

ОТЧЕТ
о работе Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
в 2014 году

31 марта 2015 года

В 2014 году Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) осуществлял свою деятельность в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Деятельность МГФОМС определялась стратегией развития системы обязательного медицинского страхования, направленной на повышение эффективности системы организации медицинской помощи, улучшения качества и обеспечения доступности медицинской помощи населению города Москвы, сформулированной в постановление Правительства Москвы от 4 октября 2011 года № 461-ПП «Об утверждении Государственной программы города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение) на 2012 – 2020 годы».

Финансовые средства Московской городской системы обязательного медицинского страхования в 2014 году формировались за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, межбюджетных трансфертов из бюджета города Москвы на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования, межбюджетных трансфертов из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации на оплату медицинской помощи, оказанной в городе Москве застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, прочих поступлений, подлежащих зачислению в МГФОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Показатели бюджета МГФОМС на 2014 год были утверждены Законом города Москвы от 2 октября 2013 года № 51 «О бюджете Московского

городского фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Доходы бюджета МГФОМС за 2014 год были исполнены в объеме 154 079 178,3 тыс. рублей.

Межбюджетные трансферты, переданные из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выполнение переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования исполнены на сумму 123 377 405,8 тыс. рублей, бюджета города Москвы на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы обязательного медицинского страхования исполнены на сумму 22 600 000,0 тыс. рублей, бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования других субъектов Российской Федерации на оплату медицинской помощи, оказанной в городе Москве застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации исполнены на сумму 7 968 460,4 тыс. рублей.

Прочие поступления, подлежащих зачислению в соответствии с законодательством Российской Федерации в объеме 133 312,1 тыс. рублей.

Фактические расходы МГФОМС за 2014 год на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования составили 155 402 856,5 тыс. рублей, из них:

на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования в объеме 125 461 507,7 тыс. рублей, в том числе межбюджетные трансферты бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации гражданам, застрахованным в городе Москве по обязательному медицинскому страхованию на сумму

5 035 217,9 тыс. рублей и выполнение управленческих функций на сумму 1 194 159,4 тыс. рублей;

на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на сумму 21 092 958,9 тыс. рублей;

на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования за счет иных источников в объеме 8 848 389,9 тыс. рублей, из них расходы:

на оплату медицинской помощи, оказанной в городе Москве застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации на сумму 8 094 056,2 тыс. рублей,

на закупку товаров, работ и услуг для государственных (муниципальных) нужд на общую сумму 754 333,7 тыс. рублей, в том числе:

в целях развития общегородской среды электронного взаимодействия субъектов обязательного медицинского страхования и системы здравоохранения города Москвы, организационно-технического обеспечения процессов персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, МГФОМС обеспечил:

- ввод в действие в 110 медицинских организациях, осуществляющих свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования города Москвы, сертифицированных аппаратно-программных комплексов медицинских организаций (далее - АПК МО) для ведения персонафицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи на сумму 11 879,9 тыс. рублей;

- ввод в действие в 33 медицинских организациях, вошедших с 1 января 2014 года в систему обязательного медицинского страхования города Москвы, сертифицированных АПК МО, и подключение их к корпоративной сети, на сумму 18 921,4 тыс. рублей;

- ввод в действие в 67 медицинских организациях, вошедших с 1 января 2014 года в систему обязательного медицинского страхования города Москвы, прикладного программного обеспечения, реализующего функции по ведению медицинской организацией персонифицированного учета, на сумму 3 100,6 тыс. рублей.

В целях реализации возросших требований по информационно-технологической поддержке процессов прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи застрахованным лицам, контроля за соблюдением государственных гарантий по объему и качеству ее предоставления, МГФОМС провел работы по развитию прикладного программного обеспечения и затратил на эти работы средства в сумме 209 628,9 тыс. рублей.

Для дальнейшего развития средств защиты информации были затрачены средства на закупку аппаратно-программных средств, лицензий и сертификатов технической поддержки, проектирование и апробацию защищенного информационного взаимодействия с использованием открытой среды передачи данных в сумме 108 931,5 тыс. рублей.

В целях обеспечения бесперебойного функционирования каналов передачи данных корпоративной сети, аппаратно-программных и телекоммуникационных средств, а также средств защиты информации МГФОМС израсходовал на организационно-техническое обеспечение ее эксплуатации сумму в размере 380 133,0 тыс. рублей.

Затраты на информационно-разъяснительные мероприятия для населения города Москвы о порядке реализации прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования граждан составили 20 943,9 тыс. рублей, на закупку бланков временных свидетельств - 794,5 тыс. рублей.

В качестве источника внутреннего финансирования дефицита бюджета МГФОМС использованы остатки денежных средств на счетах по учету средств бюджета в объеме 1 323 678,2 тыс. рублей.

В соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования в 2014 году выполнены обязательства МГФОМС перед страховыми медицинскими организациями за оказанную в 2013 году медицинскими организациями медицинскую помощь в объеме 2 382 992,8 тыс. рублей.

В соответствии с пунктом 6 статьи 26 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в составе бюджета МГФОМС был сформирован нормированный страховой запас. Средства нормированного страхового запаса использовались в соответствии с порядком использования средств, установленным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 227 «О Порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

В процессе исполнения бюджета Московским городским фондом обязательного медицинского страхования всего сформировано средств нормированного страхового запаса в объеме 18 138 211,6 тыс. рублей, в том числе территориальными фондами обязательного медицинского страхования в течение 2014 года компенсировано средств за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями города Москвы лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в размере 7 968 460,4 тыс. рублей.

Средства нормированного страхового запаса использовались:

на финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в виде дополнительного финансирования страховых медицинских организаций в размере 3 704 062,2 тыс. рублей;

на расчеты за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации гражданам,

застрахованным в городе Москве по обязательному медицинскому страхованию в объеме 5 035 217,9 тыс. рублей;

на стимулирование медицинских организаций в размере 1 064 806,7 тыс. рублей;

на расчеты за оказанную помощь медицинскими организациями города Москвы лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации в объеме 8 094 056,2 тыс. рублей.

Остаток средств нормированного страхового запаса в сумме 240 068,5 тыс. рублей по состоянию на 31 декабря 2014 года расформирован.

I. Финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в городе Москве

Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования в городе Москве в 2014 году осуществлялась в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 24 декабря 2013 г. № 892-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (далее – территориальная программа).

Формирование и выполнение территориальной программы осуществлялось в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 (далее – Программа).

Средний подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой на 2014 год составляет 11 963,37 руб., в том числе за счет субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 9 886,75 рублей.

Установленные территориальной программой средние подушевые нормативы финансирования определены исходя из средних нормативов объема

медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по условиям оказания медицинской помощи с учетом влияния коэффициента дифференциации для города Москвы – 1,42.

В 2014 году обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществлялось в виде межбюджетных трансфертов из бюджета города Москвы в бюджет Московского городского фонда обязательного медицинского страхования.

На оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы в 2014 году предусмотрено 146 472,1 млн. руб. (без учета затрат на АУП в сфере ОМС). Стоимость медицинской помощи, оказанной в 2014 году в рамках территориальной программы, всем категориям пациентов составила 141 129,44 млн. руб. (по данным статистической формы № 14-МЕД), что на 16,2 % превышает аналогичные расходы на оказание медицинской помощи в 2013 году.

Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению по условиям ее оказания в рамках территориальной программы в 2014 году, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и их фактическая реализация в рамках территориальной программы города Москвы в 2014 году

(по данным статистической формы № 14-МЕД, включая иногородних пациентов)

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Объем медицинской помощи, оказанной за счет средств обязательного медицинского страхования по базовой программе ОМС (на 1 застрахованное лицо в год)			
		Норматив по ППГ РФ (ПП РФ от 18.10.2013 № 932)	Норматив по ТППГ г. Москвы (ПП Москвы от 24.12.2013 № 892-ПП)	Факт	Исполнение территориальной программы (%)
Скорая медицинская помощь	вызов	0,318	0,318	0,320	100,6
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещение с проф. целью	2,27	2,577	2,985	115,8
	обращение	1,92	3,623	2,760	76,2

	посещение по неотложной мед. помощи	0,46	0,46	0,084	18,3
Медицинская помощь в стационарных условиях	случаев госпитализации	0,176	0,176	0,138	78,4
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-день	0,55	0,55	0,184	33,5

Стоимость медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы медицинскими организациями в 2014 году, представлена в таблице 2.

Таблица 2

**Стоимость медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы медицинскими организациями в 2014 году
(по данным статистической формы № 14-МЕД, включая иногородних пациентов)**

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость территориальной программы (млн. руб.)		Исполнение территориальной программы (%)
		Утверждено на 2014 г. (ПП Москвы от 24.12.2013 № 892-ПП)	Факт	
Скорая медицинская помощь	вызов	20 600,00	19 720,78	95,7
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	посещение с проф. целью	10 239,28	13 626,03	133,1
	обращение	43 515,44	47 826,78	109,9
	посещение по неотложной мед. помощи	6 106,89	1 124,15	18,4
Медицинская помощь в стационарных условиях, всего	случаев госпитализации	57 582,81	56 926,31	98,9
в том числе реабилитация	койко-дни	484,36	191,00	39,4
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	пациенто-день	8 427,68	1 905,39	22,6
Итого		146 472,10	141 129,44	96,4

1. Характеристика медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы

В реализации территориальной программы (с учетом проведенной реорганизации медицинских организаций) по состоянию на 31.12.2014 года приняли участие 372 медицинские организации (в 2013 году – 344).

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (больницы), составили 31,7 % (118 медицинских

организаций) общего количества медицинских организаций; медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (поликлиники), – 66,4 % (247 медицинских организаций); медицинские организации скорой медицинской помощи – 1,1 % (4 медицинских организации: ГБУ г. Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» ДЗМ, ООО «Доктор 03», ООО «Медицинская служба Хотлайн», ООО «Скорая помощь НОБФ «Альянс»); медицинские организации охраны материнства и детства – 0,8 % (3 медицинских организации: ГБУЗ г. Москвы «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ», ГБУЗ г. Москвы «Центр планирования семьи и репродукции № 2 ДЗМ», ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ) (рисунок 1).

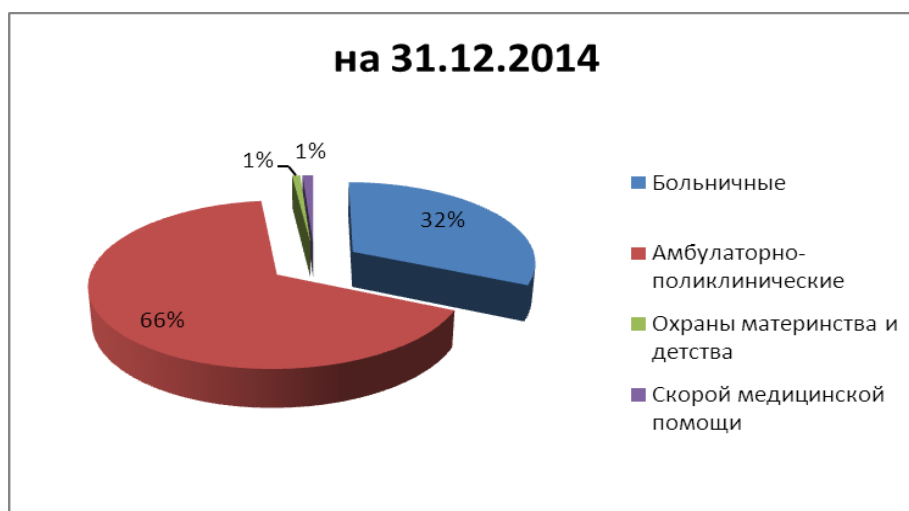


Рисунок 1 Структура медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы в 2014 году, по видам

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации территориальной программы, преобладали медицинские организации, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы (207), которые составили 55,6 % общего количества медицинских организаций, ведомственные медицинские организации (в том числе подведомственные федеральным органам исполнительной власти) – 88 (23,7 %) и медицинские организации негосударственных форм собственности – 77 (20,7 %) (рисунок 2).

В 2014 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы с 64,5 % до 55,6 %, и увеличение удельного веса ведомственных медицинских организаций (в том числе подведомственных федеральным органам исполнительной власти) и медицинских организаций негосударственных форм собственности – с 35,5 % до 44,4 %.

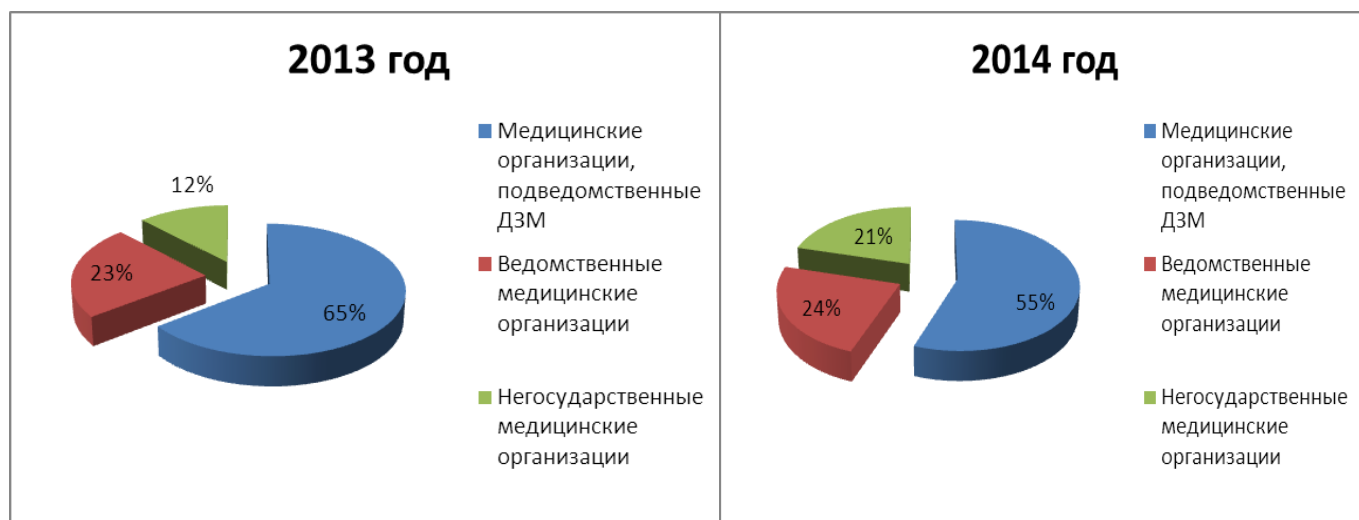


Рисунок 2 Структура медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы в 2013 и 2014 гг. с учетом организационно-правовых форм и форм собственности

Расходы на оказание медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, составили 130 941,8 млн. руб. (92,8 %), в ведомственных медицинских организациях (в том числе подведомственных федеральным органам исполнительной власти) – 8 738,0 млн. руб. (6,2 %), в медицинских организаций негосударственных форм собственности – 1 449,6 млн. рублей. (1%).

2. Анализ реализации территориальной программы по видам и условиям оказания медицинской помощи

В 2014 году первичная медико-санитарная помощь предоставлялась в амбулаторных условиях, а также в условиях дневных стационаров.

Специализированная медицинская помощь предоставлялась в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров.

Объем скорой медицинской помощи сократился с 0,343 вызовов на 1 застрахованное лицо в 2013 году до 0,320 вызовов в 2014 году, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве, – с 0,293 вызовов в 2013 году до 0,275 вызовов в 2014 году.

С 2013 года в территориальной программе впервые установлены нормативы объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (количество посещений с профилактической целью в расчете на 1 застрахованное лицо) и в связи с заболеваниями (количество обращений в связи с заболеваниями в расчете на 1 застрахованное лицо).

Объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях, установленные территориальной программой, превышают средние нормативы, установленные Программой, как по количеству посещений с профилактической и иными целями, так и по количеству обращений в связи с заболеваниями.

Фактический объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной с профилактической целью и иными целями, увеличился с 2,795 посещений на 1 застрахованное лицо в 2013 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 2,705) до 2,985 посещений на 1 застрахованное лицо в 2014 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 2,866), что на 15,8 % выше соответствующего среднего норматива, установленного территориальной программой.

Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по поводу заболевания, сократился с 3,989 обращений по поводу заболевания на 1 застрахованное лицо в 2013 году (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 3,899) до 2,760 обращений на 1 застрахованное лицо в 2014 году (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 2,572), что на 23,8 % ниже соответствующего среднего норматива, установленного территориальной программой.

Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, увеличился с 0,076 посещений на 1 застрахованное лицо в

2013 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,075) до 0,084 посещений на 1 застрахованное лицо в 2014 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,083), что на 81,7 % ниже соответствующего среднего норматива, установленного территориальной программой.

Объем медицинской помощи в стационарных условиях, оказанной по территориальной программе, увеличился с 0,122 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в 2013 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,110) до 0,138 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в 2014 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,120), что на 19,8 % ниже соответствующего среднего норматива, установленного территориальной программой. Вместе с тем, сократилось число койко-дней на 1 застрахованное лицо с 1,287 койко-дней в 2013 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1,144) до 1,253 койко-дней в 2014 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1,064). Увеличение числа случаев госпитализации в 2014 году на 13,1 % по сравнению с 2013 годом связано с включением в территориальную программу ОМС видов ВМП (0,0034 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо в 2014 году) и вступлением в систему ОМС города Москвы учреждений родовспоможения (0,007 случаев госпитализации на 1 застрахованное лицо в 2014 году).

Объем медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, увеличился с 0,135 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо в 2013 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,132) до 0,184 пациенто-дня на 1 жителя в 2014 году (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 0,179). Вместе с тем, фактический объем медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, ниже среднего норматива, установленного территориальной программой (0,55).

Показатели финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в 2014 году представлены в таблице 3.

**Финансовое обеспечение территориальной программы в городе Москве
в 2014 году по условиям оказания медицинской помощи
(рублей в расчете на единицу объема медицинской помощи;
по данным статистической формы № 14-МЕД)**

Виды и условия оказания медицинской помощи, единица объема медицинской помощи	Норматив по ПГГ РФ (ПП РФ от 18.10.2013 № 932)	Норматив по ПГГ РФ (ПП РФ от 18.10.2013 № 932) с учетом коэф. диффер. 1,42	Норматив по ТППГ г. Москвы (ПП Москвы от 24.12.2013 № 892-ПП)	Факт	Исполнение (%)
Скорая медицинская помощь, вызов	1 507,40	2 140,51	5 191,08	4 934,92	95,1
Медицинская помощь в амбулаторных условиях: посещение с профилактической целью	318,40	452,13	318,40	365,79	114,9
обращение	932,80	1 324,58	962,48	1 388,78	144,3
посещение по неотложной медицинской помощи	407,60	578,79	1 063,85	1 066,20	100,2
Медицинская помощь в стационарных условиях, случай госпитализации	19 186,20	27 244,40	26 217,91	33 047,24	126,0
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, пациенто-день	1 227,90	1 743,62	1 227,90	827,58	67,4

В части медицинской помощи, оказанной по территориальной программе, отмечено превышение приведенных показателей стоимости 1 посещения с профилактической целью, 1 обращения в связи с заболеваниями, 1 посещения по неотложной медицинской помощи и 1 случая госпитализации в стационарных условиях по сравнению с соответствующими средними нормативами, установленными территориальной программой. Вместе с тем, приведенный показатель стоимости 1 пациенто-дня в дневных стационарах ниже среднего норматива, установленного территориальной программой. Фактическая средняя стоимость 1 вызова скорой медицинской помощи ниже установленного территориальной программой норматива, но превышает средний норматив, установленный Программой (на 216%).

В 2014 году число вызовов скорой медицинской помощи составило 3 996 167, в том числе к лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 3 429 755. Всего на оказание скорой медицинской помощи в 2014 году по территориальной программе израсходовано 19 720,8 млн. руб. Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи составила 4 934,92 рублей.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы, выполнено 37 250 863 посещений с профилактической целью и иными целями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 35 764 455) на сумму 13 626,0 млн. руб., 1 054 343 посещений по оказанию медицинской помощи в неотложной форме (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 036 995) на сумму 1 124,1 млн. руб. и 34 437 976 обращений в связи с заболеваниями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 33 346 549) на сумму 47 826,8 млн. рублей.

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью – 365,79 руб., 1 обращения в связи с заболеваниями – 1 388,78 рублей.

В 2014 году объем посещений по неотложной медицинской помощи составил 0,084 посещения на 1 застрахованное лицо (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 036 995), что на 81,7 % ниже среднего норматива, установленного территориальной программой (0,46). Средняя стоимость 1 посещения по неотложной медицинской помощи – 1 066,20 рублей.

В 2014 году в стационарах пациентами проведено 15 637 893 койко-дня (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 13 279 145), что на 2,7 % меньше по сравнению с предыдущим годом (16 063 840 койко-дней, в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 14 280 353). Средняя длительность лечения 1 пациента в стационарных условиях в 2014 году сократилась по сравнению с 2013 годом с 10,5 до 9,1 дня (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве с 10,4 до 8,9 дней).

На оказание медицинской помощи в стационарных условиях в 2014 году израсходовано 56 926,3 млн. руб., стоимость 1 случая госпитализации – 33 047,24 руб., стоимость 1 койко-дня – 3 640,28 рублей.

В 2014 году в дневных стационарах пролечен 273 491 пациент, в том числе из лиц, застрахованных по ОМС в г. Москве – 262 624 пациента. В 2014 году в дневных стационарах пациентами проведено 2 302 372 пациенто-дня (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 2 235 767), что на 36,4 % больше по сравнению с предыдущим годом (1 687 660 пациенто-дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 643 338). Средняя длительность лечения одного пациента в дневных стационарах составила 8,4 дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 8,5 (в 2013 году – 8,3 дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 8,3 дней).

Расходы на лечение пациентов в дневных стационарах составили 1 905,4 млн. руб., стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре – 6 966,93 руб., стоимость 1 пациенто-дня – 827,58 рублей.

Структура финансовых расходов по отдельным видам и условиям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы в динамике за три года представлена в таблице 4.

Таблица 4

Структура расходов на медицинскую помощь в рамках территориальной программы за период с 2013 по 2014 гг. (в % к итогу)

Условия оказания медицинской помощи	2013 год	2014 год
Скорая медицинская помощь	15,6	14,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	41,6	44,3
Медицинская помощь в стационарных условиях	42,1	40,3
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров	0,7	1,4
Итого	100,0	100,0

Отмечена тенденция роста доли расходов на медицинскую помощь в амбулаторных условиях (с 41,6 % в 2013 году до 44,3 % в 2014 году), а также на медицинскую помощь в условиях дневного стационара (с 0,7 % в 2013 году до 1,4 % в 2014 году). Доля расходов на оказание скорой медицинской помощи

сократилась с 15,6 % в 2013 году до 14,0 % в 2014 году, в стационарных условиях – с 42,1 % в 2013 году до 40,3 % в 2014 году.

Проведен анализ структуры расходов на оказание медицинской помощи по видам затрат (рисунок 3, таблица 5).

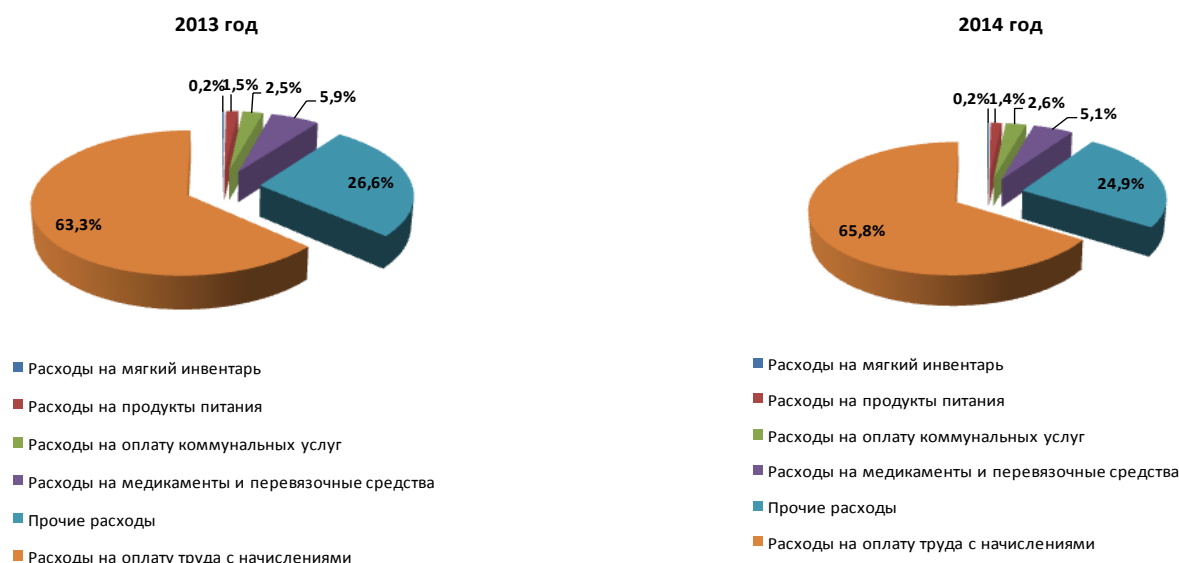


Рисунок 3 Структура расходов на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ в 2013 и 2014 гг. (в % к итогу; по данным статистической формы № 14-Ф)

Таблица 5

Структура расходов на оказание медицинской помощи в рамках территориальных программ в 2013 и 2014 гг. (по данным статистической формы № 14-Ф)

Статьи затрат	Расходование средств ОМС на оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС в 2013 году		Расходование средств ОМС на оказание медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС в 2014 году	
	млн. руб.	%	млн. руб.	%
Оплата труда с начислениями	76 267,6	63,3	88 442,2	65,8
Расходы на медикаменты и перевязочные средства	7 117,5	5,9	6 848,7	5,1
Расходы на продукты питания	1 853,0	1,5	1 899,0	1,4
Расходы на мягкий инвентарь	281,0	0,2	245,8	0,2
Расходы на оплату коммунальных услуг	2 995,3	2,5	3 507,3	2,6
Прочие расходы	32 053,0	26,6	33 568,5	24,9
Итого	120 567,4	100,0	134 511,5	100,0

В 2014 году структура незначительно изменилась в сторону увеличения на 2,5% расходов на оплату труда с начислениями и на 0,1% расходов на оплату коммунальных услуг. При этом сократился удельный вес прочих расходов (1,7%), расходов на медикаменты и перевязочные средства (0,8%), расходов на продукты питания (0,1%).

3. Способы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях территориальной программой установлен способ оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Территориальной программой предусмотрены следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации и с оплатой за единицу объема медицинской помощи по отдельным медицинским услугам – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). В системе ОМС города Москвы в 2014 году в подушевом финансировании в 1 полугодии принимали участие 87 медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, во 2 полугодии – 109;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной за пределами города Москвы застрахованным лицам по ОМС в городе Москве, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

При оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров территориальной программой установлен способ оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров в городе Москве в 2014 году по законченным случаям лечения осуществляется из расчета количества дней лечения. При этом тарифы на оплату медицинской помощи в условиях дневных стационаров в 2014 году установлены на 1 день лечения. С 01 июля 2014 года оплата медицинской помощи в условиях дневных стационаров для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (109 медицинских организаций), включена в подушевое финансирование (за исключением лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения в дневном стационаре).

Территориальной программой установлен способ оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) за вызов скорой медицинской помощи в соответствии с профилем бригады.

В 2014 году в Московской городской системе обязательного медицинского страхования применялась методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с выбранными способами оплаты, установленная Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 г. № 158н.

4. Анализ деятельности медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, по реализации территориальной программы в 2014 году

В реализации территориальной программы в 2014 году приняли участие 207 медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, в том числе 49 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (23,7 % общего количества медицинских организаций), 155 медицинские организации, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (74,9 %),

1 медицинская организация, оказывающая скорую медицинскую помощь (0,5 %),
2 медицинских организации охраны материнства и детства (1,0 %).

На реализацию территориальной программы в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, израсходованы средства системы обязательного медицинского страхования в размере 130 941,8 млн. рублей. (92,8 %).

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оказана 1 497 403 пациентам (в том числе застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 343 645), на эти цели израсходовано 49 582,1 млн. руб., что составляет 37,9 % всех средств. Стоимость лечения одного пациента в стационаре в среднем составила 33 112,06 руб. Средние сроки лечения одного пациента в стационаре составили 8,5 дней, средняя стоимость одного койко-дня – 3 916,41 рублей.

Высокотехнологичную медицинскую помощь получили 32 755 пациентов (в том числе 29 749 застрахованных по ОМС в г. Москве), на эти цели израсходовано 3 868,5 млн. руб., средняя стоимость 1 случая госпитализации составила 118 103,47 рублей.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы, выполнено:

- 36 129 280 посещений с профилактической целью и иными целями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 34 884 255) на сумму 13 428,5 млн. руб.,

- 1 027 571 посещение по оказанию медицинской помощи в неотложной форме (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 010 894) на сумму 1 093,8 млн. руб.,

- 32 523 027 обращений в связи с заболеваниями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 31 747 463) на сумму 45 586,6 млн. руб.

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью – 371,68 руб., 1 посещения по оказанию медицинской помощи в неотложной форме – 1 064,44 руб., 1 обращения в связи с заболеваниями – 1 401,67 рублей.

В 2014 году в дневных стационарах пролечено 251 658 пациентов, в том числе из лиц, застрахованных по ОМС в г. Москве – 246 049 пациентов. В 2014 году в дневных стационарах пациентами проведено 2 166 052 пациенто-дня (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 2 123 147). Средняя длительность лечения одного пациента в дневных стационарах составила 8,6 дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 8,6 дней.

Расходы на лечение пациентов в дневных стационарах составили 1 529,9 млн. руб., стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре – 6 079,43 руб., стоимость 1 пациенто-дня – 706,33 рубля.

5. Анализ деятельности ведомственных медицинских организаций (в том числе подведомственные федеральным органам исполнительной власти) по реализации территориальной программы в 2014 году

В реализации территориальной программы в 2014 году приняли участие 88 ведомственных медицинских организаций (в том числе подведомственные федеральным органам исполнительной власти), в том числе 59 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (67,1 % общего количества медицинских организаций), 28 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (31,8 %), 1 медицинская организация охраны материнства и детства (1,1 %).

На реализацию территориальной программы в ведомственных медицинских организациях (в том числе подведомственных федеральным органам исполнительной власти) израсходованы средства системы обязательного медицинского страхования в размере 8 738,0 млн. руб. (6,2 %).

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оказана 191 658 пациентам (в том числе застрахованным по ОМС в г. Москве – 134 499), на эти цели израсходовано 6 419,2 млн. руб., что составляет 73,5 % всех средств. Стоимость лечения одного пациента в стационаре в среднем

составила 33 493,12 руб. Средние сроки лечения одного пациента в стационаре составили 13,1 дней, средняя стоимость одного койко-дня – 2 548,45 рублей.

Высокотехнологичную медицинскую помощь получили 9 750 пациентов (в том числе 5 501 застрахованных по ОМС в г. Москве), на эти цели израсходовано 979,9 млн. руб., средняя стоимость 1 случая госпитализации составила 100 498,12 рублей.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы, выполнено:

- 927 073 посещений с профилактической целью и иными целями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 719 590) на сумму 139,4 млн. руб.,

- 26 741 посещение по оказанию медицинской помощи в неотложной форме (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 26 071) на сумму 30,3 млн. руб.,

- 1 618 213 обращений в связи с заболеваниями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 1 349 682) на сумму 1 499,0 млн. рублей.

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью – 150,36 руб., 1 посещения по оказанию медицинской помощи в неотложной форме – 1 134,07 руб., 1 обращения в связи с заболеваниями – 1 131,79 рублей.

В 2014 году в дневных стационарах пролечено 20 059 пациентов, в том числе из лиц, застрахованных по ОМС в г. Москве – 15 117 пациентов. В 2014 году в дневных стационарах пациентами проведено 123 456 пациенто-дней (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 100 716). Средняя длительность лечения одного пациента в дневных стационарах составила 6,2 дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 6,7 дней.

Расходы на лечение пациентов в дневных стационарах составили 317,6 млн. руб., стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре – 15 833,52 руб., стоимость 1 пациенто-дня – 2 572,61 рубля.

6. Анализ деятельности медицинских организаций негосударственных форм собственности (частной системы здравоохранения) по реализации территориальной программы в 2014 году

В реализации территориальной программы в 2014 году приняли участие 77 медицинских организаций негосударственных форм собственности (частной системы здравоохранения), в том числе 10 медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (13,0 % общего количества медицинских организаций), 64 медицинские организации, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (83,1 %), 3 медицинских организации, оказывающих скорую медицинскую помощь (3,9 %).

На реализацию территориальной программы в медицинских организациях негосударственных форм собственности (частной системы здравоохранения) израсходованы средства системы обязательного медицинского страхования в размере 1 449,6 млн. руб. (1,0 %).

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях оказана 33 513 пациентам (в том числе застрахованным по ОМС в г. Москве – 15 514), на эти цели израсходовано 925,0 млн. руб., что составляет 63,8 % всех средств. Стоимость лечения одного пациента в стационаре в среднем составила 27 601,12 рублей. Средние сроки лечения одного пациента в стационаре составили 7,3 дней, средняя стоимость одного койко-дня – 2 015,59 рублей.

Высокотехнологичную медицинскую помощь получили 333 пациента (в том числе 62 застрахованных по ОМС в г. Москве), на эти цели израсходовано 38,0 млн. руб., средняя стоимость 1 случая госпитализации составила 114 032,46 рублей.

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы, выполнено:

- 194 510 посещений с профилактической целью и иными целями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 160 610) на сумму 58,1 млн. руб.,
- 31 посещение по оказанию медицинской помощи в неотложной форме (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 30) на сумму 0,03 млн. руб.,
- 296 736 обращений в связи с заболеваниями (в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 249 404) на сумму 408,7 млн. руб.

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью – 298,69 руб., 1 посещения по оказанию медицинской помощи в неотложной форме – 839,18 руб., 1 обращения в связи с заболеваниями – 1 377,25 рублей.

В 2014 году в дневных стационарах пролечено 1 774 пациента, в том числе из лиц, застрахованных по ОМС в г. Москве – 1 458 пациентов. В 2014 году в дневных стационарах пациентами проведено 12 864 пациенто-дня (в том числе лицами, застрахованными по ОМС в г. Москве – 11 904). Средняя длительность лечения одного пациента в дневных стационарах составила 7,3 дней, в том числе по лицам, застрахованным по ОМС в г. Москве – 8,2.

Расходы на лечение пациентов в дневных стационарах составили 57,9 млн. руб., стоимость 1 случая лечения в дневном стационаре – 32 610,28 руб., стоимость 1 пациенто-дня – 4 497,10 рублей.

II. Итоги проведенного в 2014 году контроля деятельности страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования

Контроль использования средств обязательного медицинского страхования в г. Москве осуществляется МГФОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2014 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом ФФОМС от 16.04.2012г. № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

За 2014 г. МГФОМС проведены проверки в 209 организациях, в том числе в 12 страховых медицинских организациях и 197 медицинских организациях.

Всего за отчетный период сделана 221 проверка, что составляет 108,3% от плана на этот период из них:

- в СМО – 12 (комплексных проверок);
- в медицинских организациях- 209 проверок (108,9 % от плана), в том числе: - комплексных – 183;
- тематических - 21;
- контрольных – 5.

В отчетном периоде выявлены нарушения использования средств ОМС в 127 организациях, что составляет 60,8% от проверенных организаций.

При проведении проверок, выявлено нецелевое использование средств на сумму 231 200,0 тыс. рублей.

При проведении проверок страховых медицинских организаций в 2014 году выявлено нецелевое использование средств в 1 страховой медицинской организации на сумму 1,2 тыс. руб. Отмечается, что в 2013 году нецелевое использование средств было выявлено в 3 страховых медицинских организациях на сумму 1 864,8 тыс. рублей.

Вся сумма нецелевого использования средств восстановлена в период проведения проверки.

За 2014 год по результатам проверок к страховым медицинским организациям предъявлено штрафов и начислено пени на общую сумму 63 652,3 тыс. рублей.

С учётом остатка задолженности по штрафам и пени на начало 2014 года общая сумма штрафов и пени, подлежащая уплате, составила 63 732,6 тыс. рублей.

В отчетном периоде от страховых медицинских организаций получено в погашение штрафов и пени 8 346,1 тыс. рублей.

По состоянию на 1 января 2015г. остаток задолженности, предъявленных штрафов и пени к страховым медицинским организациям, составила 55 386,5 тыс. руб., вся сумма не оплаченных штрафов и пени предъявлена к страховым медицинским организациям в декабре 2014 года.

Наибольшее количество штрафных санкций страховым медицинским организациям было начислено за невыполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи на сумму 52 854,0 тыс. руб. (83,0% от начисленных санкций), причем это нарушение договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования обнаружено во всех проверенных страховых медицинских организациях.

Наибольшие суммы штрафных санкций предъявлены:

- ОАО «Росно - МС» - 34 004,1 тыс. руб. (не оплачено 33 875,1 тыс. руб.);
- ЗАО «ВТБ Медицинское страхование» - 20 288,4 тыс. руб. (не оплачено).

В результате проверок медицинских организаций в 2014 году выявлена сумма нецелевого использования средств в размере – 231 198,8 тыс. рублей.

Нецелевое использование средств ОМС выявлено в медицинских организациях по следующим направлениям:

- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию – 206 238,5 тыс. руб. (89,2%) в общей сумме нецелевого использования средств медицинскими организациями;

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС- 14 926,6 тыс. руб., или (6,5%) в общей сумме нецелевого использования средств.

- финансирование структурных подразделений (служб) медицинских организаций, финансируемых из иных источников – 10 033,7 тыс. руб. (4,3%) в общей сумме нецелевого использования средств медицинскими организациями;

Таким образом, наибольшие суммы нецелевого использования средств приходятся на оплату собственных обязательств, не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию.

Наибольшие суммы нецелевого использования средств выявлены:

- в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» - 105 075,9 тыс. рублей;
- в ГБУЗ «ГП № 11 ДЗМ» - 14 452,7 тыс. рублей;
- в «Диагностическом клиническом центре № 1 ДЗМ» - 8 087,0 тыс. рублей;
- в ГБУЗ «ДГП № 99 ДЗМ» - 7 958,37 тыс. рублей;
- в Диагностическом центре № 3 ДЗМ – 6 065,4 тыс. рублей;
- в ДГП № 125 ДЗМ - 3 848,8 тыс. рублей.

С учётом остатка не восстановленных средств на начало отчётного периода и выявленного нецелевого использования средств по результатам проверок медицинских организаций, проведённых в 2014 году, общая сумма средств, подлежащих восстановлению, составила – 235 091,3 тыс. рублей.

Медицинскими организациями восстановлено средств на сумму 106 033,2 тыс. руб. (45,1%) от средств подлежащих восстановлению, в том числе:

- до проведения проверок – 19 833,9 тыс. руб. (8,6% от средств нецелевого использования, выявленного проверками отчётного периода);

- в период проведения проверок – 8 196,0 тыс. руб., (3,5% от объёма средств нецелевого использования, выявленного проверками отчётного периода);

- после проведения проверок – 75 069,2 тыс. руб., (32,5% от объёма средств нецелевого использования, выявленного проверками отчётного периода);

- кроме того, по результатам проверок, проведённых в предыдущие отчётные периоды – 2 934,1 тыс. руб. (75,4% от остатка не восстановленных средств на начало года).

Нецелевое использование средств на 100% восстановили 108 медицинских организаций (85,7% организаций, в которых выявлено нецелевое использование средств).

По состоянию на 01 января 2015 г. остаток не восстановленных средств, использованных медицинскими организациями не по целевому назначению, составляет – 129 058,1 тыс. руб., из них:

- остаток не восстановленных средств по результатам проверок проведённых в 2014 году составляет 128 099,7 тыс. руб. (55,4%) от выявленного в отчётном периоде нецелевого использования средств. Из них только ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» не восстановило 105 075,9 тыс. руб. (82,0%), от не восстановленных средств. Материалы проверки ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» направлены в судебные инстанции и находятся на рассмотрении;

- остаток не восстановленных средств по результатам проверок, проведённых в предыдущие отчётные периоды (2008 - 2009г.г.) составляет 958,4 тыс. руб. или 0,7% в общей сумме остатка не восстановленных средств на конец отчетного периода.

По результатам проверок к медицинским организациям, в 2014 году, предъявлено штрафов и начислено пени на общую сумму- 24 249,8 тыс. руб., из них штрафы и пени за нецелевое использование средств составляют 100%.

С учётом остатка задолженности по штрафам и пени на начало 2014 года общая сумма штрафов и пени, подлежащих уплате составила- 24 540,0 тыс. рублей.

В отчетном периоде получено от медицинских организаций в погашение штрафных санкций средств на сумму – 11 119,4 тыс. руб. (45,3% от штрафов и пени, подлежащих уплате).

По состоянию на 01 января 2015 года остаток задолженности по штрафам и пени составляет – 13 420,6 тыс. руб. (54,7% от суммы штрафов и пени, подлежащих уплате), из них на долю ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» приходится -11 711,2 тыс. руб., (87,3% от задолженности по штрафам и пени на конец отчетного периода).

Таким образом, не восстановлено медицинскими организациями средств, использованных не по целевому назначению, выявленных проверками текущего года без учета ГБУЗ «ГП № 23» на сумму – 23 023,8 тыс. руб. и не оплачено штрафов на сумму – 1 709,4 тыс. руб., причем основная сумма не восстановленных средств и не оплаченных штрафных санкций приходится на медицинские организации, проверенные в декабре 2014 года.

III. Итоги контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

В 2014 году проведено 25 199 медико-экономических экспертиз (далее – МЭЭ), в том числе:

плановых (по скорой медицинской помощи) – 25 025,

целевых (в связи с получением жалоб от застрахованных лиц или их законных представителей) – 133 (93 жалобы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, 39 – в стационарных условиях, 1 жалоба на оказание скорой медицинской помощи);

повторных – 41 (32 МЭЭ - в связи с поступлениями претензий от медицинских организаций, не урегулированных со страховыми медицинскими организациями, 9 МЭЭ – в связи с получением решения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации об оплате расходов на лечение

застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств ФСС).

В ходе плановой МЭЭ скорой медицинской помощи рассмотрено 25 025 страховых случаев, из них признано дефектными и не подлежат оплате 13 405 случая (53,6% от общего числа проверенных случаев) на общую сумму 56 020 755 руб. (48,8% от общей суммы представленных к оплате счетов).

В ходе целевой МЭЭ рассмотрено 133 страховых случая, из них признано дефектными и не подлежат оплате 32 случая (24,1% от общего числа проверенных случаев) на общую сумму 769 401 руб.:

2 случая амбулаторной помощи на сумму 1 603 руб.,

29 случаев стационарной помощи на сумму 738 175 руб.,

1 случай скорой медицинской помощи на сумму 29 623 рубля.

Кроме того, на медицинские организации за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества наложен штраф на общую сумму 23 872 рублей.

При проведении повторных МЭЭ в связи с поступлением претензий от медицинских организаций, не урегулированных со страховыми медицинскими организациями, выявлено:

240 страховых случаев, необоснованно признанных СМО дефектными (171 случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, 69 случаев стационарной медицинской помощи);

36 случаев, содержащих дефекты (нарушения), не выявленные СМО (35 случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, 1 случай стационарной медицинской помощи).

По результатам повторных МЭЭ:

подлежит восстановлению медицинским организациям необоснованно удержанная СМО сумма в размере 1 493 856 руб.;

подлежит снятию с медицинских организаций 7 654 руб.;

за необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств ООО «СМК РЕСО-МЕД» предписано перечислить за счет собственных средств на

счет МГФОМС финансовые санкции в размере 10% от СВД на январь - июнь 2014 года.

На основании решения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве за счет средств ФСС проведены 9 повторных МЭЭ стационарной медицинской помощи. По результатам повторных МЭЭ подлежит возврату в МГФОМС 931 956 руб.

В структуре нарушений, выявленных при проведении МЭЭ, основное место занимают:

при оказании скорой медицинской помощи – дефекты оформления первичной медицинской документации (96,5%), так как подстанции ССНМП им. А.С. Пучкова не в полном объеме перешли на учет заболеваний/состояний по МКБ-10;

при оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:

дефекты оформления первичной медицинской документации (29,8%), нарушения при оказании медицинской помощи (36,0%);

взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь (6,3%).

Экспертами качества медицинской помощи проведены 65 экспертиз качества медицинской помощи (далее – ЭКМП), в том числе:

48 целевых ЭКМП в связи с получением жалоб от застрахованных лиц или их законных представителей;

17 повторных ЭКМП в связи с поступлениями претензий от медицинских организаций, не урегулированных со страховыми медицинскими организациями.

В ходе целевых ЭКМП рассмотрено 48 страховых случаев, из них признано дефектными и не подлежат оплате 19 случаев (39,6% от общего числа проверенных случаев) на общую сумму 295 985 руб.:

4 случая амбулаторной помощи на сумму 1 147 руб.,

14 случаев стационарной помощи на сумму 292 686 руб.,

1 случай скорой медицинской помощи на сумму 2 151 руб.

Кроме того, за оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на медицинскую организацию наложен штраф на сумму 28 575 рублей.

В структуре нарушений, выявленных при проведении целевых ЭКМП основное место занимают:

нарушения при оказании медицинской помощи (амбулаторная помощь – 100%, стационарная помощь – 42,8%);

дефекты оформления первичной медицинской документации (скорая медицинская помощь – 100%, стационарная помощь – 29,4%);

нарушения, ограничивающие доступность медицинской помощи для застрахованных лиц (стационарная помощь – 27,8%).

В ходе повторных ЭКМП рассмотрено 385 страховых случаев, из них 298 случаев оказания стоматологической помощи.

Признано дефектными и не подлежат оплате 35 случаев (9,1% от общего числа проверенных случаев) на общую сумму 6 900 руб.

Все случаи, отклоненные от оплаты, содержат нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и (или) стандартами медицинской помощи.

По результатам повторных ЭКМП за необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств со СМО удержано 913 450 рублей.

В связи с поступлением от территориальных фондов ОМС отказов в оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях г. Москвы, лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации, проведено 8 243 медико-экономических экспертиз случаев оказания медицинской помощи иногородним гражданам.

В ходе МЭЭ при осуществлении межтерриториальных расчетов рассмотрено 129 624 страховых случая, выявлено 18 494 случая, содержащих нарушения при оказании медицинской помощи (14,3% от общего числа проверенных случаев). Общая сумма снятия составила 9 865,4 тыс. рублей.

Кроме того, при осуществлении межтерриториальных расчетов проведена экспертиза качества 985 случаев оказания медицинской помощи. В ходе ЭКМП выявлено 19 случаев, содержащих нарушения при оказании медицинской помощи (1,9% от общего числа проверенных случаев).

Общая сумма уменьшения счетов по результатам ЭКМП составила 743,1 тыс. рублей.

В структуре нарушений, выявленных при проведении экспертизы медицинской помощи, оказанной иногородним гражданам, основное место занимают дефекты оформления первичной медицинской документации (43,3%) и нарушения при оказании медицинской помощи (38,8%).

В течение 2014 года в связи с превышением отдельными медицинскими организациями установленных объемов медицинской помощи проведены 4 повторных МЭЭ медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС в г. Москве и оплаченной СМО (30 медицинских организаций).

По результатам проверок:

медицинским организациям предложено представить в Комиссию по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования заявки для пересмотра установленных объемов;

результаты повторных МЭЭ доведены до МАМСО для применения страховыми медицинскими организациями финансовых санкций к медицинским организациям за выявленные при повторных МЭЭ нарушения.

В соответствии с требованиями приказа ФФОМС 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» подготовлено 27 приказов МГФОМС о включении врачей-специалистов в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи (утверждены в 2015 году).

По состоянию на 01.01.2015 в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи включено 460 специалистов более чем по 50 специальностям. В территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи включены 10 сотрудников МГФОМС, из них 9 имеют высшую квалификационную категорию.

В 2014 году был подготовлен и направлен на согласование проект Методики расчета оплаты труда врачей-экспертов, привлекаемых для проведения текущей, плановой и целевой экспертизы качества медицинской помощи, который впоследствии утвержден приказом МГФОМС от 23.01.2015 № 20 «Об оплате труда врачей-экспертов качества медицинской помощи в 2015 году».

IV. Взаимодействие МГФОМС с ОПФР по обмену данными для осуществления обязательного медицинского страхования

В отчетном году осуществлялось взаимодействие между МГФОМС и ОПФР по г. Москве и Московской области (далее – ОПФР) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ и Соглашением об информационном обмене между ПФР и ФОМС от 31.12.2010 по обмену данными, необходимыми для осуществления обязательного медицинского страхования, в том числе данными о регистрации и снятии с регистрационного учета страхователей для работающих граждан, о платежах страхователей на ОМС работающего населения и данными из расчетов страхователей по начисленным и уплаченным страховым взносам на ОМС.

Ежеквартально с ОПФР проводилась сверка числа страхователей для работающих граждан г. Москвы и ежемесячная сверка сумм страховых взносов, перечисленных указанными страхователями в ФФОМС.

По данным обработки в МГФОМС сведений, полученных из ОПФР, количество страхователей для работающих граждан в г. Москве по состоянию на 01.01.2015 составило 1 663 574 единицы. В 2014 году от московских страхователей в ФФОМС поступило страховых взносов по тарифу 5,1 % в размере 148 829,9 млн. рублей, темп роста к 2013 году составил 108,7 %. Отмечается, что в соответствии с территориальной программой ОМС на 2014 год субвенция из бюджета ФФОМС составила 123 377,41 млн. руб. (82,9% от страховых взносов поступивших в

ФФОМС от московских страхователей).

Ежеквартально в ОПФР направлялись списки страхователей, не уплачивавших страховые взносы в ФФОМС в отчетном квартале, с просьбой принять меры администрирования к указанным плательщикам. По сообщению ОПФР представленные списки страхователей проанализированы, и со страхователей, представивших расчет по страховым взносам, но не уплативших страховые взносы, осуществляется взыскание недоимки в соответствии с действующим законодательством.

От страхователей неработающего населения в 2014 году поступило страховых взносов на ОМС неработающего населения в ФФОМС на сумму в размере 23 572,4 млн. рублей. Ежемесячные платежи по страховым взносам уплачены страхователями для неработающих граждан своевременно и в полном объеме.

V. Защита прав и законных интересов МГФОМС в федеральных судах (судах общей юрисдикции и арбитражных судах) и судебных участках мировых судей, правоохранительных и иных органах

В 2014 году к судебному производству принято 129 дел на общую сумму 2 904 034 руб. 94 копеек. На учете МГФОМС находится 7 963 регрессных исков. По состоянию на 01.01.2015 общая сумма поступивших денежных средств по регрессным искам в доход бюджета МГФОМС в период с 01.01.2014 по 31.12.2014 составила 2 961 610,91 руб., из них:

- 2 915 109,46 руб. (сумма, поступившая от физических лиц);
- 46 501,45 руб. (сумма, поступившая от страховых медицинских организаций).

На рассмотрении в судах находилось 27 гражданских дел по следующим категориям:

- взыскание недоимки по страховым взносам на ОМС (10);
- некачественное оказание медицинской помощи (3);
- несчастный случай на производстве (2);
- отказ в прикреплении (2);

- ДТП (2);
- иное (4);
- дела, рассматриваемые в Арбитражном суде г. Москвы (3).

VI. Организация МГФОМС обеспечения прав застрахованных лиц

В течение 2014 года специалистами МГФОМС рассмотрено свыше 14,5 тыс. обращений граждан и их представителей, из них 16,2% письменных и 83,8% устных.

Большинство обращений (95,7%) обращения по вопросам консультативно-справочного характера, требующим соответствующих разъяснений. Консультации (разъяснения) предоставлялись по следующим поводам:

- о выборе медицинской организации в сфере ОМС;
- об обеспечении полисами ОМС нового образца;
- о выборе или замене страховой медицинской организации;
- об организации работы медицинских организаций;
- о получении медицинской помощи по программам ОМС;
- о лекарственном обеспечении при оказании медицинской помощи и др.

На втором месте (3,3%) обращения с жалобами, по которым требовалось принятие конкретных мер по защите прав застрахованных.

На третьем месте (1%) заявления граждан, большинство из которых по вопросам компенсации личных расходов на оплату медицинской помощи, предоставленной на коммерческой основе.

На все обращения, требовавшие консультации, сотрудниками МГФОМС были даны разъяснения в соответствии с компетенцией.

По поводу жалоб и заявлений были направлены соответствующие запросы в Департамент здравоохранения города Москвы, медицинские организации, территориальные фонды ОМС, другие организации и ведомства.

По итогам рассмотрения жалоб были приняты конкретные меры по защите прав и интересов застрахованных в досудебном порядке: оказано содействие в

прикреплении к поликлинике, ускорено корректное направление заявок в МГФОМС по оформлению полисов единого образца; организованы консультации врачей-специалистов, госпитализации, лабораторные и инструментальные исследования и т.п.

В третьем квартале 2014 года Московским городским фондом ОМС был проведен комплекс информационно-разъяснительных мероприятий для населения города Москвы о порядке реализации прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.

Комплекс мероприятий был направлен в первую очередь на разъяснение населению города Москвы законных прав, в соответствии с пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством об охране здоровья.

За время проведения комплекса мероприятий заявление о прикреплении на медицинское обслуживание к поликлиникам подали 1,7 млн. застрахованных. По состоянию на 1 января 2015 года общее число подавших заявление о прикреплении составило 3,5 млн. человек.