**ИТОГИ РАБОТЫ ТФОМС ЛИПЕЦКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2019 ГОД**

За 2019 год в бюджет территориального фонда ОМС поступило средств в виде субвенций из ФФОМС на финансовое обеспечение организации ОМС в сумме 13945,0 млн. руб., что составляет 96,0% от всех полученных доходов фонда и 108,6% от размера субвенции за аналогичный период прошлого года (12840,5 млн.руб.).

Поступление трансфертов из областного бюджета на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, в бюджет территориального фонда ОМС составило 83,3 млн.рублей, что составляет 0,6% от всех полученных доходов фонда и 127,7% от объема трансфертов из областного бюджета за прошлый 2018 год.

Рост сопоставимых вышеуказанных доходов фонда для финансового обеспечения реализации территориальной программы ОМС в 2019 году составил 1 122,6 млн. руб. или 8,7%.

Всего за 2019 год доходы бюджета территориального фонда ОМС сложились в размере 14 520,3 млн. руб., что составляет 100,0% от утвержденных законом бюджетных назначений и 109,7% к доходам аналогичного периода 2018 года (13241,9 млн.руб.).

 На реализацию территориальной программы обязательного медицинского страхования в текущем году в расходной части бюджета ТФОМС предусмотрено направить 13896,4 млн.руб., фактически израсходовано – 13 830,2 млн.рублей, что составляет 99,5% от утвержденного показателя и 108,2% от аналогичного показателя прошлого года (12 784,8 млн.руб.).

На оплату медицинской помощи застрахованным жителям Липецкой области за пределами территории страхования и иногородним гражданам направлено 1163,1 млн.руб., что больше чем в прошлом году на 265,0 млн.руб. или на 29,5% (898,1 млн.рублей).

Расходы на ведение дела страховых медицинских организаций за 2018 год составили 130,1 млн.рублей (1,0% от объема финансирования медицинской помощи).

На содержание исполнительной дирекции Фонда израсходовано 85,7 млн. рублей, что составляет 0,6% от поступивших средств.

На выполнение территориальной программы ОМС в части оплаты медпомощи за прошлый год страховыми медицинскими организациями направлено 13383,2 млн.руб., что составляет 97,2% от утвержденной стоимости программы и 109,2% к аналогичному показателю 2018 года, в том числе:

- стоимость амбулаторно-поликлинической помощи утверждена в сумме 4886,1 млн.руб., фактическое выполнение составило - 4736,1 млн. руб. или 96,9% от утвержденной и 101,7% к соответствующему показателю прошлого года (4655,4 млн.руб.),

- стоимость стационарной помощи утверждена в сумме 6613,3 млн. руб., фактическое выполнение составило 6249,9 млн.руб. или 94,5% от утвержденной и 109,1% к аналогичному показателю прошлого года (5726,7 млн.руб.),

- стоимость медицинской помощи в дневных стационарах (без учета ЭКО) утверждена в сумме 1347,3 млн. руб., фактически выполнено – 1527,1 млн.руб. или 113,3% от утвержденной стоимости и 150,6% к соответствующему показателю 2018 года (1013,8 млн.руб.),

- стоимость медицинской помощи в дневных стационарах в части ЭКО утверждена в сумме 64,4 млн. руб., фактически выполнено - 51,8 млн.руб. или 80,5% от утвержденной стоимости и 91,4% к соответствующему показателю 2018 года (56,7 млн.руб.),

- стоимость скорой медицинской помощи утверждена в сумме 854,9 млн. руб., фактически выполнено - 818,3 млн. руб. или 95,7% от утвержденной и 102,2% к соответствующему показателю прошлого года (800,8 млн.руб.).

Объемы медицинской помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС, выполнены:

- по стационарной помощи – на 109,3% от плановых значений и на уровне аналогичного период 2018 года;

- по амбулаторно-поликлинической помощи – на 76,7%, что выше уровня 2018 года на 0,6% ;

- по медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах всех типов, - на 106,2%, что на 10,8% выше, чем в 2018 году,

- по скорой помощи – на 92,5%, что выше уровня аналогичного показателя 2018 года на 1,9%.

Среднедушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС сложился по результатам 2019 года в размере 12073,74 руб. на 1 застрахованного жителя области, что составляет 102,7% от утвержденного показателя Программой государственных гарантий (11759,13 руб.) и на 9,5% выше прошлогоднего показателя (11024,82 руб.).

Израсходовано медицинскими организациями за 2019 год 13731,5 млн.руб., что на 13,4% выше прошлогоднего показателя (в 2018 г. - расход МО составлял 12111,3 млн.руб.), в том числе:

- на заработную плату с начислениями - 9348,8 млн.руб. или с ростом 8,0% (в 2018г. – 8654,1 млн.руб.),

- на медикаменты - 2392,2 млн.руб. или с ростом 42,2% (в 2018г. – 1682,5 млн.руб.),

- на продукты питания - 195,7 млн.руб. или ниже чем в 2018г. на 1,3% (в 2018г. – 198,2 млн.руб.),

- на коммунальные услуги - 396,6 млн.руб. или ниже чем в 2018г. на 8,0% (в 2018г. – 431,3 млн.руб.).

Таким образом, основная доля в объеме роста расходов медицинских организаций приходится на рост заработной платы и расходов на приобретение медикаментов и перевязочных средств, при одновременном снижении других статей расходов - на приобретение продуктов питания и оплаты коммунальных услуг.

По итогам 2019 года для финансирования медицинских учреждений по дифференцированным подушевым нормативам в страховые медицинские организации направлено 3329,9 млн.руб., что составило 2 835,87 руб. на 1 застрахованного за отчетный период (или 236,32 руб. в месяц при базовом среднедушевом нормативе – 191,95 руб.).

Базовый среднедушевой норматив, утвержденный на 2019 год, ниже базового среднедушевого норматива 2018 года на 46,41руб. в связи с исключением из подушевого финансирования дневных стационаров и неотложной медицинской помощи (в соответствии с требованиями нормативных документов в сфере ОМС на 2019 год).

Вышеуказанные виды медицинской помощи в 2019 году оплачиваются в рамках утвержденного задания, сформированного с учетом средств, исключенных из подушевого финансирования.

Анализ работы стационаров по клинико-статистическим группам показал, что общее количество случаев стационарного лечения за 12 месяцев 2019 года составило 217 489, что на 1 354 случая меньше, чем за 12 месяцев 2018 года.

Средняя длительность лечения за 12 месяцев 2019 года осталась на уровне прошлого года и составила 8,6 дня.

Средняя стоимость 1 случая лечения по сравнению с 12 месяцами 2018 года увеличилась на 1 907,57 руб. и составила 27 718,25 руб.

В 2019 году проведены 62 проверки, в том числе: в медицинских организациях 60 проверок: 40 – комплексных плановых проверок и 4 –плановые контрольные, 16 тематических проверок; в страховых медицинских организациях - 2 плановые комплексные проверки.

 Остаток не восстановленных средств ОМС по состоянию на 01.01.2019 составил 420,8 тыс.руб. (ГУЗ «Елецкая городская детская больница»), не восстановлено штрафов 52,0 тыс. руб.

Сумма средств, использованных не по целевому назначению, в медицинских организациях по итогам проверок в 2019 году составила 2736,8 тыс.руб.

В соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сумма средств ОМС, использованная медицинскими организациями не по целевому назначению, перечислена в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области в 2019году в размере 2 777,6 тыс.руб.

Остаток невосстановленных средств ОМС по состоянию на 01.01.2020 составляет 380,0 тыс. руб. - ГУЗ «Елецкая городская детская больница» (не восстановлены средства с декабря 2018года). В адрес медицинской организации неоднократно направлялись письма о необходимости восстановления средств.

Сумма предъявленных штрафов, пени в 2019 году по результатам проверок медицинских организаций составила 276,5 тыс. руб. Сумма средств, полученная в отчетном периоде от применения штрафов, пени по результатам проверок –328,5 тыс.руб. Таким образом, по состоянию на 01.01.2020 года штрафные санкции перечислены в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования Липецкой области в полном объеме.

В рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Липецкой области, специалистами ТФОМС Липецкой области и СМО в 2019 году проводились экспертные мероприятия в соответствии с действующими нормативными актами.

За отчетный период подвергнуто экспертизам 189,0 тыс.страховых случаев, оказанных гражданам, застрахованным на территории Липецкой области.

При проведении медико-экономических экспертиз (МЭЭ) в 2019 году было проанализировано 123,1 тыс.случаев оказания медицинской помощи. Нарушения при МЭЭ были установлены в 18,7 тыс. случаев (15%), отмеча­ется снижение в сравнении с аналогичным периодом 2018 года, когда данный по­казатель составлял 18%.

В ходе экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП) было проанализировано более 65,9 тыс. случаев оказания медицинской помощи, Нарушения при ЭКМП были установлены в 11,4 тыс.случаев (17%),в сравнении с аналогичным периодом 2018 года, данный показатель также составлял 17%.

По итогам МЭЭ и ЭКМП к медицинским организациям применены финансовые санкции в размере 67,3 млн. руб. (2018 – 68,4 млн.руб.).

Деятельность ТФОМС Липецкой области и СМО по рассмотрению обра­щений граждан позволяет оценить удовлетворенность граждан различными раз­делами работы МО.

За 2019 год ТФОМС и СМО было рассмотрено 95603 обраще­ния, из них обращений за разъяснениями составило 95345, наибольшее количество по во­просам выбора и/или замены СМО, МО, врача и обеспечение выдачи полисов от общего количества.

Количество жалоб составило 258 или 0,3% от общего числа обращений.

Все жалобы рассмотрены в досудебном порядке, обоснованными признано 109 (42%).

Наибольшее количество обоснованных жалоб 48 (44%) - по оказанию медицинской помощи.

 В течение отчетного периода специалистами ТФОМС Липецкой области проведены проверки экспертной деятельности страховых медицинских организаций по проведению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. В 76 медицинских организациях были проведены повторные экспертизы 8703 страховых случаев. Установлено 112 нарушений (1,3%), допущенных медицинскими организациями, но не выявленных СМО при первичном проведении экспертиз. По итогам повторных экспертиз к СМО применено штрафных санкций в размере 10% от суммы, необоснованно оплаченной медицинским организациям, что составило 84111,93 руб.