

**ОТЧЕТ**

**об итогах работы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия за 2017 год**

**Содержание:**

Введение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3

1. Организационная структура системы обязательного медицинского страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4
2. Исполнение бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6

1. Реализация Территориальной программы ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9
2. Контроль за расходованием средств ОМС медицинскими организациями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_10
3. Защита прав застрахованных граждан по ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_11
4. Информатизация системы ОМС на территории Республики Ингушетия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_21

Заключение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_23

# Введение

Деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия (далее Фонд) в 2017 году осуществлялась в рамках исполнения полномочий страховщика – Федерального фонда обязательного медицинского страхования и полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных для осуществления органам государственной власти субъекта Российской Федерации, в части организации обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, в соответствии с требованиями, установленными Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Основными направлениями деятельности Фонда являлись:

- участие в разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и определении тарифов на оплату медицинской помощи;

- аккумулирование средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и управление ими, финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, формирование и использование нормированного страхового запаса для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;

- администрирование доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, поступающих от уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на территории Республики Ингушетия;

- обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия, в том числе путем проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав;

- ведение персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах в форме регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, а также персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

- осуществление расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования;

- контроль за использованием средств обязательного медицинского страхования, в том числе проведение проверок и ревизий.

# Организация обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия в 2017 году

В 2017 году в реализации обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия участвовали 1 страховая медицинская организация (АО «МАКС-М) и 36 медицинские организации, из них:

- 23 государственные бюджетные учреждения здравоохранения Республики Ингушетия;

- 2 федеральных государственных медицинских организаций;

- 10 медицинских организаций негосударственной формы собственности.

Реестр медицинских организаций и страховой медицинской организации размещены на публичном сайте Фонда www.rifoms.ru.

#  Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах

Во исполнение Федерального закона №326-ФЗ Фонд осуществляет персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах в сфере обязательного медицинского страхования с формированием регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц (далее - регистр застрахованных).

На основании регистра застрахованных:

- рассчитывается размер субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- рассчитывается объем подушевого финансирования страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Ингушетия;

- осуществляется проверка актуальности сведений о медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках реализации Программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с законодательством, совместно со страховой медицинской организацией, в отчетном периоде проводился мониторинг обеспечения застрахованных граждан полисами ОМС единого образца и временными свидетельствами.

Актуализация регистра застрахованных осуществляется Фондом ежедневно по данным:

- страховой медицинской организации о застрахованных лицах, в том числе о принятых от застрахованных лиц заявлениях;

- Федерального фонда обязательного медицинского страхования из центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц о застрахованных на территории иных субъектов Российской Федерации (ежедневно);

- Управления Федеральной налоговой службы Российской Федерации по Республике Ингушетия о работающих жителях Республики Ингушетия (ежеквартально);

- страхователя неработающего населения - Министерства здравоохранения Республики Ингушетия - о неработающем населении Республики Ингушетия (ежемесячно);

- Управления записи актов гражданского состояния Республики Ингушетия о государственной регистрации смерти и рождения (передаются ежемесячно);

- силовых ведомствРеспублики Ингушетия с целью исключения из регистра застрахованных военнослужащих и приравненных к ним по организации оказания медицинской помощи лиц, не подлежащих обязательному медицинскому страхованию.

Из общего числа лиц застрахованных по ОМС в Республике Ингушетия по состоянию на 1 января 2017 года:

- 429 682 человека (99 %) имеют постоянную регистрацию в регионе, из них:

- 204 567 человек (49 %) мужчины;

- 225 115 человек (51 %) женщины;

- 51 497 человек (36%) работающие;

- 378 185 человек (64%) неработающие.

II.Исполнение бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год

Бюджет Фонда исполнен на основании Закона Республики Ингушетия от 29.12.2016г. №64-РЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (в редакции Закона Республики Ингушетия от 29.12.2017 г. №73-РЗ).

В 2017 году бюджет Территориального фонда исполнен по доходам в сумме 3 964 674,2 тыс. рублей или 98,7% к утвержденным бюджетным назначениям; по расходам – 3 898 381,0 тыс. рублей или 96,0% к утвержденным бюджетным назначениям и 98,3% к поступившим доходам.

В структуре фактически полученных доходов бюджета Территориального фонда в общей сумме 3 964 674,2 тыс. рублей: субвенции Федерального фонда, передаваемые бюджету Территориального фонда, составили - 3 771 993,0 тыс. рублей или 95,1; штрафы, санкции, возмещение ущерба – 358,3 тыс. рублей или 0,009%; прочие безвозмездные поступления от негосударственных организаций в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования – 540,4 тыс. рублей или 0,014; прочие доходы от компенсации затрат бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в части формирования нормированного страхового запаса на финансовое обеспечение мероприятий в соответствии с постановлением Правительства №332 от 21.04.2016 года – 82 919,7 тыс. рублей или 2,1%; прочие межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования за оказанную медицинскую помощь в медицинских организациях Республики Ингушетия жителям, застрахованным в других субъектах РФ – 109 663,5 тыс. рублей или 2,8%; доходы бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования от возврата остатков субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет – 3 137,7 тыс. рублей. Также произведен возврат (-) остатков субвенций прошлых лет на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в размере 802,9 тыс. рублей и возврат (-) остатков прочих субсидий, субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования в размере 3 135,5 тыс. рублей. Средства в размере 3 135,5 тыс. рублей составляет возврат остатков неиспользованных средств из бюджета республики, выделенных Федеральным фондом в рамках программы модернизации здравоохранения Республики Ингушетия на строительство перинатального центра. Средства в размере 802,9 тыс. рублей (65,4 тыс. рублей возврат средств прошлых лет по межтерриториальным расчетам, 382,7 тыс. рублей средства, использованные не по целевому назначению медицинскими учреждениями, 354,8 тыс. рублей возврат остатка средств прошлых лет медицинскими организациями после выходя из системы ОМС).

 Структура фактических расходов бюджета Территориального фонда на 2017 год в общей сумме 3 898 381,0 тыс. рублей состоит из следующих направлений:

- на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории субъектов Российской Федерации всего 3 786 190,3 тыс. рублей или 97,1%, из них: на финансовое обеспечение медицинских организаций входящих в систему ОМС Республики Ингушетия (приобретение товаров, работ, услуг в пользу граждан в целях их социального обеспечения) - 3 267 161,5 тыс. рублей; на межбюджетные трансферты другим территориальным фондам (в части межтерриториальных расчетов) – 417 648,2 тыс. рублей; расходы на оказание медицинской помощи застрахованным лицам по программе обязательного медицинского страхования в других субъектах Российской Федерации – 101 380,6 тыс. рублей или 2,6%;

- на обеспечение деятельности государственных учреждений в рамках выполнения функций аппаратами органов управления государственных внебюджетных фондов в сумме 44 753,8 тыс. рублей или 1,1%;

- финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования – 67 436,9 тыс. рублей или 1,7%.

**III. Реализация Территориальной программы ОМС**

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Ингушетия за 2017 год утверждена постановлением Правительства Республики Ингушетия от 15 февраля 2017 г. №20 (с изменениями внесенными постановлениями Правительства Республики Ингушетия от 19.07.2017г. №116 и от 08.12.2017г. №191).

Стоимость Территориальной программы ОМС на 2016 год составляет 3 724,9 млн. рублей. Расчетная стоимость Территориальной программы ОМС составила 3 724,9 млн. рублей.

Фактически на выполнение Территориальной программы ОМС в 2017 году из бюджета Фонда направлены средства в размере 3 729 563,5 тыс. рублей или 96,2% от плана, из них:

- 3 267 161,5 тыс. рублей на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС;

- 417 648,2 тыс. рублей на возмещение другим территориальным фондам затрат по оплате стоимости медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Республики Ингушетия, за ее пределами, в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;

- 44 753,8 тыс. рублей финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации на выполнение функций аппаратами государственных внебюджетных фондов Российской Федерации по непрограммным направлениям деятельности органов управления государственных внебюджетных фондов Российской Федерации;

Доля средств ОМС в финансировании Территориальной программы государственных гарантий в 2017 году составила 87,3% (в 2016 году 86,9%).

В целях формирования и разработки Территориальной программы ОМС, на основании Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», распоряжением Правительства Республики Ингушетия от 04.10.2013г. №578-рп создана комиссия по разработке Территориальной программы ОМС. Комиссия осуществляла следующие функции: разработка проекта территориальной программы ОМС, распределение объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, рассмотрение тарифов.

В отчетном году проведено 9 заседаний Комиссии.

Также, в отчетном периоде проведено 2 заседания Правления Фонда и 1 заседания Координационного совета по организации защиты прав застрахованных лиц, на которых обсуждались наиболее значимые вопросы деятельности Фонда.

**IV. Контроль за расходованием средств ОМС**

**медицинскими организациями**

В 2017 году проведено 27 проверок медицинских учреждений и страховой медицинской организации, из них: 3 тематических, 16 комплексных и 8 контрольных проверок.

По результатам проверок установлено нецелевое использование средств ОМС, подлежащих восстановлению в бюджет Фонда, на сумму 2 572 525,08 тыс. рублей, в том числе:

- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи, в рамках территориальной программы ОМС – 757,2 тыс. руб., (расходы на капитальный ремонт, изготовление проектно-сметной документации для проведения капитального ремонта);

- оплата видов медицинской помощи, не включенных в территориальную программу ОМС ­­– 819,8 тыс. рублей;

- расходование средств при отсутствии подтверждающих документов – 995,5 тыс. руб. (расходование средств не в соответствии со структурой тарифа утвержденной тарифным соглашением).

Из общей суммы средств ОМС, подлежащих восстановлению, медицинскими организациями восстановлено в бюджет Фонда 52,7 тыс. руб. Общая задолженность с учетом прошлых лет составила 11 109,0 тыс. руб.

За 2017 год предъявлено штрафов по результатам проверок медицинских организаций на сумму 257,3 тыс. руб.

Поступило от медицинских организаций штрафов на сумму 39,7 тыс. руб. Задолженность по уплате пеней и штрафов составила 2 049,7 тыс. руб.

**V. Защита прав застрахованных граждан по ОМС**

# В соответствии с требованиями федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2017 году основными направлениями деятельности Фонда по обеспечению прав застрахованных граждан на получение качественной и доступной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия являлись:

- работа с обращениями граждан по вопросам нарушения их прав и законных интересов;

- консультативная помощь гражданам по вопросам обеспечения прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи;

- информирование населения о правах в системе ОМС, о работе системы обязательного медицинского страхования;

- проведение социологических опросов населения в целях изучения удовлетворенности граждан организацией и качеством оказания медицинской помощи;

- организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Обращения застрахованных лиц

Общее число обращений граждан в Фонд и страховую медицинскую организацию в 2017г. уменьшилось на 18 % по сравнению с 2016г. и составило – 19 277 случая (ТФОМС-74, СМО-19 203), при этом структура обращений существенно не изменилась. Уменьшение количества обращений связано с тем, что многие застрахованные граждане уже сменили медицинские полисы «старого образца» на новые, единого образца. Это и составило наибольший вес обращений (94%).

 Обращения за консультациями по вопросам обязательного медицинского страхования составляют 6,2 % или 1 203 случая (ТФОМС-60, СМО – 1 143); 0,3% - обращения по поводу нарушения прав и законных интересов граждан (жалобы) или 50 случаев (ТФОМС-14, СМО-36).

В 2017 году в ТФОМС РИ и страховую медицинскую организацию поступило 1 203 устных обращений, из них 704 случая приняты по телефону «горячей линии», что составляет 58,5%.

 Количество обоснованных жалоб, поступивших в Фонд и страховую медицинскую организацию по сравнению с 2016 годом, в отчетном году увеличилось на 2,5 % и составило 40 случаев, характер жалоб, в основном, сводится во взимании денежных средств с застрахованных граждан при получении лечения в медицинских организациях в Ингушетии и за пределами территории страхования. В отчетном году оказано содействие в возврате денежных средств по 36 случаям (ТФОМС-3, СМО-33) в сумме 992 944 рублей (ТФОМС-33 365 руб., СМО-959 579 руб.).

Информирование застрахованных лиц о правах в сфере обязательного медицинского страхования

Одной из основных функций Фонда и страховой медицинской организации в части организации защиты прав граждан остается информирование застрахованных об их правах на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в системе ОМС.

За прошедший 2017 год в ТФОМС РИ велась активная информационно-разъяснительная работа с населением Республики Ингушетия и освещение в средствах массовой информации актуальных тем и изменений норм действующего законодательства в области обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

На телеканалах Республики Ингушетия – ГТРК «Ингушетия» и НТК «Ингушетия» периодически транслировалась социальная реклама для населения республики – о полисе ОМС, о необходимости прохождения диспансеризации, о защите прав застрахованных, о выборе врача и т.д.

 Так за отчетный период в республиканских газетах «Сердало» и «Ингушетия» опубликовано 13 статей об актуальных вопросах в сфере обязательного медицинского страхования. Проведено 5 выступлений в коллективах застрахованных и медицинских работников.

 В целях усиления правовой грамотности населения об их правах на получение качественной и квалифицированной медицинской помощи велась активная разъяснительная работа, так в медицинских организациях, работающих в системе ОМС, размещено порядка 30 информационных щитов с информацией для населения об обязательном медицинском страховании.

 Изготовлены и распространены в медицинских организациях республики 4000 буклетов, порядка 200 листовок, более 25 000 памяток для пациентов, более 1000 самоклеек размещены в структурных подразделениях медицинских организаций.

Активно проводилась информационная работа и в сети Интернет. Так, на официальном сайте Фонда постоянно размещались статьи на различную медицинскую тематику, публикации об изменениях норм действующего законодательства в области обязательного медицинского страхования, давались разъяснения населению республики по актуальным вопросам в системе ОМС, которые в числе прочих также освещались в различных интернет изданиях, а также на сайте Правительства РИ.

Удовлетворенность качеством медицинской помощи

по данным социологического опроса

 В 2017 году специалистами отдела по защите прав застрахованных и страховой медицинской организации в рамках изучения удовлетворенности доступностью, качеством и условиями оказания медицинской помощи застрахованным гражданам Республики Ингушетия проводился социологический опрос (анкетирование).

Всего опрошено 3 663 застрахованных граждан республики. Из них, при оказании амбулаторно – поликлинической помощи – 2 984 человек, стационарной помощи – 334 человека, в условиях стационара дневного пребывания - 111 человек, скорой медицинской помощи – 234 человека. По данным социологического опроса:

- удовлетворены объемом, качеством и доступностью медицинской помощи 1 989 человек (54 %);

- не удовлетворены - 194 человека (5 %);

- больше удовлетворены, чем не удовлетворены – 1 238 человек (34 %);

- затруднились ответить – 242 человека (7 %).

 Основными причинами неудовлетворенности объемом, качеством и доступностью медицинской помощи респондентами выделены:

- недостаточность рабочих площадей для приема пациентов в амбулаторно-поликлинической сети – 18%

- отсутствие или недостаточность узких специалистов в амбулаторно-поликлинической сети – 15%;

- длительность сроков ожидания госпитализации – 11%;

- организация работы регистратур поликлиник – 22%;

- техническое оснащение амбулаторно-поликлинической сети – 27%;

- санитарно-гигиенические условия в стационарах – 7%.

Контроль качества медицинской помощи

 В связи с возрастающей ролью контроля качества медицинской помощи Фондом и СМО активнее применяются новые требования к проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе ОМС Республики Ингушетия, результатом чего является положительная динамика снижения числа нарушений.

 **Медико-экономический контроль (далее – МЭК).** При проведении МЭК проверены все законченные случаи оказания медицинской помощи в отчетном году - 2 139,0 тыс. (ТФОМС-18,0 тыс., СМО-2 121,0 тыс.).

Основные нарушения, выявленные в результате МЭК – 211 880 случаев:

- нарушения, связанные с повторным или необоснованным включением в реестр счетов медицинской помощи – 23%;

- нарушения, связанные с оформлением счетов и реестров счетов, предъявленных на оплату – 3 %;

 - нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на медицинскую помощь – 10%;

- нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в территориальную программу ОМС – 25 %;

- нарушения, связанные с принадлежностью застрахованного лица к СМО – 34 %;

- прочие нарушения – 5 %.

 **Медико-экономическая экспертиза (далее МЭЭ).** В 2017 году ТФ ОМС и СМО проведено 57 007 МЭЭ (ТФОМС-2 985, СМО-54 022), в т.ч. 30 253 плановых экспертиз (ТФОМС-2 895, СМО-27 358) и 26 754 целевых экспертиз (ТФОМС-90, СМО-26 664).

Наибольшее количество целевых МЭЭ проведено:

- в связи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания - 98 %;

- по поводу заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения – 1,8%;

- в связи с поступлением жалоб от застрахованного лица или его представителя – 0,2%.

Основные нарушения, выявленные в результате МЭЭ – 10 746 случаев:

1. дефекты оформления первичной медицинской документации – 79%;
2. нарушения при оказании медицинской помощи – 7%;
3. нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов – 13%;
4. прочие нарушения – 1%.

Структура основных нарушений, выявленных при МЭЭ, отражена на Рис.1.

 **Рис.1**

 **Экспертиза качества медицинской помощи (далее – ЭКМП).** Для обеспечения соблюдения единого порядка организации и проведения контроля качества предоставления медицинской помощи ТФОМС РИ наделен полномочиями формировать и вести территориальный Реестр экспертов качества медицинской помощи.

 Реестр включает 42 врача-эксперта, которые проводят ЭКМП, оказанной застрахованным лицам, по поручению ТФ и СМО в рамках государственного контроля качества медицинской помощи.

В 2017 году Фондом и страховой медицинской организацией привлекались эксперты для проведения ЭКМП по 16 582 экспертным случаям (ТФОМС-306, СМО-16 276). Количество проведенных плановых экспертиз составляет 15 959 (ТФОМС-282, СМО-15 677), целевых – 623 (ТФОМС-24, СМО-599).

Наибольшее количество целевых ЭКМП проведено:

- в связи с повторным обращением по поводу одного и того же заболевания - 1 %;

- по поводу заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения – 1 %;

- в связи с поступлением жалоб от застрахованного лица или его представителя – 1 %;

 - в связи с летальным исходом при оказании медицинской помощи – 97 %.

Основные нарушения, выявленные в результате ЭКМП – 6 156 случаев:

- нарушения, допущенные при оказании медицинской помощи 2 385 случаев:

- невыполнение необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи 99 %;

- необоснованное несоблюдение сроков оказания медицинской помощи 1%;

Дефекты оформления первичной медицинской документации 2 894 случая:

- дефекты оформления и ведения первичной медицинской документации – 80 %;

 - несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов – 4 %;

- непредставление первичной медицинской документации - 16 %.

Прочие нарушения 877случаев.

 Структура нарушений, выявленных при проведении ЭКМП в 2017 году, приведена на Рис.2

 Рис.2

Уменьшение количества выявленных нарушений при ЭКМП свидетельствует об улучшении качества медицинской помощи, предоставляемой медицинскими организациями.

 **Повторная экспертиза медицинской помощи (реэкспертиза).**

 В соответствии с ч.11 ст.40 Федерального закона от 29.11.10 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Приказом ФФОМС от 22.02.2017г. №45 «О внесении изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010г. №230», в целях осуществления контроля за деятельностью страховых медицинских организаций в Республике Ингушетия проводится повторная экспертиза (реэкспертиза) медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, проведенных филиалом АО «МАКС» в г. Назрани. Количество проведенных повторных медико-экономических экспертиз специалистами ТФ составляет в отчетном периоде 2 782 случая.

В 2017 году специалистами ТФ организована повторная ЭКМП по страховым случаям с привлечением внештатных врачей-экспертов. Проведено 1 616 реэкспертиз, в т.ч. плановых и целевых. По результатам проведенных реэкспертиз применены штрафные санкции к СМО и медицинским организациям.

 Для рассмотрения сложных вопросов в 2017г. в ТФОМС РИ проводится работа по рассмотрению спорных вопросов по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с участием представителей Фонда, СМО, медицинских организаций.

В рамках межтерриториальных расчетов Фондом в 2017 году проведен контроль 55698 случаев на сумму 474 551,2 тыс. рублей, предъявленных территориальными фондами за медицинскую помощь, оказанную жителям Республики Ингушетия в других субъектах Российской Федерации, по результатам которого выявленные нарушения составили в сумме 140 116,0тыс. рублей.

Выставлено за пролеченных иногородних граждан в медицинских организациях Республики Ингушетия 16 675 случаев лечения на сумму 116 680,9 тыс. рублей.

На протяжении последних лет ситуация с субъектами РФ, в которых чаще всего оказывается медицинская помощь жителям Республики Ингушетия, остается стабильной - это прежде всего город Москва и Московская область, город Санкт-Петербург, а также граничащие с республикой регионы – РСО-Алания, Ставропольский край и Чеченская Республика.

В 2017 году Фондом в другие субъекты РФ за оказание медицинской помощи жителям Республики Ингушетия перечислено 417 648,2 тыс.рублей, без учета переходящей задолженности на 2018 год в размере 28 933,7 тыс. рублей. Объем возмещения стоимости медицинской помощи территориальными фондами других субъектов РФ в бюджет Фонда составил 109 663,5 тыс. рублей.

Вместе с тем, поведена работа по взысканию задолженности в судебном порядке с ТФОМС РСО-Алания. Арбитражным судом РСО-Алания принято решение о взыскании с ТФОМС РСО-Алания в бюджет ТФОМС РИ задолженности в размере 58 295,2 тыс. рублей.

**VI. Информатизация системы ОМС Республики Ингушетия**

Приоритетными направлениями информатизации в условиях постоянно возрастающего объема, интенсивности и значимости информационных потоков в 2017 году являлись поддержание высокой скорости обработки данных, обеспечение надежности, устойчивости и защищенности информационной системы с выполнением требований законодательства Российской Федерации за счет совершенствования структуры данных и программного обеспечения уровня Фонда, организационно-технических мероприятий по защите конфиденциальной информации, модернизации информационно-технического обеспечения при ведении регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц Республики Ингушетия, расчёте коэффициентов корректировки тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, изменении алгоритма расчёта стоимости оказанной по ОМС медицинской помощи.

В Территориальном фонде обеспечивается автоматизированный сбор и обработка данных персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах, а также о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Обеспечена интеграция с республиканской медицинской информационной системой, при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи и мониторинг прикрепленного населения в режиме онлайн.

В текущем году на портале госуслуг заработает личный кабинет пациента, благодаря которому у гражданина появиться возможность получать информацию о перечне и стоимости оказанных ему медицинских услуг в медицинских организациях республики.

В 2017 году от медицинских организаций принято к обработке 1513 счетов, включающих более 2-х миллионов случаев оказанной медицинской помощи.

Одним из направлений в отчетном году стали работы по актуализации регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, в том числе:

- актуализировано 1 236 устаревших документов, удостоверяющих личность;

- исправлено и объединено 1 794 дублирующихся записей;

-исключено из регистра застрахованных по прочим причинам (прекращения срока действия документов иностранных граждан; возврат полисов обязательного медицинского страхования территориальными фондами других регионов по причине смерти или перестрахования; регистрация смерти по данным центрального сегмента; дополнительные мероприятия по актуализации регистра) - 3557 записей.

В рамках ведения регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц и актуализации центрального сегмента единого регистра застрахованных лиц в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования отправлено 489 523 сообщений с запросами о страховой принадлежности и сообщениями об изменении состояния полиса. Изготовлено и передано СМО 18 600 полисов ОМС единого образца.

В рамках соглашения «Об информационном взаимодействии Федеральной налоговой службы и Федерального фонда обязательного медицинского страхования» от 30.11.2011 за 2017 год от УФНС по Республики Ингушетия получено и обработано всего 298 346 сведений о СНИЛС застрахованных лиц со статусом «работающий».

Численность неработающих граждан на 1 апреля 2017 года, снизилась по сравнению с аналогичным показателем 2016 года на 8 710 человек и составила 324 018 человек. Расчетная сумма взносов на ОМС неработающего населения в 2017 году по сравнению с 2016 годом уменьшилась на 54,7 млн. рублей.

**Заключение**

По итогам деятельности в 2017 году основные цели и задачи, которые стояли перед Фондом были достигнуты.

В истекшем году Фондом обеспечено финансирование Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия в полном объеме.

Повышена эффективность деятельности участников системы обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия и обеспечивалась ее координация в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Ингушетия в 2018 году будет ориентирована на достижение следующих целей:

 - обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС в кризисный период;

 - усиление контроля за целевым и эффективным использования средств ОМС;

 - усиление контроля за деятельностью СМО по ОМС, защите прав застрахованных лиц, в том числе проведение повторного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

 - обеспечение актуальности, бесперебойного функционирования и развития информационной системы ОМС Республики Ингушетия в условиях изменяющегося законодательства и потребностей Фонда;

 - мониторинг заработной платы медицинских работников по достижению целевых прогнозных показателей, предусмотренных в Указе Президента РФ от 07 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях государственной социальной политики».

Директор Х.И. Зязиков