Приложение № 7

**Анализ причин региональных диспропорций в охвате мероприятий, проводимых субъектами ОМС (в том числе повторных) по контролю прав и законных интересов застрахованных по ОМС лиц (использование математических методов корреляции и регрессии)**

На основе методов системного анализа, документальных и аналитических методов, методологии оценки эффективности программ и проектов в здравоохранении, методических подходов проектного моделирования, статистических методов обработки данных, инструментов математических методов корреляции и регрессии и др., осуществлены:

1. Анализ причин региональных диспропорций в охвате мероприятий, проводимых субъектами ОМС,
2. Выбор факторов, влияющих на рейтинговые оценки контрольных мероприятий по защиты прав и законных интересов застрахованных по ОМС лиц,
3. Формирование обобщенных групп показателей (факторных показателей) для оценки контрольных мероприятий по защиты прав и законных интересов застрахованных по ОМС лиц.

Одной из причин региональных диспропорций в охвате мероприятий, проводимых субъектами ОМС является отсутствие опережающих механизмов, превентивных мер для предотвращения большого количества последующих проверок.

Специалисты-эксперты в ОМС, эксперты качества и безопасности (аккредитация по линии Росздравнадзора) проводят процедуры проверки и сведения поступают в соответственно в СМО, Росздравнадзор и далее по регламентам информационного обмена становятся доступными всем заинтересованным лицам для принятия управленческих решений, в. т. ч. для планирования мер опережающего контроля в системе ЗПЗЛ в ОМС. Как известно, имеются эксперты качества, которые аккредитованы Росздравнадзором. Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая экспертом качества в системе ОМС, составляет единую систему государственного контроля (рисунок 1).

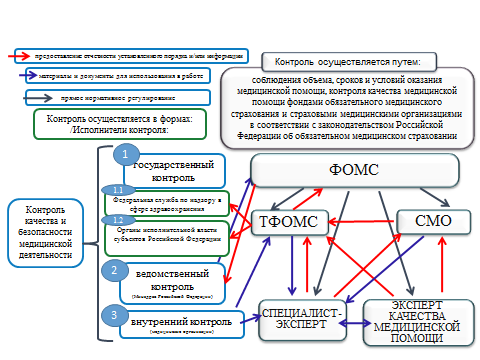


Рисунок 1 - Система контрольно-надзорных процедур (госконтроль, ведомственный контроль, внутренний контроль в ОМС) современном здравоохранении и место контрольных проверок по линии обязательного медицинского страхования

ТФОМС, СМО концентрируют основную функциональную нагрузку, оперируя силами специалистами экспертами.

Факторами, влияющими на эффективность проводимых в субъектах Российской Федерации контрольных мероприятий (а далее и на рейтинговые оценки мероприятий в системе ЗПЗЛ) может быть наличие (отсутствие):

1. Прямого нормативного регулирования процессов проведения контрольных мероприятий и(или) федеральных регламентов по контролю ЗПЗЛ для всех участников ведомственного и государственного контроля (черные стрелки на рисунке 1),
2. Ведомственных методических материалов по контролю ЗПЗЛ, выделение контрольных действий по ЗПЗЛ в регламентах СМО, ТФОМС, а также чек-листах внутреннего контроля МО и при проведении экспертизы экспертом – специалистом (синие стрелки на рисунке 1),
3. Регламентов проверок ЗПЗЛ, их оформление с учетом качества материалов, документов, предоставляемых медицинским организациями по ЗПЗЛ, которые можно интегрировать в общую систему экспертизы качества медпомощи, контроля объемов и условий ее получения ЗЛ в ОМС (красные стрелки на рисунке 1).

При наличие всех рассмотренных факторов, обеспечении их регламентами, порядками и чек-листами (соответственно по уровням участников процесса проведения контрольного мероприятия) должен формироваться (составляться) список факторных показателей для оценки сравнительной эффективности реализации каждого из трех направлений. Качество, полнота и достоверность сведений, предоставляемых специалистом экспертом, для дальнейших решений и выводов по результатам контрольных мер - красные стрелки на рисунке 1, - показывают какое значение имеют результаты его заключений. На них строится дальнейшее взаимодействие СМО, ТФОМС в части принятия решений о последствиях выявленных фактов несоответствий (нарушений).

Этапы процесса работы эксперта, методическое обеспечение проверки счетов, реестров, медицинской документации, прочих первичных учетных документах и отчетных форм, с которыми он работает, должны иметь единые унифицированные подходы. Важны результаты документирования контрольного мероприятия, предоставления экспертных заключений (актов экспертизы).

Для целей данного исследования проведен сбор, первичная обработка, выравнивание количественных показателей проведения СМО, ТФОМС общего количества контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в 26 субъектах, в том числе по видам:

* Медико-экономического контроля (МЭК) - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи,
* Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации,
* Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

Среди причин региональных диспропорций в охвате мероприятий, проводимых субъектами ОМС отмечаются организационные вопросы, связанные с формированием ТФОМС региональных списков экспертов качества медицинской помощи. Обновление требований по включению экспертов качества в единый федеральный список может способствовать унификации требований к повышению квалификации, уточнению регламентов их работы и снижению диспропорций в охвате контрольных мероприятий. Обновленные требования к уровню их квалификации дают новые стимулы для результативности экспертизы т.е. работы, которая проводится для защиты прав и законных интересов ЗЛ.

Анализ причин региональных диспропорций в охвате мероприятий, проводимых субъектами ОМС связан также с отсутствием превентивных мер нарушений объемов выставляемой в счете ОМС в связи с превышением плановых объемов помощи медицинскими организациями. Плановый механизм утверждения объемов помощи и ее сроков не всегда учитывает реальные половозрастные, медико-демографические характеристики территориального населения в городах и сельской местности.

Страховые медицинские организации при сверхплановых объемах помощи, выявленных случаях нарушения сроков ее оказания, несоответствия данных медицинской документации реально предоставленным к оплате законченным случаям не имеют механизмов учета региональных таких особенностей. Это может быть одной из причин, возникающих в последующем поводов проводить экспертизы, особенно при повторных случаях. Повторные госпитализации населения в течении короткого времени по одному и тому же поводу сигнал для контрольных действий. На это влияют и особенности территориального населения, районирование сети медицинских организаций, их коечная мощность. Кроме того, факторами влияния могут быть названы различия субъектов по уровню функции врачебной должности (количеству застрахованных на одного врача, или койку).

Анализ охвата (количества) экспертными мероприятиями в 26 субъектах сравнивался в абсолютных значениях по 2020 году, затем проведены расчеты количества проведенных МЭЭ, МЭК, ЭКМП по удельным значениям - в расчете на одно застрахованное лицо, официально зарегистрированное в субъекте РФ по данным ФОМС на 01.01.2020. Проведена кластеризация 26 субъектов РФ с использованием математического аппарата, чтобы выявить сравнительные данные по выборке в охвате проводимых СМО контрольных мероприятий. Анализировалось количество экспертиз, проведенное за пределами субъекта выдачи полиса, являющийся относительно новым видом контроля. Абсолютные цифры охвата ТФОМС мероприятий сравнивался по абсолютным значениям и по удельным, приходящимся на одно застрахованное лицо. С учетом использования математических методов проводилась кластеризация и выяснение причин формирования разных удельных сравниваемых данных (рисунок 2).

Сравнительные оценки эффективности экономических мер воздействия СМО на МО анализировались с целью установления причинно-следственных связей между количество экспертиз и качеством работы МО. Проверка наличия связи и (или) взаимного влияния указанных показателей производилась на основе сравнения экономических данных по каждой экспертизе и (или) в целом по сумме всех санкций (суммарному значению совокупности ЭКМП, МЭЭ, МЭК). Вычислялись удельные значения охвата (количества) проводимых контрольных экспертиз с размерами штрафов к ЛПУ, размерами санкций к медицинским организациям по причине некачественного, несвоевременного оказания помощи и (или) оказания помощи ненадлежащего качества.

Таблица 1 - Средства ТФОМС, направляемые в СМО, Средства СМО, взысканные с медицинских организаций за некачественную, несвоевременную помощь, общий размер штрафных санкций СМО к медицинским организациям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Федеральные округа и субъекты Российской Федерации** | **Целевые средства СМО из ТФОМС (млн. руб.)** | **Взыскания СМО к МО (некачественная, несвоевременная, ненадлежащего качества МП (млн. руб.)** | **Суммы штрафов СМО к МО (млн. руб.)** |
| 1 | 3 | 4 | 5 |
| Российская Федерация | 2 229 243,90 | 890,59 | 917,02 |
| Центральный федеральный округ | 616 136,23 | 164,68 | 165,62 |
| Ивановская область | 11 261,02 | 7,16 | 7,75 |
| Орловская область | 9 184,82 | 2,30 | 2,32 |
| Московская область | 107 421,04 | 41,97 | 41,98 |
| Смоленская область | 11 401,14 | 6,53 | 6,54 |
| Тамбовская область | 11 777,51 | 6,98 | 7,06 |
| г. Москва | 272 785,11 | 15,96 | 15,97 |
| Северо-Западный федеральный округ | 249 961,59 | 4,14 | 117,81 |
| Республика Коми | 18 484,47 | 0,00 | 16,97 |
| Мурманская область | 17 216,19 | 0,05 | 9,80 |
| г. Санкт-Петербург | 109 268,29 | 1,22 | 33,28 |
| Южный федеральный округ | 294 099,13 | 84,20 | 85,07 |
| Краснодарский край | 67 001,48 | 26,04 | 26,82 |
| Астраханская область | 11 358,98 | 1,89 | 1,90 |
| Ростовская область | 49 532,36 | 9,27 | 9,27 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | 107 289,34 | 50,46 | 51,23 |
| Республика Дагестан | 30 576,49 | 13,52 | 14,18 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 9 346,71 | 2,60 | 2,60 |
| Приволжский федеральный округ | 383 028,36 | 129,17 | 132,15 |
| Республика Башкортостан | 57 240,95 | 5,10 | 5,10 |
| Республика Мордовия | 9 375,26 | 3,49 | 3,38 |
| Республика Татарстан | 47 221,50 | 7,41 | 7,43 |
| Нижегородская область | 39 768,73 | 28,15 | 28,82 |
| Самарская область | 40 324,42 | 10,62 | 10,62 |
| Уральский федеральный округ | 212 289,87 | 104,00 | 104,49 |
| Курганская область | 12 109,60 | 3,82 | 3,82 |
| Свердловская область | 61 914,71 | 34,01 | 34,03 |
| Челябинская область | 50 059,64 | 8,58 | 8,62 |
| Сибирский федеральный округ | 281 290,22 | 123,18 | 125,79 |
| Красноярский край | 56 024,74 | 31,90 | 32,25 |
| Дальневосточный федеральный округ | 190 890,01 | 120,98 | 134,61 |
| Республика Бурятия | 17 244,77 | 9,54 | 9,95 |
| Республика Саха (Якутия) | 36 916,98 | 8,80 | 9,14 |
| Амурская область | 14 075,17 | 17,31 | 20,23 |

При анализе данных о движении средств ОМС, приведенных на одно застрахованное лицо, по группе показателей «финансовые санкции и связанные с ними контрольные мероприятия» в 26 пилотных регионах методами математической обработки данных получены следующие результаты.

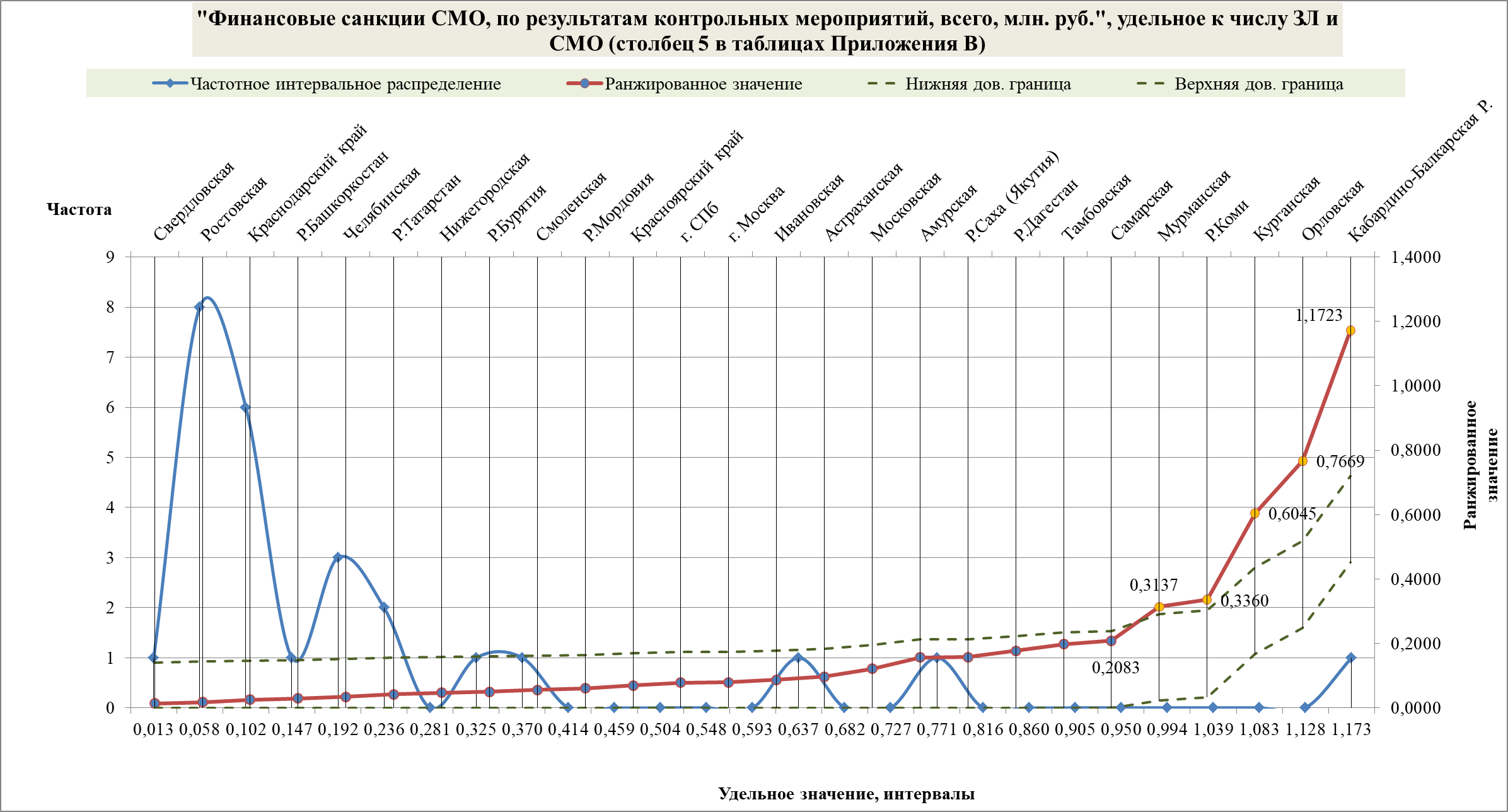
Таблица 2 - Результаты математической обработки фактических данных 26 субъектов РФ по показателю финансовых санкций СМО к медицинским организациям для оценки уровня их региональной дифференциации (удельные значения в расчете на 1ЗЛ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Субъекты Российской Федерации** | **Финансовые санкции СМО (удельные на одно ЗЛ) к МО** | **Интервал** | **Частотное распределение** | **(Y-D)/2** | **(Y+D)/2** |
| Свердловская область | 0,0132 | 0,013 | 1 | 0,0000 | 0,1410 |
| Ростовская область | 0,0180 | 0,058 | 8 | 0,0000 | 0,1434 |
| Краснодарский край | 0,0255 | 0,102 | 6 | 0,0000 | 0,1472 |
| Республика Башкортостан | 0,0293 | 0,147 | 1 | 0,0000 | 0,1491 |
| Челябинская область | 0,0342 | 0,192 | 3 | 0,0000 | 0,1515 |
| Республика Татарстан | 0,0416 | 0,236 | 2 | 0,0000 | 0,1552 |
| Нижегородская область | 0,0468 | 0,281 | 0 | 0,0000 | 0,1578 |
| Республика Бурятия | 0,0497 | 0,325 | 1 | 0,0000 | 0,1592 |
| Смоленская область | 0,0559 | 0,370 | 1 | 0,0000 | 0,1624 |
| Республика Мордовия | 0,0606 | 0,414 | 0 | 0,0000 | 0,1647 |
| Красноярский край | 0,0697 | 0,459 | 0 | 0,0000 | 0,1693 |
| г. Санкт-Петербург | 0,0780 | 0,504 | 0 | 0,0000 | 0,1734 |
| г. Москва | 0,0796 | 0,548 | 0 | 0,0000 | 0,1742 |
| Ивановская область | 0,0868 | 0,593 | 0 | 0,0000 | 0,1778 |
| Астраханская область | 0,0968 | 0,637 | 1 | 0,0000 | 0,1828 |
| Московская область | 0,1215 | 0,682 | 0 | 0,0000 | 0,1952 |
| Амурская область | 0,1563 | 0,727 | 0 | 0,0000 | 0,2126 |
| Республика Саха (Якутия) | 0,1578 | 0,771 | 1 | 0,0000 | 0,2133 |
| Республика Дагестан | 0,1767 | 0,816 | 0 | 0,0000 | 0,2228 |
| Тамбовская область | 0,1982 | 0,860 | 0 | 0,0000 | 0,2335 |
| Самарская область | 0,2083 | 0,905 | 0 | 0,0000 | 0,2386 |
| Мурманская область | 0,3137 | 0,950 | 0 | 0,0224 | 0,2913 |
| Республика Коми | 0,3360 | 0,994 | 0 | 0,0336 | 0,3024 |
| Курганская область | 0,6045 | 1,039 | 0 | 0,1678 | 0,4366 |
| Орловская область | 0,7669 | 1,083 | 0 | 0,2490 | 0,5179 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 1,1723 | 1,128 | 0 | 0,4517 | 0,7206 |
| Среднее по выборке | 0,1922 | 1,173 | 1 |  |  |
| Макс | 1,1723 |  |  |  |  |
| Мин | 0,0132 |  |  |  |  |
| Стандартное откл., D | 0,2688 |  |  |  |  |
| Дов. интервал D/2 | 0,1344 |  |  |  |  |
| Число интервалов | 26 |  |  |  |  |
| Интервал | 0,0446 |  |  |  |  |

Как видно из таблицы 2 имеется колебания по субъектам РФ от среднего по выборке (0,1922) как в сторону увеличения, так и в сторону снижения. Диапазон колебаний характеризуется размахом от 1,1723 тыс. рублей на застрахованное лицо (максимальное) до 0,01322 (минимальное). Нагляднее такие колебания по пилотным субъекта можно представить на рисунке 2.

Оранжевым цветом на основной линии графика (красно-оранжевая) выделены вершины, вышедшие за границы доверительного диапазона, т.е. за границы максимального – минимального диапазона по выборке.

Рисунок 2 - Ранжированное по возрастанию значение и частотное распределение, «Финансовые санкции СМО, по результатам контрольных мероприятий, всего, млн. руб.», удельное к числу ЗЛ и СМ



При среднем по выборке значении 0,1922 показателя «Финансовые санкции СМО, по результатам контрольных мероприятий, всего, млн. руб.», удельное значение к числу ЗЛ и СМО, за границы доверительного диапазона вышли Мурманская область (значение 0,3137), Республика Коми (0,3360), Курганская область (0,6045), Орловская область (0,7669) и Кабардино-Балкарская Республика (1,1723 – наибольшее отклонение от среднего). Здесь впервые фигурирует Орловская область и уже «традиционно» - Мурманская область и Республика Коми, что позволяет уже говорить об общей для этих двух субъектов характеристике как условно «плохих», независимо от того, какой показатель мы анализируем. Для всех показателей картина примерно одинакова.

Восемь субъектов попали в первый интервал удельных значений, от 0,13 до 0,058 (крайний левый «горб» на синей кривой), еще 6 в интервал от 0,058 до 0,102 (второй слева «горб») и так далее. То есть, более двух третей субъектов по показателю «Финансовые санкции СМО, по результатам контрольных мероприятий, всего, млн. руб.» уложились в нижнюю часть доверительного диапазона и достаточно узкий коридор значений.

Таким образом:

1. Имеется подтвержденная математическими расчетами региональная дифференциация в факторных показателях, характеризующих финансовые санкции СМО к медицинским организациям, если анализировать данные показатели в расчет на одно застрахованное лицо,
2. Для проектных решений и дальнейшего использования предложенного сравнительного ранжирования субъектов РФ, для оценок результативности контрольных мероприятий СМО в пользу застрахованного, результатами которых являются денежные взыскания с медицинских организаций, может быть рекомендовано использовать такой подход.

Обнаружить прямую зависимость таких колебаний с результативность показателей удовлетворенности и (или) наоборот неудовлетворенности ЗЛ качеством медицинской помощи — вот задача лиц, принимающих решения о превентивной роли проводимых контрольных действий СМО.

Размеры финансовых санкций СМО к МО имеют цель работать на профилактику повторных нарушений. Основная цель всех экспертиз - контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

В таблицах 3-5 представим данные о значениях факторных показателей 2 группы - показатели оценки эффективности внутренних бизнес-процессов в части контрольных мероприятиях в исследуемых 26 субъектах Российской Федерации, которые в дальнейшем составят основу интерактивной карты рейтинговых оценок контрольных мероприятий по ЗПЗЛ в анализируемых регионах.

В таблице 3 представлены количественные значения факторных показателей по количеству экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), проведенных на территории получения полиса застрахованного лица. Данная экспертиза КМП проводится с целью:

* Выявления нарушений при оказании медицинской помощи ЗЛ, в том числе по срокам и своевременности помощи,
* Оценки правильности выбора метода профилактики, диагностики, лечения и реабилитации,
* Степени достижения запланированного результата.

Отметим, что таблица 3 содержит показатели по количеству страховых случаев, подвергшихся ЭКМП (на территории получения полиса ЗЛ), а также показатели повторно проведенных экспертиз (мероприятий) территориальными фондами ОМС. Именно оценка внутренних процессов в системе защиты прав ЗЛ на уровне СМО, ТФОМС позволяет судить о сравнительной эффективности ее, установления рейтинговых мест субъектам РФ.

Следует отметить, что наибольшее количество проведенных ЭКМП (на территории получения полиса ЗЛ) в 2020 г. было в Московской области, где этот показатель составил 428 516, в Свердловской области-242 155, Челябинской области -206 278. Наименьшие показатели отмечены в Астраханской области - 3 659 экспертиз в 2020 г., в Кабардино-Балкарской Республике их было проведено 4 386, Республике Мордовия 7 108, в Республике Саха (Якутия) – 7 490.

По количеству страховых случаев, подвергшихся экспертизе качества медицинской помощи в 2020 году, следует отметить наибольшие показатели в Московской области – 548 609, г. Москве – 477 477, наименьшие в Мурманской области – 25 947, Республике Мордовия – 27 438, Кабардино-Балкарской Республике – 33 733.

По количеству ЭКМП, повторно проведенных ТФОМС на территории выдачи полиса ЗЛ наибольший показатель отмечен в Московской области и составил 15 515 экспертиз, наименьший – в Курганской области – 188.

Таблица 3 - Количество экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), проведенных на территории получения полиса застрахованного лица

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Федеральные округа и субъекты Российской Федерации** | **Застрахованные лица (ЗЛ),**  **(тыс. чел)** | **Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП)** | | | | | |
| **Количество проведенных ЭКМП**  **(на территории получения полиса ЗЛ), (шт.)** | **на одного ЗЛ** | **Количество страховых случаев, подвергшихся ЭКМП (на территории получения полиса ЗЛ), (шт.)** | **на одного ЗЛ** | **из них повторно проведено ТФОМС, (шт.)** | **на одного ЗЛ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Российская Федерация | | | | | | | |
| Центральный федеральный округ | | | | | | | |
| Ивановская область | 988,12 | 17 186 | 0,017 | 41 057 | 0,042 | 269 | 0,000 |
| Орловская область | 762,58 | 46 399 | 0,061 | 50 051 | 0,066 | 4 640 | 0,006 |
| Московская область | 7 642,58 | 428 516 | 0,056 | 548 609 | 0,072 | 15 515 | 0,002 |
| Смоленская область | 941,48 | 0 | 0,000 | 44 910 | 0,048 | 1 208 | 0,001 |
| Тамбовская область | 991,16 | 14 660 | 0,015 | 42 268 | 0,043 | 1 114 | 0,001 |
| г. Москва | 12 495,75 | 112 829 | 0,009 | 477 477 | 0,038 | 8 765 | 0,001 |
| Северо-Западный федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Коми | 877,06 | 99 310 | 0,113 | 99 758 | 0,114 | 448 | 0,001 |
| Мурманская область | 739,61 | 25 947 | 0,035 | 25 947 | 0,035 | 0 | 0,000 |
| г. Санкт-Петербург | 5 711,87 | 155 974 | 0,027 | 158 240 | 0,028 | 2 266 | 0,000 |
| Южный федеральный округ | | | | | | | |
| Краснодарский край | 5 523,55 | 42 786 | 0,008 | 258 737 | 0,047 | 9 189 | 0,002 |
| Астраханская область | 982,75 | 3 659 | 0,004 | 44 654 | 0,045 | 1 233 | 0,001 |
| Ростовская область | 4 055,46 | 58 494 | 0,014 | 223 203 | 0,055 | 1 017 | 0,000 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Дагестан | 2 610,66 | 71 526 | 0,027 | 74 954 | 0,029 | 3 428 | 0,001 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 749,13 | 4 386 | 0,006 | 33 733 | 0,045 | 1 263 | 0,002 |
| Приволжский федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Башкортостан | 4 027,78 | 36 194 | 0,009 | 228 364 | 0,057 | 2 340 | 0,001 |
| Республика Мордовия | 764,69 | 7 108 | 0,009 | 27 438 | 0,036 | 822 | 0,001 |
| Республика Татарстан | 3 785,57 | 63 624 | 0,017 | 228 780 | 0,060 | 3 343 | 0,001 |
| Нижегородская область | 3 211,61 | 24 286 | 0,008 | 129 426 | 0,040 | 2 847 | 0,001 |
| Самарская область | 3 204,66 | 32 135 | 0,010 | 89 787 | 0,028 | 4 022 | 0,001 |
| Уральский федеральный округ | | | | | | | |
| Курганская область | 859,54 | 17 288 | 0,020 | 41 106 | 0,048 | 188 | 0,000 |
| Свердловская область | 4 417,49 | 242 155 | 0,055 | 234 265 | 0,053 | 5 226 | 0,001 |
| Челябинская область | 3 525,75 | 206 278 | 0,059 | 213 434 | 0,061 | 7 156 | 0,002 |
| Сибирский федеральный округ | | | | | | | |
| Красноярский край | 2 908,72 | 126 917 | 0,044 | 130 390 | 0,045 | 3 473 | 0,001 |
| Дальневосточный федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Бурятия | 981,87 | 26 350 | 0,027 | 46 761 | 0,048 | 412 | 0,000 |
| Республика Саха (Якутия) | 966,48 | 7 490 | 0,008 | 45 476 | 0,047 | 882 | 0,001 |
| Амурская область | 798,60 | 14 614 | 0,018 | 40 234 | 0,050 | 1 060 | 0,001 |

Как видно в таблице 3, соотношение этих показателей к количеству застрахованных лиц в исследуемых 26 субъектах Российской Федерации позволяют рассчитать долю количественных показателей проведенных экспертиз на одного застрахованного лица. По количеству проведенных экспертиз на одного застрахованного лица наибольший показатель в Республике Коми, он составил 0, 113, наименьший – в Астраханской области, где доля на одного застрахованного лица составляет 0,004. По количеству страховых случаев, подвергшихся экспертизе качества медицинской помощи наибольшая доля на одного застрахованного лица отмечена в Республике Коми (0, 114), Московской области (0,072), наименьшие показатели в Самарской области (0,028), в г. Санкт-Петербурге (0,028).

По повторным экспертизам, проведенными ТФОМС, наивысший показатель на одного застрахованного лица отмечен в Орловской области, где он составил 0,006, в остальных исследуемых субъектах этот показатель не превышает 0,002.

В таблице 4 отражены показатели по количеству страховых случаев, подвергшихся медико-экономическому контролю на территории получения полиса застрахованного лица, а также из них, повторно проведенных ТФОМС. Рассчитаны удельные значения контрольных мероприятий данного вида в расчете на одно застрахованное лицо.

Отметим, что по количеству страховых случаев, подвергшихся медико-экономическому контролю на территории получения полиса застрахованного лица наивысший показатель 2020 г. в г. Москве, где было проведено 83 011 033 таких контрольных мероприятий. Также следует отметить Московскую область (66 164 896) и Челябинскую область (46 082 955).

По показателю повторно проведенных ТФОМС по количеству страховых случаев следует отметить, что в девяти из 26 субъектов РФ, отобранных для анализа, этот показатель не представлен, это г. Москва, Краснодарский край, Ивановская область, Мурманская область, Астраханская область, Нижегородская область, Республика Дагестан, Республика Башкортостан, Республика Татарстан. Из имеющихся статистических данных по этому показателю наибольшее значение в Московской области (33 082 448) и Челябинской области (22 819 584) (таб.28).

По показателю количества страховых случаев, подвергшихся медико-экономическому контролю на территории получения полиса, на одного застрахованного наивысший показатель в Челябинской области и составляет 13 070, Республика Коми (9,707), Московская область (8,657). Наименьшие показатели в г. Санкт-Петербурге (2,339), Республике Дагестан (2,669). Наибольший показатель на одно застрахованное лицо в части повторно проведенных ТФОМС контрольных мероприятий отмечен в Челябинской области 6,47, наименьший в Ростовской области 0,01 (таб.28).

Таблица 4 - Количество страховых случаев, подвергшихся медико-экономическому контролю (на территории получения полиса застрахованного лица)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Федеральные округа и субъекты Российской Федерации** | **Застрахованные лица (ЗЛ), (тыс. чел)** | **Количество страховых случаев, подвергшихся МЭК (на территории получения полиса ЗЛ) (шт.)** | **на одного ЗЛ** | **из них повторно проведено ТФОМС (шт.)** | **на одного ЗЛ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Российская Федерация | | | | | |
| Центральный федеральный округ | | | | | |
| Ивановская область | 988,12 | 4 554 154 | 4,609 | 0 | 0,000 |
| Орловская область | 762,58 | 5 099 945 | 6,688 | 1 689 246 | 2,215 |
| Московская область | 7 642,58 | 66 164 896 | 8,657 | 33 082 448 | 4,329 |
| Смоленская область | 941,48 | 4 329 249 | 4,598 | 57 835 | 0,061 |
| Тамбовская область | 991,16 | 5 335 490 | 5,383 | 458 421 | 0,463 |
| г. Москва | 12 495,75 | 83 011 033 | 6,643 | 0 | 0,000 |
| Северо-Западный федеральный округ | | | | | |
| Республика Коми | 877,06 | 8 513 939 | 9,707 | 3 951 155 | 4,50 |
| Мурманская область | 739,61 | 4 879 344 | 6,597 | 0 | 0,00 |
| г. Санкт-Петербург | 5 711,87 | 13 361 704 | 2,339 | 424 899 | 0,07 |
| Южный федеральный округ | | | | | |
| Краснодарский край | 5 523,55 | 24 648 745 | 4,462 | 0 | 0,00 |
| Астраханская область | 982,75 | 3 835 308 | 3,903 | 0 | 0,00 |
| Ростовская область | 4 055,46 | 21 216 966 | 5,232 | 50 516 | 0,01 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | | | | | |
| Республика Дагестан | 2 610,66 | 6 967 060 | 2,669 | 0 | 0,00 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 749,13 | 3 197 464 | 4,268 | 322 587 | 0,43 |
| Приволжский федеральный округ | | | | | |
| Республика Башкортостан | 4 027,78 | 26 900 654 | 6,679 | 0 | 0,00 |
| Республика Мордовия | 764,69 | 3 832 014 | 5,011 | 215 | 0,00 |
| Республика Татарстан | 3 785,57 | 18 869 041 | 4,984 | 0 | 0,00 |
| Нижегородская область | 3 211,61 | 14 260 299 | 4,440 | 0 | 0,00 |
| Самарская область | 3 204,66 | 24 521 468 | 7,652 | 12 162 707 | 3,80 |
| Уральский федеральный округ | | | | | |
| Курганская область | 859,54 | 3 898 696 | 4,536 | 19 649 | 0,02 |
| Свердловская область | 4 417,49 | 25 455 498 | 5,762 | 724 | 0,00 |
| Челябинская область | 3 525,75 | 46 082 955 | 13,070 | 22 819 584 | 6,47 |
| Сибирский федеральный округ | | | | | |
| Красноярский край | 2 908,72 | 16 654 002 | 5,726 | 159 678 | 0,05 |
| Дальневосточный федеральный округ | | | | | |
| Республика Бурятия | 981,87 | 5 145 382 | 5,240 | 0 | 0,00 |
| Республика Саха (Якутия) | 966,48 | 8 095 562 | 8,376 | 3 477 327 | 3,60 |
| Амурская область | 798,60 | 4 192 601 | 5,250 | 529 | 0,00 |

В таблице 5 представим результаты контрольных мероприятий по медико-экономической экспертизе (МЭЭ), которая представляет собой установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

Таблица 5 - Количество медико-экономических экспертиз, проведенных на территории получения полиса застрахованного лица

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Федеральные округа и субъекты Российской Федерации** |  | **Медико-экономическая экспертиза** | | | | | |
| **Застрахованные лица (ЗЛ), (тыс. чел.)** | **Количество проведенных МЭЭ (на территории получения полиса ЗЛ) (шт.)** | **на одного ЗЛ** | **Количество страховых случаев, подвергшихся МЭЭ (на территории получения полиса ЗЛ), (шт.)** | **на одного ЗЛ** | **из них повторно проведено ТФОМС, (шт.)** | **на одного ЗЛ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Российская Федерация | | | | | | | |
| Центральный федеральный округ | | | | | | | |
| Ивановская область | 988,12 | 48 147 | 0,049 | 136 299 | 0,138 | 275 | 0,000 |
| Орловская область | 762,58 | 140 772 | 0,185 | 150 389 | 0,197 | 9 617 | 0,013 |
| Московская область | 7 642,58 | 1 848 417 | 0,242 | 2 629 565 | 0,344 | 61 025 | 0,008 |
| Смоленская область | 941,48 | 0 | 0,000 | 87 908 | 0,093 | 3 743 | 0,004 |
| Тамбовская область | 991,16 | 27 687 | 0,028 | 250 016 | 0,252 | 4 776 | 0,005 |
| г. Москва | 12 495,75 | 767 240 | 0,061 | 1 768 348 | 0,142 | 121 412 | 0,010 |
| Северо-Западный федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Коми | 877,06 | 281 237 | 0,321 | 281 341 | 0,321 | 104 | 0,000 |
| Мурманская область | 739,61 | 93 014 | 0,126 | 93 014 | 0,126 | 0 | 0,000 |
| г. Санкт-Петербург | 5 711,87 | 411 283 | 0,072 | 417 149 | 0,073 | 5 866 | 0,001 |
| Южный федеральный округ | | | | | | | |
| Краснодарский край | 5 523,55 | 59 717 | 0,011 | 838 023 | 0,152 | 37 980 | 0,007 |
| Астраханская область | 982,75 | 2 655 | 0,003 | 98 815 | 0,101 | 9 372 | 0,010 |
| Ростовская область | 4 055,46 | 58 291 | 0,014 | 643 540 | 0,159 | 9 177 | 0,002 |
| Северо-Кавказский федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Дагестан | 2 610,66 | 201 310 | 0,077 | 215 943 | 0,083 | 14 633 | 0,006 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 749,13 | 9 034 | 0,012 | 107 102 | 0,143 | 4 385 | 0,006 |
| Приволжский федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Башкортостан | 4 027,78 | 31 877 | 0,008 | 754 033 | 0,187 | 4 556 | 0,001 |
| Республика Мордовия | 764,69 | 9 529 | 0,012 | 90 117 | 0,118 | 1 871 | 0,002 |
| Республика Татарстан | 3 785,57 | 116 502 | 0,031 | 462 228 | 0,122 | 16 755 | 0,004 |
| Нижегородская область | 3 211,61 | 21 048 | 0,007 | 346 748 | 0,108 | 11 562 | 0,004 |
| Самарская область | 3 204,66 | 23 509 | 0,007 | 259 777 | 0,081 | 13 140 | 0,004 |
| Уральский федеральный округ | | | | | | | |
| Курганская область | 859,54 | 13 887 | 0,016 | 99 386 | 0,116 | 566 | 0,001 |
| Свердловская область | 4 417,49 | 450 910 | 0,102 | 443 896 | 0,100 | 7 935 | 0,002 |
| Челябинская область | 3 525,75 | 502 002 | 0,142 | 527 226 | 0,150 | 25 224 | 0,007 |
| Сибирский федеральный округ | | | | | | | |
| Красноярский край | 2 908,72 | 475 980 | 0,164 | 487 521 | 0,168 | 11 541 | 0,004 |
| Дальневосточный федеральный округ | | | | | | | |
| Республика Бурятия | 981,87 | 92 736 | 0,094 | 94 301 | 0,096 | 1 565 | 0,002 |
| Республика Саха (Якутия) | 966,48 | 4 631 | 0,005 | 100 496 | 0,104 | 1 159 | 0,001 |
| Амурская область | 798,60 | 26 904 | 0,034 | 113 960 | 0,143 | 3 699 | 0,005 |

Как видно в таблице 5 отражены показатели по количеству медико-экономических экспертиз (МЭЭ), проведенных на территории получения полиса застрахованного лица. Отметим, что таблица содержит показатели по количеству страховых случаев, подвергшихся МЭЭ (на территории получения полиса ЗЛ), а также показатели повторно проведенных территориальными фондами ОМС.

Следует отметить, что наибольшее количество проведенных МЭЭ (на территории получения полиса ЗЛ) в 2020 г. было в Московской области, где этот показатель составил 1 848 417, а наименьшие показатели отмечены в Астраханской области – 2 655 экспертиз в 2020 г., в Республике Саха (Якутия) – 4 631 (таб. 29).

По количеству страховых случаев, подвергшихся медико-экономической экспертизе в 2020 году, следует отметить наибольшие показатели в Московской области – 2 629 565, г. Москве – 1 768 348, наименьшие в Смоленской области (87 908).

По количеству экспертиз МЭЭ проведенных ТФОМС повторно на территории получения полиса, отмечаем наибольший показатель в г. Москве и составляет 121 412, наименьшее количество повторных экспертиз проведено в Республике Коми (104) и Ивановской области (275).

Соотношение всех трех показателей к количеству застрахованных лиц в исследуемых 26 субъектах Российской Федерации позволяют рассчитать долю количественных показателей проведенных экспертиз на одного застрахованного лица.

По количеству проведенных экспертиз на одного застрахованного лица наибольший долевой показатель в Республике Коми, он составил 0,321, наименьший – в Астраханской области, где доля на одного застрахованного лица составляет 0,03. По количеству страховых случаев, подвергшихся медико-экономической экспертизе наибольшая доля на одного застрахованного лица отмечена в Республике Коми (0,321), Московской области (0,344), наименьшие показатели в Смоленской области (0,093), в г. Санкт-Петербурге (0,073).

По повторным экспертизам, проведенными ТФОМС, наивысший показатель на одного застрахованного лица отмечен в Орловской области, где он составил 0,013, в Республике Саха (Якутия), Республике Башкортостан, г. Санкт-Петербурге и Курганской области, где этот показатель не превысил 0,001 (таб. 29).

Проведенный анализ региональных практик в 26 субъектах РФ, как с малой, так и с относительно высокой численностью ЗЛ, позволил сформировать основные причины диспропорций в охвате контрольных мероприятий.

Причины региональных диспропорций в охвате экспертных мероприятий можно обобщенно представить в следующем виде:

1. Отсутствие единых утвержденных на федеральном уровне управления системой ОМС правил и регламентов формирования показателей, характеризующих эффективность контрольных мероприятий в системе ЗПЗЛ в целом, а также таких показателей по видам контрольных мероприятий при разных экспертизах, особенно с участием привлеченных специалистов -экспертов,
2. Отсутствие установленного списка факторных показателей, невозможность найти системную взаимную связь между направлениями контрольных мероприятий (МЭЭ, МЭК, ЭКМП) и показателей, характеризующих доступность, качество оказанной медицинской помощи ЗЛ в системе его защиты, - является одной из основных причин наличия диспропорций субъектов РФ в охвате мерами контроля,
3. Наличие показателей доступности и качества медпомощи, представленных в действующей программе госгарантий (показатели) не связаны с особыми подходами к проведению экспертиз (МЭЭ, МЭК, ЭКМП) медицинской помощи. Выставление кодов дефектов при контрольных мероприятиях трудно «привязать» напрямую к определенному профилю медицинской помощи и (или) ее этапу в первичном звене, на этапе оказания специализированной помощи в условиях стационара, при оказании медицинской реабилитации, проведении телемедицинских консультаций и пр. При этом, сами коды дефектов не в полной мере отражают защиту прав ЗЛ на получение медицинской помощи,
4. Наличие нечетких оснований для повторных проверок и отсутствие федеральных регламентов, требований по оформлению их результатов может быть поводом для принятия дифференцированных решений, что сказывается на диспропорциях в охвате контрольных мероприятий,
5. Отсутствие сравнительных рекомендаций по планированию контрольных мероприятий с учетом численности застрахованных лиц, количества медицинских организаций, реализующих ТП ОМС и с учетом выявленных нарушений может снизить региональные диспропорции. Сейчас это одна из причин их наличия,
6. Отсутствие последовательности действий при разработке единых федеральных требований и (или) регламентов проведения реэкспертиз и (или) оформлению их результатов и (или) регламентов устранения системных нарушений в МО по результатам проведенных контрольных мероприятий можно считать причиной региональных диспропорций в охвате контрольных мер в системе ЗПЗЛ,
7. Недостаточно четкие критерии при определении оснований для предъявления размеров снижения оплаты (отказа от оплаты, неоплаты) по каждому случаю проведения контрольных мероприятий и, особенно, в части МЭЭ приводит к диспропорциям в охвате,
8. Отсутствие единых правил и наличие разных региональных подходов к формированию стратегий и тактик дальнейших решений ТФОМС, СМО по результатам проведенных контрольных мероприятий в части ЗПЗЛ,
9. Отсутствие единых подходов к устранению причин нарушений прав ЗЛ (всех базовых прав в ОМС), выявленных в результате проведенных контрольных мероприятий не позволяет четко спланировать объекты проверок, выстроить первоочередность (приоритетность), что приводит к избыточному и (или) недостаточному контролю за системой ЗПЗЛ в ходе проводимых МЭЭ, МЭК, ЭКМП в субъектах РФ,
10. Отсутствием единых подходов к принятию мер опережающих действий СМО, ТФОМС к медицинским организациям, допускающим нарушения прав ЗЛ в части выполнения сроков, объемов и качества медицинской помощи и ее результативности для ЗЛ, особенно повторные нарушения и др.

В таблице 6 приведены рейтингы эффективности экспертных мероприятий в региональных практиках, полученных в результате математической обработки сведений, характеризующих размерность каждого из представленного выше показателя.

Таблица 6 - Обобщение 26 региональных практик контрольных мероприятий, проведенное по указанным выше показателям в исследуемых субъектах РФ (оценка рейтинга от 0 (самый плохой сравнительный результат) до 1 (самый хороший сравнительный результат)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Субъекты Российской Федерации | Рейтинг от 0 (наихудший)  до 1 (наилучший) |
|  | г. Москва | 1,00 |
|  | Республика Башкортостан | 1,00 |
|  | Ростовская область | 1,00 |
|  | Самарская область | 1,00 |
|  | Челябинская область | 1,00 |
|  | г. Санкт - Петербург | 0,86 |
|  | Республика Татарстан | 0,86 |
|  | Астраханская область | 0,71 |
|  | Кабардино-Балкарская Республика | 0,71 |
|  | Краснодарский край | 0,71 |
|  | Нижегородская область | 0,71 |
|  | Орловская область | 0,71 |
|  | Республика Мордовия | 0,71 |
|  | Свердловская область | 0,71 |
|  | Смоленская область | 0,71 |
|  | Красноярский край | 0,57 |
|  | Курганская область | 0,57 |
|  | Московская область | 0,57 |
|  | Мурманская область | 0,57 |
|  | Республика Дагестан | 0,57 |
|  | Амурская область | 0,43 |
|  | Ивановская область | 0,43 |
|  | Республика Саха (Якутия) | 0,43 |
|  | Республика Бурятия | 0,29 |
|  | Республика Коми | 0,14 |
|  | Тамбовская область | 0,14 |

Как видно из представленной таблицы из 26 исследованных субъектов показали сравнительно самые высокие рейтинговые оценки (значения равны 1,0, окрашены в зеленый цвет) от контрольных мероприятий по набору внешних, внутренних факторных показателей (представленных в разделе): г. Москва, Республика Башкортостан, Ростовская область, Самарская область, Челябинская область. Второе место по сравнительной рейтинговой оценке (значение равно 0,89) показали 2 субъекта РФ: г. Санкт-Петербург, Республика Татарстан. На третьем рейтинговом месте со значением показателя 0,71 оказались: Астраханская область, Кабардино-Балкарская Республика, Краснодарский край, Нижегородская область, Орловская область, Республика Мордовия, Свердловская область, Смоленская область. Значения не выше 0,57 в рейтинге контрольных мероприятий среди исследуемых субъектов РФ показали 8 субъектов РФ (попали в сравнительные средние оценки – окрашены в желтый цвет). Красным цветом выделены субъекты Республика Бурятия (0,29), Республика Коми (0,14), Тамбовская область (0,14), чей сравнительный рейтинг практик контрольных мероприятий оказался сравнительно самым низким.

Обобщение региональных практик защиты прав и законных интересов застрахованных лиц по направлению «эффективность экспертных мероприятий» представлены в формате интерактивной карты, где наглядно видны результаты рейтинговых значений по исследуемому направлению (рисунок 3).

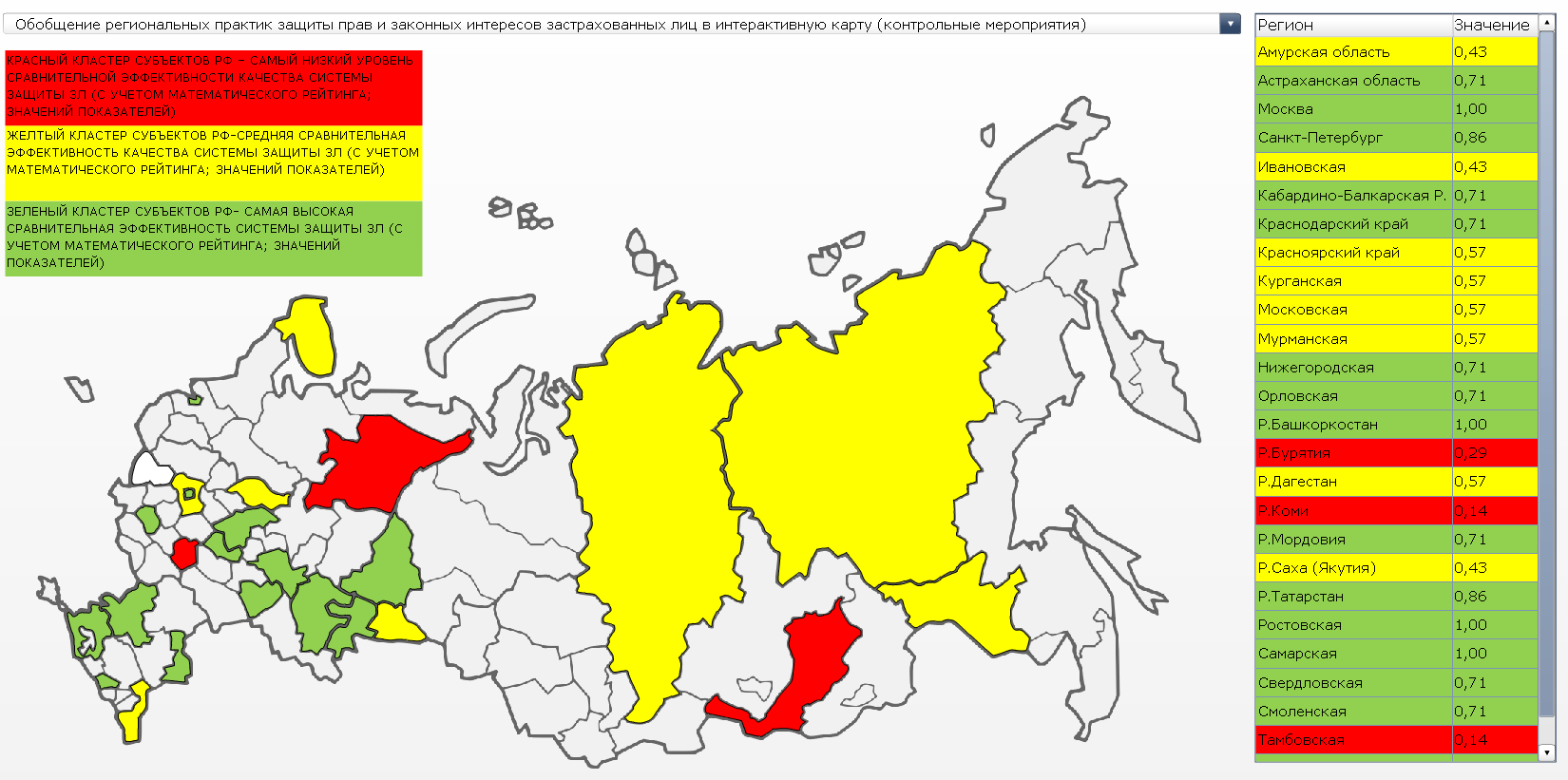


Рисунок 3 - Обобщение региональных практик проведения контрольных мероприятий в системе защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в интерактивную карту

В текущей аналитической работе можно отметить, что одним из главных факторов, который отмечался в разделе, региональных диспропорций в результатах (по количеству проводимых экспертиз, экономическим результатам таких экспертиз) можно назвать отсутствие мотивационной результативности участников процесса в конечном результате – росте случаев удовлетворенных лиц, снижении случаев жалоб, уменьшении спорных случаев.

Под рейтинговыми оценками экспертных мероприятий по защите прав (законных интересов) граждан понимается методическое обеспечение количественного сравнительного измерения результатов (промежуточных, итоговых), выраженных в «выгодах» правообладателя – застрахованного лица.

«Выгоды» - результаты для правообладателя в общем методологическом смысле в контексте законных прав (интересов) ЗЛ могут быть как:

* Субъективными оценками защищенности и удовлетворенности, возникающими у ЗЛ от процессов получения медицинских услуг при наступлении страхового случая, так и от коммуникаций с участниками процесса оказания услуг и процесса обеспечения его прав как застрахованного лица (сведения фиксируются в региональной практике по данным анкетирования, социологических опросов, проведения независимых оценок и пр. - опыт 26 пилотных субъектов РФ),
* Объективными, полученными по унифицированной форме для всех субъектов РФ (становление проходит в пилотных субъектах РФ система фиксации устных обращений застрахованных лиц на информационных ресурсах СМО, ТФОМС, ведение регламентных карточек учета обращений (жалоб) в электронных журналах ТФОМС, информация из личных кабинетов застрахованных лиц и т.п. – подробнее сценарные взаимодействия описаны в разделе 2 настоящего Отчета).

Исходя из анализа региональных практик в 26 пилотных субъектах РФ можно заключить, что прямое измерение результатов субъективных и объективных оценок удовлетворенности ЗЛ системой защитой его прав затруднено в силу разных организационных причин. Такой подход к измерению результата региональной системы защиты находится на стадии становления, унификации оценок и пока не всегда может быть сведен к единым формам фиксации, что для целей обработки и дальнейшего использования представляет серьезный вызов.

Направления отработки факторов влияния контрольных мероприятий на рост показателей защищенности ЗЛ, снижения негативных событий (жалоб) и рост удовлетворенности может проводится в направлении встречного контроля парных показателей пока в 26 субъектах.

При этом, как было отмечено в предыдущих разделах, в системе контрольных мероприятий процедуры внутреннего контроля деятельности в медицинских организациях представляют совокупность методов предварительного, текущего и последующего контроля и обеспечивают превентивность последующих контрольных мер в системе ЗПЗЛ.

Последующий контроль, которому сейчас соответствуют все направления экспертных мероприятий намного менее результативный, чем опережающий и (или) предварительный контроль.

В системе проактивной модели ЗПЗЛ элементы превентивности контрольных мероприятий очень важны. Они позволяют определить насколько целесообразной и правомерной будет контрольное мероприятие с точки зрения конечного результата – удовлетворенности ЗЛ (по данным социологических опросов).

В качестве дополнительного предложения для построения системы превентивных рейтинговых оценок региональных контрольных мероприятий, а также с учетом использования результатов формирования групп факторных показателей и их апробации на материалах 26 субъектов РФ считаем необходимым обосновать возможности использования риск-ориентированного подхода для внедрения проекта жалоб (обоснованных жалоб, сложных случаев) в процедуры опережающего мониторинга (контроля) в системе ЗПЗЛ.

При использовании риск-ориентированного подхода необходимо утверждение классификатора обращений (жалоб) с выделением списков причин обоснованных жалоб и иных неблагоприятных событий в системе ЗПЗЛ (сложных случаев, разрешаемых СМО в досудебном, судебном порядке):

* Формирование списка рисков нарушения прав граждан, связанных с каждой причиной из классификатора обращений (жалоб, неблагоприятных событий) в системе ЗПЗЛ,
* Формирование сигнальных показателей для каждого фактора риска: по динамике (положительной, отрицательной) значений которых принимаются решения о проведении проверок,
* Определение реперных значений (точечных, интервальных) для отобранных показателей,
* Формирование системы текущих регламентов опережающей оценки специфических рисков.

Риск в системе ЗПЗЛ — это угроза наступления неблагоприятных событий, возникающая за счет снижения эффективности контрольных мероприятий и (или) снижения мотивационных стимулов контрольного мероприятия, которые могут привести:

* К росту жалоб,
* К снижению доли случаев, которые можно урегулировать в досудебном порядке,
* К снижению удовлетворенности застрахованных.

Таким образом, предложения для построения системы превентивных рейтинговых оценок экспертных мероприятий по защите прав и законных интересов застрахованных по ОМС лиц в рамках данной проактивной модели ЗПЗЛ опирается на введение методик риск-ориентированного подхода в страховой деятельности по ОМС.

Использование международного опыта риск-ориентированного подхода может послужить основой для разработки проектных решений по повышению эффективности системы ЗПЗЛ в ОМС РФ.

В таблице 8 рассчитана корреляция для целей оценки эффективности контрольных мер. В качестве результата контрольного мероприятия приведен список факторных показателей, отражающих промежуточный результат охвата застрахованных лиц субъекта РФ мероприятиями защиты в виде оценки обратной связи от ЗЛ (удовлетворенность, жалобы, индивидуальный подход к информированию о проводимых медицинских программах и пр.). В качестве эффективности проводимых контрольных мероприятий по контролю обеспечения прав ЗЛ в субъектах РФ представлены показатели, характеризующие охват мероприятий защиты и (или) мероприятий контроля защиты прав, проводимых ТФОМС, СМО (графа 3). Итоги расчета корреляции (нормированных значений показателей в пересчете на одно застрахованное лицо) представлены в графе 5, а графа 4 дает цветовую наглядную оценку полученного математического результата. Зеленый цвет для 2-х пар показателей (строка 1, строка 2) свидетельствует о наличие прямой крепкой связи между проводимыми контрольными мероприятиями и теми промежуточными результатами, к которым они должны были привести.

Чем больше сложных случаев (жалоб), разрешаются в досудебном порядке ТФОМС и (или) СМО (индикатор нацпроекта, показатель мотивационной результативности контрольного мероприятия) тем выше доля удовлетворенных ЗЛ в субъекте РФ по результатам проведения социологических опросов (%) (корреляция 0,67, таблица 32).

Состоятельность данного показателя как показателя оценки результата контрольного мероприятия и законодательной функции СМО имеет высокую эффективность с точки зрения его влияния на объективные (субъективные) оценки ЗЛ.

Таблица 8 - Разработка показателей превентивных оценок контрольных мероприятий с учетом установления связи между их результатами и показателями оценки качества системы ЗПЗЛ (текущая ситуация в субъектах РФ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Номер пары** | **Показатель, характеризующий промежуточный результат охвата застрахованных лиц субъекта РФ мероприятиями защиты в виде оценки обратной связи от ЗЛ (удовлетворенность, жалобы, индивидуальный подход к информированию о проводимых медицинских программах и пр.)** | **Показатель, характеризующий охват мероприятий защиты и (или) мероприятий контроля защиты прав, проводимых ТФОМС, СМО** | **Итоги расчета корреляции**  **(нормированных значений показателей в пересчете на одно застрахованное лицо) по данным 26 субъектов РФ** | |
| **Оценка по шкале хорошо (зеленый цвет), нейтрально (желтый), плохо (красный) по всем 26 субъектам РФ** | **Числовое значение корреляции**  **по всем 26 субъектам РФ** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Количество жалоб застрахованных лиц субъекта РФ, шт. | Финансовые санкции СМО, всего по всем видам контрольных мероприятий проведенных в субъекте РФ (МЭК, МЭЭ, ЭКМП), (млн. руб.) | Плохо | 0,14 |
| 2 | Количество обоснованных жалоб ЗЛ субъекта РФ на оказание медицинской помощи, шт. | Взыскания СМО к медицинским организациям (за некачественную, несвоевременную, ненадлежащего качества медицинскую помощь), млн. руб. | Плохо | 0,19 |
| 3 | Количество обоснованных жалоб ЗЛ субъекта РФ на оказание медицинской помощи, шт. | Количество ЭКМП, проводимых в субъекте РФ | Плохо | 0,19 |
| 4 | Количество обоснованных жалоб на отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС | Количество случаев нарушений сроков оказания медицинской помощи застрахованным лицам, направленным на госпитализацию в круглосуточный (дневной) стационар, подвергшихся ЭКМП | Плохо | 0,26 |
| 5 | Количество обоснованных жалоб ЗЛ на организацию работы медицинской организации | Суммы штрафов страховых медицинских организаций к медицинским организациям, реализующим программы ОМС в субъекте РФ, млн. руб. | Нейтрально | 0,47 |
| 6 | Количество обоснованных жалоб на получение медицинской помощи по базовой программе ОМС за пределами субъекта Российской Федерации | Количество целевых экспертиз МЭЭ, проведенных ТФОМС за пределами территории страхования (национальный индикатор, показатель мотивационной результативности контрольного мероприятия о проверках реализации экстерриториального права ЗЛ) | Плохо | 0,27 |