

**Доклад директора ЧОФОМС М.Г. Вербитского**  
**Итоги работы Челябинского областного фонда медицинского**  
**страхования в 2012 году и задачи на 2013 год**

В 2012 году деятельность Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования была направлена на решение следующих основных задач:

- исполнение доходной части бюджета Фонда;
- стабильное финансирование Территориальной программы ОМС с целью создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи;
- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе ОМС;
- финансирование областной целевой программы модернизации здравоохранения Челябинской области, национального проекта «Здоровье», единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

Доходы Фонда в 2012 году составили 22,9 млрд. рублей, или 99,9% годовых бюджетных назначений, расходы – 22,6 млрд. рублей, или 90,2% годовых бюджетных назначений.

Доходы Фонда были сформированы за счёт:

1. Налоговых и неналоговых поступлений, которые составили 0,3 млрд. рублей.
2. Межбюджетных трансфертов из областного бюджета, перечисленных бюджету Фонда в размере 3,0 млрд. рублей. По сравнению с аналогичным периодом прошлого года сумма увеличилась на 2,6 млрд. рублей за счет направления средств из областного бюджета на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в части базовой программы ОМС.
3. Межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда ОМС, которые поступили в размере 19,6 млрд. рублей, в том числе:

- субвенции на выполнение переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий в сфере ОМС 13,6 млрд. рублей, из них 6,9 млрд. рублей страховые взносы на ОМС неработающего населения;

- средства на реализацию национального проекта «Здоровье» в сфере здравоохранения поступили в размере 136,6 млн. рублей;

- на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам – 132,1 млн. рублей;

- субсидии на финансирование региональной программы модернизации здравоохранения в отчетном периоде поступили в сумме 5,7 млрд. рублей, что выше прошлого года на 0,9 млрд. рублей, в том числе:

- в части укрепления материально-технической базы медицинских учреждений – 2,9 млрд. рублей;

- в части внедрения стандартов медицинской помощи – 2,6 млрд. рублей;

- в части внедрения современных информационных систем в здравоохранение – 243,6 млн. рублей.

Расходная часть бюджета Фонда за 2012 год исполнена в сумме 22,6 млрд. рублей, что выше уровня прошлого года на 4,6 млрд. рублей, или 25,5%.

Средства были направлены:

- на финансирование Территориальной программы ОМС в сумме 15,9 млрд. рублей, что выше уровня 2011 года на 21,9%. Планируемый на 2012 год дефицит территориальной программы в 3,6 млрд. рублей сокращен до 1,4 млрд. рублей за счет поступления дополнительных средств из областного бюджета и бюджета Федерального фонда ОМС;

- на реализацию национального проекта «Здоровье» в сумме 585,7 млн. рублей, на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам - 132,1 млн. рублей, всего - 717,9 млн. рублей;

- на модернизацию региональной программы здравоохранения - 5,9 млрд. рублей, что на 1,6 млрд. рублей выше показателей за 2011 год.

В 2012 году свою деятельность в сфере ОМС в рамках реализации территориальной программы осуществляли (по состоянию на конец года) 194 медицинских организации. Из них 136 муниципальных учреждений, 17 государственных, 11 учреждений здравоохранения федерального подчинения, 30 - прочие медицинские организации.

В 2012 году на страховом поле работало 6 страховых медицинских организаций.

В общем объеме финансирования территориальной программы ОМС доля страховой медицинской организации «Альфа-Страхование-МС» по сравнению с 2011 годом уменьшилась и составила 56,2%, доля страховой медицинской организации «Астра-Металл» увеличилась и составила 32,0%, доля «Ингосстрах-М» составила 6,3%, доля «РЕСО-Мед» составила 3,6%, доля «СОГАЗ-Мед» составила 0,8%, доля «АСК-Мед» составила 1,1%.

Фактическая структура расходов по видам медицинской помощи в 2012 году составила: по стационарной помощи – 61,5%, что превышает плановый показатель на 5,7%, это объясняется увеличением стоимости одного пролеченного больного в рамках наполнения стандарта за счет средств бюджета ЧОФОМС; по амбулаторно-поликлинической помощи – 32,0%, что меньше планового показателя на 6,4%; по дневным стационарам всех типов – 6,5%, что превышает плановый показатель на 0,7%.

Фактические объемные показатели в расчете на 1-го жителя по стационарной помощи превышают показатели, утвержденные территориальной программой ОМС, и установленные Федеральные нормативы, при этом по амбулаторной и стационарозамещающей помощи данные показатели ниже установленных нормативов.

Объемы медицинской помощи, оказываемые населению в рамках территориальной программы ОМС, должны быть сбалансированы, для этого

необходимо перевести наиболее дорогостоящий вид помощи – стационарный – на амбулаторный этап.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС в части оплаты медицинских услуг в целом в расчете на 1-го жителя за 2012 год составил 4 577,48 рублей, или 123,0% к соответствующему показателю прошлого года.

Финансирование Программы модернизации за счет средств субсидий ФФОМС в 2011-2012 годах составило 3 753,8 млн. рублей, в том числе на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи 1 327,8 млн. рублей, на внедрение стандартов оказания медицинской помощи 2 382,9 млн. рублей, на диспансеризацию 14 летних подростков – 43,1 млн. рублей.

Возврат неиспользованных средств субсидий ФФОМС составит 235,77 млн. руб.

Финансирование Программы модернизации за счет средств бюджета ЧОФОМС в 2011-2012 годах составило 3 217,6 млн. рублей, в том числе на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи 222,8 млн. рублей, на внедрение стандартов оказания медицинской помощи 2 994,8 млн. рублей.

В структуре кассовых расходов медицинских организаций увеличился объем средств ОМС, направленных на компенсацию расходов, связанных с оплатой труда работников. Рост составил 101,5%. Общая сумма увеличения средств, направленных на оплату труда – 147,6 млн. рублей. Средняя заработная плата работников медицинских организаций увеличилась на 9,5 % - с 12 325 руб. до 13 498 руб., в том числе врачей – на 10,4 % (с 21 620 руб. до 23 871 руб.).

Кассовые расходы медицинских организаций на приобретение медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения увеличились на 7,8 млн.рублей. Их доля в общей структуре расходов составила 17,1%.

В 2012 году в сфере ОМС на территории Челябинской области осуществляли свою деятельность **6** страховых медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление ОМС и заключивших договоры о финансовом обеспечении с ЧОФОМС.

Увеличилась численность граждан, застрахованных по ОМС в Челябинской области, составила на первое января 2013 г. **3 513 466** человек. Распределение общей численности между страховыми компаниями в процентном соотношении представлено на слайде.

По данным регистра застрахованного населения Челябинской области на 1 января 2013 года **1** млн. **403** тысячи человек получили полисы ОМС единого образца, что составляет 40 % от общей численности всего застрахованного населения области.

Продолжается работа по реализации прав иностранных граждан на обязательное медицинское страхование на территории Российской Федерации.

На 1 января 2013 года **5 680** иностранных граждан постоянно или временно проживающих в Российской Федерации, лиц без гражданства, а также лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» получили полис ОМС.

На основании ходатайств от учреждений социальной помощи Челябинской области, с целью обеспечения законных прав на обязательное медицинское страхование и бесплатную медицинскую помощь лиц без определенного места жительства были обеспечены полисами ОМС - **102** человека.

На начало 2012 года деятельность в сфере ОМС Челябинской области осуществляли 199 медицинские организации, в том числе 22 - частной формы собственности, в течение года было реорганизовано 6 медицинских организаций путем присоединения.

На 1 января 2013 года в сферу ОМС области вошли подразделения скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерские пункты.

Национальный проект «Здоровье», который успешно завершён в 2012 году.

На дополнительные выплаты первичному звену израсходовано 450 млн. руб. Дополнительная диспансеризация работающих граждан выполнена в полном объеме, потрачены федеральные финансовые средства в размере 114 млн. руб. Диспансеризация детей-сирот выполнена на 90% от запланированного объема, финансирование составило 23 млн. руб.

Напоминаю, что в 2013 году средства на эти цели запланированы в бюджете Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования.

По результатам диспансеризации 14-летних подростков, проведенной в рамках Областной целевой Программы модернизации здравоохранения Челябинской области, осмотрено более 30 015 человек, что составило 97% от запланированного. Выплачено 23,7 млн. рублей федеральных средств.

Проверки использования средств, направленных на повышение доступности амбулаторной медицинской помощи в 2012 году (выплаты узким специалистам) выявили нарушения использования федеральных средств в 14 медицинских организациях. 782 тыс. руб. федеральных средств медицинскими организациями возвращены.

Проверки в рамках задачи «внедрения стандартов оказания медицинской помощи» проведены во всех медицинских организациях, участвующих в реализации программы модернизации. Сумма недоплат составила 24,8 миллиона рублей. Экспертиза качества медицинской помощи выявила невыполнение стандарта медицинской помощи даже в тех медицинских организациях, где была возможность выполнить необходимые исследования.

Кредиторская задолженность за медикаменты, приобретенные за счет средств ОМС. На 01.01.2012 сумма кредиторской задолженности по 177 медицинским организациям составляла 449,57 млн. руб. В течение 2012 года

произошло снижение кредиторской задолженности и по состоянию на 01.01.2013 по 173 медицинским организациям она составила 167,05 млн. руб.

По результатам экспертного контроля за 2012 год выявлено нарушений на сумму 145,6 млн. руб. Из них медико-экономическая экспертиза выявила нарушений на 87,8 млн. рублей, а нарушений, связанных с некачественным оказанием медицинской помощи, — на сумму 57,8 млн. рублей.

Анализ выявленных причин показал, что первое место (42%) занимают медико-экономические нарушения, связанные с завышением стоимости лечения; второе место (32%) дефекты обследования, лечения, преемственности в оказании медицинской помощи. 26% приходится на прочие нарушения. Возникает закономерный вопрос, почему пациентам может оказываться некачественная медицинская помощь? При этом некоторые главные врачи оспаривают правомерность применения финансовых санкций и штрафов.

Какие же профили дают наибольший процент нарушений? Чаще дефекты качества медицинской помощи допускаются врачами амбулаторного звена: общеврачебной практики - 44%, стоматологами - 41%, терапевтами - 32%. При оказании стационарной помощи - урологами - 34%.

Наибольший процент дефектов выявлен при оказании медицинской помощи в Агаповской, Карталинской, Чесменской, Кунашакской, Саткинской центральных районных больницах, в 2-3 раза превышающий среднеобластной уровень дефектов.

Количество обращений граждан в Челябинский областной фонд ОМС и страховые медицинские организации в 2012 году в сравнении с предыдущим годом увеличилось в 1,8 раза и составило 1 миллион 13 с половиной тысяч обращений, что связано в значительной степени с вопросами получения и замены полисов обязательного медицинского страхования. Основными причинами 521 жалоб граждан, поступивших в страховые медицинские организации и ЧОФОМС, являются в первую очередь проблемы связанные с неудовлетворительной организацией работы медицинских организаций.

В 2012 году обоснованными признаны **251** жалоба или 48% от их общего количества (2011 г. – 198 или 39% от общего количества жалоб).

Основными причинами обоснованных жалоб явились:

- ненадлежащее качество медицинской помощи – **39%**

(2011г. - 30,6%);

- организация работы медицинских организаций – **24%**

(2011г. - 15,1%);

- отказ в медицинской помощи по программе ОМС – **9,9%**

(2011 г. -14,6%)

- взимание денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС – **6,6%** (2011г. – 18,3%).

Таким образом, выявлена тенденция увеличения жалоб на качество медицинской помощи и организацию работы медицинских организаций. Это ли планировалось достигнуть при реализации программы модернизации здравоохранения области?

В адрес страховых медицинских организаций и Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования участились случаи обращений граждан, как письменных, так и устных по телефону «горячей линии», с жалобами на неудовлетворительную организацию медицинской помощи, предоставляемую по полису обязательного медицинского страхования. В своих обращениях граждане жалуются на невозможность получить некоторые лабораторные и диагностические исследования бесплатно по полису ОМС и, в связи с этим, на **пассивное навязывание им платных медицинских услуг** в ряде медицинских организаций Челябинского городского округа и районов области. Эти организационные проблемы связаны, в первую очередь, с отсутствием утвержденных органами управления здравоохранения порядков оптимального распределения потоков больных по лечебным учреждениям

**(маршрутизации)** для получения соответствующих видов бесплатной медицинской помощи и исключения необходимости оплачивать больным эти виды помощи за счет личных средств. Утверждение маршрутизации пациентов на подведомственных территориях, является прерогативой и прямой обязанностью Министерства здравоохранения и Управлений здравоохранением территориальных муниципальных образований.

Основными задачами Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год являются:

1. Сохранение финансовой стабильности системы обязательного страхования Челябинской области в соответствии с 326-Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Дальнейшее совершенствование способов оплаты медицинской помощи: по подушевому нормативу финансирования амбулаторной помощи, скорой помощи, переход на оплату стационарной медицинской помощи – законченный случай лечения по клинико-статистическим группам.
3. Координация деятельности с Министерством здравоохранения Челябинской области, направленная на обеспечение доступности и качества медицинской помощи.
4. Осуществление экспертной деятельности, направленной на соблюдение медицинскими организациями объемов медицинской помощи и финансирования в рамках утвержденных муниципальных заданий на 2013 год, повышение качества медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, контроль соблюдения показаний для госпитализации.