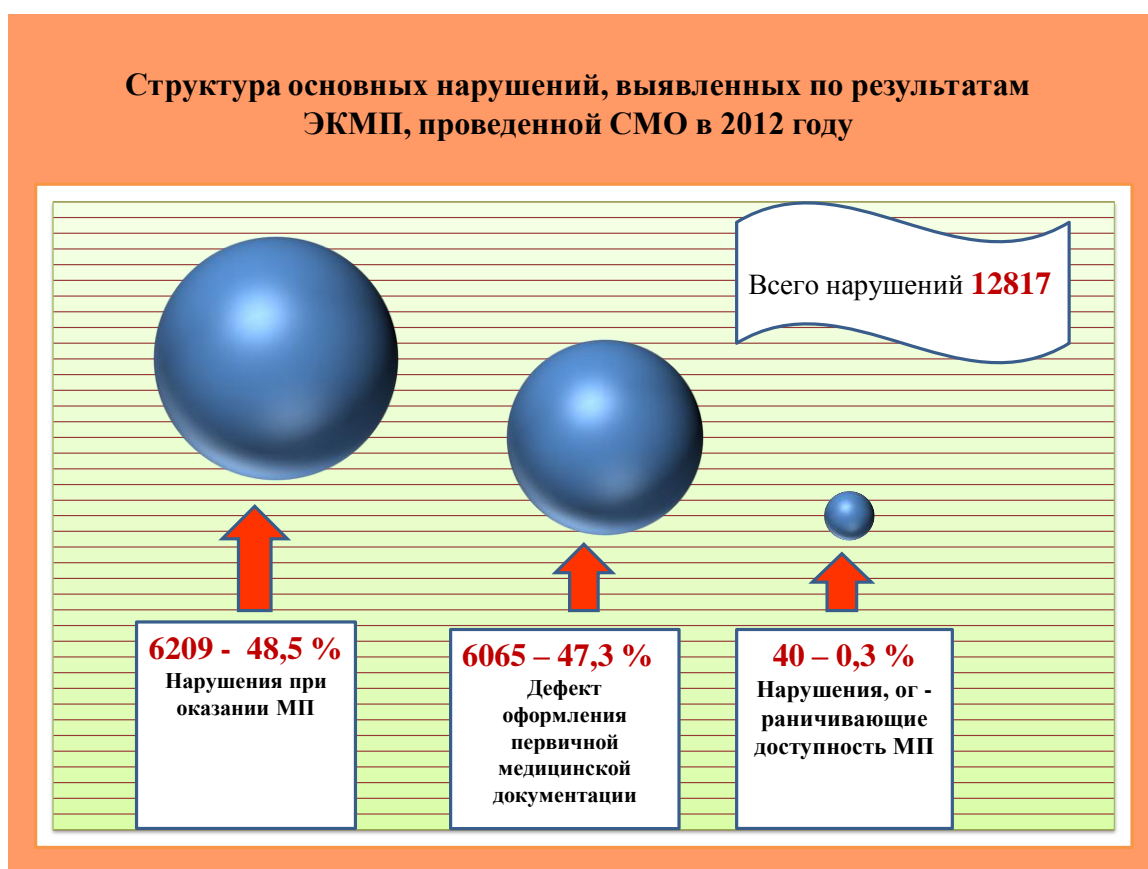
Среди проведенных целевых ЭКМП 77 % составили ЭКМП, проведенные по поводу заболевания с удлиненным или укороченным сроком лечения.

Целевые ЭКМП, связанные с получением жалоб от застрахованного лица или его представителя на некачественную медицинскую помощь, составили 18,2 % от общего числа целевых ЭКМП.

По результатам экспертизы качества медицинской помощи выявлено 12817 случаев нарушений оказания медицинской помощи, что составило от общего числа проведенных ЭКМП 49,9 % (2011 год – 14535 или 36,1%).

Структура основных нарушений, выявленных по результатам ЭКМП, проведенных СМО, представлена на Диаграмме 8.

Диаграмма 8



Порядком определен объем проверок при ЭКМП от числа законченных случаев лечения, составляющий не менее:

5% - стационарной медицинской помощи,

3% - медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре,

0,5% - амбулаторной помощи.

Фактический объем ЭКМП, проведенный СМО, от числа законченных случаев лечения по отношению к нормативным показателям, определенным Порядком, представлен в таблице 3.

Таблица 3

Наименование СМО	Амб. помощь	Стационарная помощь	Помощь в дневном стационаре
Нормативные показатели, определенные Порядком (не менее %)	<b>0,5%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>
ОАО «Медицинская страховая компания «Дальмедстрах»	0,2	5,9	5,0

Из данных таблицы следует, что удельный вес ЭКМП, проведенных СМО, от числа законченных случаев лечения превышает нормативные показатели, определенные Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по стационарной помощи и помощи, оказанной в дневном стационаре, и не достиг определенного норматива по амбулаторной помощи. Филиал «Амурский» ЗАО «Страховая группа «Спасские ворота-М» ЭКМП не проводил.

По результатам ЭКМП с медицинских организаций удержана сумма в размере 11102,1 тыс. руб. (2011 год - 14154,6 тыс. руб.).

*Результаты повторной медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи*

В соответствии с требованиями законодательства (Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказа ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС») специалисты фонда в 2012 году продолжили проведение МЭЭ и ЭКМП, по которым СМО первично осуществляли экспертизы. Такие проверки или реэкспертизы медицинской помощи проводились:

- для оценки обоснованности и достоверности экспертных заключений специалистов-экспертов СМО и экспертов качества медицинской помощи, привлеченных СМО;

- по претензиям медицинских организаций при разрешении спорных ситуаций между медицинской организацией и СМО;

За 2012 год специалистами-экспертами ТФОМС Амурской области и экспертами качества медицинской помощи в 63 медицинских организациях области проведены 260 (2011 год – 105) повторных медико-экономических экспертиз (реэкспертиз) по 12365 страховым случаям (2011 год – 9272) и 19 повторных ЭКМП по 545 страховым случаям

Количество случаев, подвергнутых реэкспертизе, составило 11,5 % от числа всех экспертных случаев за 2012 год, что превышает норматив проведения реэкспертиз, определенный Порядком. (Таблица 4)

Таблица 4

*Количество экспертных случаев, подвергнутых реэкспертизе в 2012 году*

	<i>Амбулаторная помощь</i>	<i>Стационарная медицинская помощь</i>	<i>Помощь в дневном стационаре</i>	<i>Всего</i>
<i>Количество реэкспертиз (экспертные случаи)</i>	<i>8765</i>	<i>3074</i>	<i>1071</i>	<i>12910</i>
<i>Количество МЭЭ, проведенных СМО (экспертные случаи)</i>	<i>67553</i>	<i>14659</i>	<i>4167</i>	<i>86379</i>
<i>Количество ЭКМП, проведенных СМО (экспертные случаи)</i>	<i>13105</i>	<i>10106</i>	<i>2485</i>	<i>25696</i>
<i>Количество случаев, подвергнутых реэкспер- тизе, от числа всех экспертиз (%)</i>	<i>10,9</i>	<i>12,4</i>	<i>16,1</i>	<i>11,5</i>

По результатам контроля экспертные заключения страховой медицинской организации и ТФОМС Амурской области в 98,8 % случаев совпали. Выявлено 154 случая нарушений проведения МЭЭ и ЭКМП, допущенных СМО. Из них по стационарной медицинской помощи выявлено 36 случаев нарушений, по медицинской помощи в дневном стационаре – 23 случая, по амбулаторной – 95 случаев.

Разногласия по предъявленным претензиям МО по результатам проверок СМО урегулированы и разрешены.

В плановом порядке проведено 99,97 % повторных МЭЭ и ЭКМП, по претензиям медицинских организаций – 0,03 %.

В структуре выявленных нарушений при повторной МЭЭ:

на первом месте – дефекты оформления первичной медицинской документации – 72,7 %;

на втором – нарушения при оказании медицинской помощи - 22,7 %;

на третьем – прочие – 4,6 %.

В структуре выявленных нарушений при повторной ЭКМП:

на первом месте – нарушения при оказании медицинской помощи - 88,5 %;

на втором – дефекты оформления первичной медицинской документации – 11,5 %.

Анализ структуры нарушений, выявленных при проведении повторных экспертиз качества медицинской помощи соответствует результатам ЭКМП, проведенной впервые, а также демонстрирует преобладание нарушений при оказании медицинской помощи в структуре выявленных нарушений.

*Результаты медико-экономического контроля при межтерриториальных расчетах*

Территориальным фондом ОМС Амурской области за 2012 год при проведении медико-экономического контроля при межтерриториальных расчетах 291,4 тыс. счетов, предъявленных к оплате за оказанную медицинскую помощь по базовой программе ОМС, выявлено 10690 счетов (3,7 %), содержащих нарушения (2011 год – 6,6 %), из которых на первом месте, как и в 2011 году, нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов – 81,0 %, на втором – нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь – 13,1 %, на третьем – нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи – 3,0 %.

По результатам МЭК при межтерриториальных расчетах с медицинских организаций удержано денежных средств в сумме 10236,1 тыс. руб. (2011 год - 29269,1 тыс. руб.).

*Результаты медико-экономической экспертизы при межтерриториальных  
взаиморасчетах*

В 2012 году при осуществлении межтерриториальных расчетов проведено 214 медико-экономических экспертиз, по которым рассмотрено 380 страховых случаев, из которых в 10,5 % случаев выявлены нарушения (40 случаев). Среди выявленных нарушений:

на первом месте – нарушения, связанные с дефектами оформления первичной медицинской документации – 50 %;

на втором – нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов – 37,5 %,

на третьем – нарушения при оказании медицинской помощи – 12,5 %.

По результатам МЭЭ с медицинских организаций удержано денежных средств на сумму 442,8 тыс. руб. (141,4 тыс. руб.).

*Финансовые результаты контроля объемов, сроков, качества и условий  
предоставления медицинской помощи по ОМС*

По результатам нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС сумма, не подлежащая к оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения в 2012 году составила 168711,1 тыс. руб. (меньше на 12766,6 тыс. руб. по сравнению с 2011 годом), при этом в результате оплаты штрафов медицинскими организациями – 7092,8 тыс. руб.

Использовано на организацию и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС 769,1 тыс. руб., что составило 0,5% от суммы, полученной в результате санкций, примененных к медицинским организациям. В том числе 723,6 тыс. руб. или 94,1 % были израсходованы на оплату труда экспертов качества медицинской помощи и 45,5 тыс. руб. на обучение экспертов качества медицинской помощи.



*Результаты проведенного анализа деятельности ТФОМС Амурской области и СМО по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Амурской области за 2012 год*

1. Увеличение количества обращений застрахованных по ОМС граждан, поступивших в ТФОМС Амурской области и СМО, по сравнению с 2011 годом в 1,7 раз за счет увеличения количества заявлений о выборе и замене СМО.

2. Уменьшение абсолютного количества жалоб по сравнению с 2011 годом в 4,5 раза, снижение их удельного веса в общей структуре обращений с 1,6 % до 0,2 %.

3. Снижение показателя обращаемости с обоснованными жалобами на 100000 застрахованных с 41 в 2011 году до 17,4.

4. Преобладание обоснованных обращений, связанных с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, в структуре всех обоснованных обращений - 78,3 %.

5. Увеличение удельного веса респондентов, удовлетворенных качеством медицинской помощи до 57,9 % по сравнению с 2011 годом (52,7 %) по результатам проведенного социологического опроса.

6. Соответствие удельного веса медико-экономических экспертиз, проведенных СМО, от числа принятых к оплате реестров счетов по всем видам оказания медицинской помощи нормативным показателям, определенным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

7. Снижение в 1,6 раза количества экспертиз качества медицинской помощи, проведенных СМО.

8. Увеличение удельного веса выявленных нарушений по результатам ЭКМП с 36,1 % в 2011 году до 49,9 %.

9. Превышение нормативных показателей, определенных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, удельного веса ЭКМП, проведенных СМО, от числа законченных случаев лечения по стационарной помощи и помощи, оказанной в дневном стационаре; и недостижение определенного норматива по медицинской помощи, оказанной амбулаторно.

10. Превышение ТФОМС Амурской области норматива объема проведенных реэкспертиз (11,5 %) от числа всех экспертиз, проведенных СМО, определенного Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

11. Уменьшение на 12766,6 тыс. руб. по сравнению с 2011 годом суммы, не подлежащей к оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) медицинским организациям в результате предъявления санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

Главный специалист  
отдела контроля качества  
медицинской помощи и  
защиты прав граждан  
Л.В. Радионова