

# СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 15» *шом* 2014 г.

№ ОМ- *132/12-03*

## ОТЧЕТ

### О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

**«Аудит формирования и финансового обеспечения в 2013 - 2014 годах и реализация в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в состав Приволжского федерального округа (с учетом результатов проведенных мероприятий по пункту 2.2.3.2 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2014 год)»**

**(утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации  
(протокол от 25 июля 2014 г. № 38К (984))**

#### **1. Основание для проведения контрольного мероприятия:**

План работы Счетной палаты Российской Федерации на 2014 год (пункт 2.2.3.6); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26 ноября 2013 г. № 3.5.-23/1450, п. 9.

#### **2. Предмет контрольного мероприятия:**

2.1. Нормативные правовые акты, регламентирующие источники финансового обеспечения и показатели программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

2.2. Распорядительные документы, обосновывающие выделение и подтверждающие использование средств на реализацию территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе программ обязательного медицинского страхования, формирование тарифов на оплату медицинской помощи.

2.3. Показатели реализации за 2013 год территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

### **3. Объекты контрольного мероприятия:**

- 3.1. Высшие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав Приволжского федерального округа (по запросам);
- 3.2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Татарстан (г. Казань);
- 3.3. Министерство здравоохранения Республики Татарстан (г. Казань).

**4. Срок проведения контрольного мероприятия** – с февраля 2014 года по июль 2014 года.

### **5. Цель контрольного мероприятия:**

5.1. Цель 1. Определить законность и полноту формирования финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

Вопросы:

5.1.1. Проанализировать нормативные правовые и распорядительные документы, регламентирующие формирование объемов и структуры финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы;

5.1.2. Оценить достаточность средств и соответствие утвержденных объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ обязательного медицинского страхования нормативным значениям.

5.1.3. Оценить применяемую на региональном уровне тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования в 2013 и 2014 годах.

5.1.4. Оценить применяемое на региональном уровне нормативное правовое регулирование проведения контроля за выделением и использованием средств обязательного медицинского страхования, экспертизы качества медицинской помощи.

Критерии оценки эффективности:

соблюдение действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан и обязательного медицинского страхования при формировании территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ обязательного медицинского страхования, а также достаточность выделенных средств для их реализации.

5.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Вопросы:

5.2.1. Проанализировать плановые и утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи на 2013 и 2014 годы по видам медицинской помощи и источникам финансового обеспечения: структура и динамика изменения показателей. Проанализировать фактически выполненные объемы медицинской

помощи и достигнутые показатели реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году (включая информацию и данные о деятельности медицинских организаций (выборочно) с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).

5.2.2. Провести анализ системы формирования тарифов на оплату медицинской помощи, установленных тарифными соглашениями между органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ПФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ПФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в ПФО, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.

5.2.3. Оценить достижение эффективности и доступности медицинской помощи, в том числе в части формирования конкурентных условий для страховых медицинских организаций и медицинских организаций, создание условий для деятельности на равных началах в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций всех форм собственности (включая информацию и данные о деятельности медицинских организаций с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).

5.2.4. Провести анализ фактических расходов на медицинскую помощь в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, в том числе в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, включая оценку наличия и динамики кредиторской задолженности (включая информацию и данные о результатах деятельности медицинских организаций (выборочно) с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).

5.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (включая информацию и данные по медицинским организациям и отдельным медицинским работникам (выборочно)).

5.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи. Провести анализ порядка контроля за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, включая данные о проверках и ревизиях.

5.2.7. Провести анализ порядка проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи и используемых нормативных правовых и распорядительных документов.

5.2.8. Оценить деятельность страховых медицинских организаций, объем полученных по результатам выявленных нарушений штрафных санкций и их расходование.

Критерии оценки эффективности:

соответствие полученных результатов реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, стратегическим целям и задачам социально-экономического развития Российской Федерации;

соответствие деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения требованиям действующего законодательства в сфере охраны здоровья граждан и обязательного медицинского страхования.

**6. Проверяемый период деятельности:** 2012-2013 годы и прошедший период 2014 года.

**7. Краткая характеристика проверяемой сферы формирования и использования государственных средств и деятельности объектов проверки.**

В ходе контрольного мероприятия проведен аудит формирования и финансового обеспечения в 2013 - 2014 годах и реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная ПГГ) и территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) субъектов ПФО в сравнении с аналогичными показателями 2012 года.

Формирование территориальной ПГГ регулируется статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

В соответствии с частью 1 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - федеральная ПГГ) органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные ПГГ, включающие в себя территориальные программы ОМС, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Финансовое обеспечение территориальных ПГГ осуществляется из средств соответствующих бюджетов, которые в соответствии со статьей 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ направляются на обеспечение медицинской помощи, не включенной в программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах ОМС; и средств ОМС, которые направляются на финансовое обеспечение медицинской помощи, включенной в территориальную программу ОМС.

С 1 января 2012 года Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ) были изменены принципы

формирования бюджета Федерального фонда ОМС и бюджетов территориальных фондов ОМС. В результате основной статьей доходов территориальных фондов ОМС являются субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС.

При этом в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов ОМС, осуществляется финансовое обеспечение:

1) скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году;

2) расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 указанного Федерального закона с 2013 года, в объеме разницы между размером указанных расходов и приростом объема страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по сравнению с 2012 годом.

Минздрав России наделен полномочиями ежегодно осуществлять мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных ПТГ и производить оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ ОМС, в соответствии с частью 5 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Согласно части 1 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, а также в случае установления перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС. В этом случае финансовое обеспечение дополнительных видов медицинской помощи, включенных в территориальные программы ОМС осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

Территориальная программа ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда.

**8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.**

**8.1. Цель 1. Определить законность и полноту формирования финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Приволжского федерального округа медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.**

**8.1.1. Проанализировать нормативные правовые и распорядительные документы, регламентирующие формирование объемов и структуры финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.**

На 2012-2014 годы во всех субъектах ПФО территориальные ПГГ утверждены соответствующими нормативными правовыми актами органов исполнительной власти субъектов ПФО в срок до 1 января соответствующего года, кроме Удмуртской Республики и Ульяновской области, территориальные ПГГ которых на 2013 год утверждены позднее срока, рекомендованного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» на 2 месяца и 20 дней соответственно. На 2014 год территориальные ПГГ Удмуртской Республики и Ульяновской области утверждены в установленный срок.

В 2012 году федеральная и территориальные ПГГ утверждались только на один год. Начиная с 2013 года, ПГГ утверждается на текущий год и двухлетний плановый период. Однако в Нижегородской области территориальная ПГГ утверждена только на один год – 2013, без учета планового периода (2014 и 2015 годы), что не соответствует пункту 3 постановления Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов». В 2014 году территориальная ПГГ Нижегородской области утверждена постановлением Правительства Нижегородской области от 24.12.2013 № 985 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

Согласно представленным органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в ПФО, данным при формировании территориальных ПГГ использовались рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальной ПГГ, направленные письмами от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 и от 08.12.2013 № 11-9/10/2-8309.

Анализ территориальных ПГГ выявил ряд нарушений положений статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ПГГ Кировской области и Республики Татарстан, утвержденные на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов не содержат перечни лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

2. Территориальные ПГГ Кировской, Нижегородской, Саратовской и Самарской областей, Чувашской и Удмуртской Республик на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи и мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует положениям пункта 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

3. В связи с внесением Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ изменений в статью 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 2014 года территориальная ПГГ должна включать порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

Во всех территориальных ПГГ субъектов ПФО на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, кроме территориальной ПГГ Самарской области, указанного порядка и размеров возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, не содержится.

При этом Минздрав России, наделенный полномочиями в соответствии с пунктом 2 постановления Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов» давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных ПГГ, в том числе совместно с Федеральным фондом ОМС - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, соответствующих рекомендаций субъектам Российской Федерации не доводит.

Анализ утвержденных территориальных ПГГ показал, что подушевые нормативы во всех субъектах ПФО, кроме Республики Татарстан, формирующихся за счет средств бюджета субъектов, ниже установленных федеральных значений, что свидетельствует о дефиците средств бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в 2013-2014 годах на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС. При этом в 2014 году по сравнению с 2013 годом на фоне роста средств ОМС в Ульяновской и Саратовской областях, а также Республике Татарстан и Чувашской Республике отмечается снижение нормативов подушевого финансирования за счет средств

субъекта на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС.

В 2012 году по данным Минздрава России дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ установлен во всех субъектах ПФО и составил 30 634,3 млн. рублей (29,7% от потребности). Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в 2012 году отмечен в Республике Марий Эл (37,1% от потребности), Пензенской области (27,1% от потребности) и Саратовской области (25,9% от потребности).

Утвержденная стоимость территориальных ПГГ субъектов ПФО по источникам финансового обеспечения на 2013 и 2014 годы представлена в таблице 1.

Таблица 1  
млн. рублей

Субъект Российской Федерации	За счет средств соответствующих бюджетов		За счет средств ОМС	
	в первоначальной редакции	в окончательной редакции	в первоначальной редакции	в окончательной редакции
<b>2013 год</b>				
Республика Башкортостан	8 332,4	8 332,4	31 308,2	31 308,2
Республика Татарстан	11 959,9	10 852,7	25 383,1	25 577,8
Республика Марий Эл	868,5	804,52	4 173,6	4 350,19
Республика Мордовия	1 689,4	1 689,4	5 926,9	5 926,9
Чувашская Республика	1 869,9	1 937,5	8 894,5	9 038,5
Удмуртская Республика	2 934,41	3 155,9	11 013,51	11 851,67
Кировская область	1 964,77	2 043,42	10 727,03	10 727,03
Нижегородская область	8 250,01	8 250,01	22 173,68	22 609,27
Пензенская область	1 505,14	1 513,61	9 078,17	9 097,87
Пермский край	7 969,4	7 997,5	21 910,1	21 910,1
Оренбургская область	6 064,6	5 362,6	13 245,3	13 945,3
Саратовская область	4 081,7	3 942,2	16 823,8	17 140,6
Самарская область	6 025,7	6 025,7	23 456,1	23 841,1
Ульяновская область	2 187,37	2 209,06	8 463,28	8 471,09
<b>ИТОГО по ПФО</b>	<b>71 164,93</b>	<b>64 116,52</b>	<b>212 578,17</b>	<b>215 795,62</b>
<b>2014 год</b>				
Республика Башкортостан	9 836,5	11 385,4	34 142,7	32 593,8
Республика Татарстан	10 297,0	10 300,4	29 680,0	30 050,2
Республика Марий Эл	821,76	821,76	4 898,0	4 898,0
Республика Мордовия	1 811,22	1 811,22	6 148,12	6 148,12
Чувашская Республика	1 891,7	1 891,7	10 173,6	10 173,6
Удмуртская Республика	3 981,56	3 981,56	14 456,38	14 456,38
Кировская область	2 091,87	2 091,87	10 746,34	10 746,34
Нижегородская область	10 797,4	10 797,4	24 381,25	24 391,25
Пензенская область	1 873,18	1 873,18	10 547,13	10 547,13
Пермский край	8 571,6	8 571,6	23 941,4	23 941,4
Оренбургская область	6 577,5	6 577,5	16 306,7	16 306,7
Саратовская область	3 738,5	3 738,5	18 676,7	18 676,7
Самарская область	6 195,1	6 445,5	26 119,0	26 271,6
Ульяновская область	1 895,05	1 895,05	9 824,19	9 824,19
<b>ИТОГО по ПФО</b>	<b>70 379,92</b>	<b>72 182,54</b>	<b>240 041,5</b>	<b>239 025,41</b>

Анализ утвержденной стоимости территориальных ПГГ субъектов ПФО на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов показывает, что в течение 2013



года снижено финансирование территориальных ПГГ Саратовской и Оренбургской областей, Республик Марий Эл и Татарстан за счет бюджетов указанных субъектов на 3,5 %, 13,1 %, 7,9 % и 10,1 % соответственно.

Анализ расчетной и утвержденной стоимости территориальных ПГГ субъектов ПФО, показал, что в 2013 – 2014 годах территориальные ПГГ утверждены с дефицитом финансового обеспечения в следующих субъектах:

Республике Башкортостан (в 2013 году (-) 4873,2 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта и (-) 1254,7 млн. рублей за счет средств ОМС);

Республике Марий Эл (в 2013 году (-) 1 331,5 млн. рублей и в 2014 году (-) 1475,3 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Республике Мордовия (в 2014 году (-) 620,1 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Республике Татарстан (в 2014 году (-) 175,0 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Удмуртской Республике (в 2013 году (-) 189,3 млн. рублей и в 2014 году (-) 894,7 млн. рублей за счет средств ОМС);

Чувашской Республике (в 2013 году (-) 450,5 млн. рублей и в 2014 году (-) 738,6 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Кировской области (в 2013 году (-) 790,0 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта и в 2014 году (-) 1811,4 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта и 389,9 млн. рублей за счет средств ОМС);

Нижегородской области (в 2014 году 198,35 млн. рублей за счет средств ОМС);

Пензенской области (в 2013 году (-) 2779,45 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Оренбургской области (в 2013 году (-) 1453,2 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Саратовской области (в 2013 году (-) 2781,5 млн. рублей и в 2014 году (-) 3537,6 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Ульяновской области (в 2013 году (-) 1859 млн. рублей и в 2014 году (-) 2334,8 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Самарской области (в 2014 году (-) 2727,9 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта).

При этом следует отметить, что территориальные ПГГ Республики Мордовия, Нижегородской и Самарской областей на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов не содержали расчетную стоимость территориальных ПГГ. В 2014 году расчетная стоимость в территориальные ПГГ Республики Мордовия, Нижегородской и Самарской областей включена.

В нарушение части 11 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ стоимость территориальных программ ОМС субъектов ПФО превышает размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда ОМС в связи с включением в стоимость территориальных программ ОМС средств, указанных в бюджете территориальных фондов ОМС по строке 395 01 00 «Общегосударственные вопросы», по ЦСР 001 55 00 «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов». Это привело к завышению в

территориальных ПГГ фактического размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

Причиной указанных нарушений по информации, представленной территориальными фондами ОМС, стало использование при формировании проектов территориальных ПГГ рекомендованного Минздравом России приложения, устанавливающего утвержденную стоимость территориальной ПГГ по условиям ее оказания, куда строкой 24 включены расходы на административно-управленческий персонал в сфере ОМС.

В соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 данного Федерального закона.

Однако указанные межбюджетные трансферты в 2014 году не предусмотрены в территориальных ПГГ Республик Башкортостан и Марий Эл, Нижегородской, Оренбургской, Саратовской и Пензенской областей.

Учитывая изложенное, территориальные программы ОМС указанных субъектов Российской Федерации, входящих в ПФО, содержат также «скрытый» дефицит средств ОМС, необходимых для формирования адекватного тарифа на оплату медицинской помощи.

#### **8.1.2. Оценить достаточность средств и соответствие утвержденных объемов финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий и территориальных программ обязательного медицинского страхования нормативным значениям.**

В ходе контрольных мероприятий проведен сравнительный анализ утвержденных на 2013 и 2014 годы нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат по субъектам Приволжского федерального округа со значениями средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных для Российской Федерации в целом постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». По 2013 году сведения приведены в соответствии с окончательной редакцией территориальных ПГГ.

При этом необходимо учесть, что для 8 субъектов ПФО Федеральным фондом ОМС установлены различные коэффициенты дифференциации, которые должны учитываться ими при расчете нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Установленные территориальными ПГГ в 2013 году нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов, ниже федеральных средних нормативов (0,4)

объема посещений с профилактической целью в Самарской области (0,19), Саратовской области (0,326), Пензенской области (0,086) и Кировской области (0,23). При этом в Республике Мордовия, Чувашской Республике, Нижегородской и Оренбургской областях нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже средних федеральных нормативов (265,1 рублей, 174,7 рублей, 261,83 рублей и 206,7 рублей при нормативе 271,0 рублей).

В 2014 году нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью (0,5) установлены в территориальных ПГГ Пензенской области (0,187), Кировской области (0,152), Самарской области (0,190), Республике Марий Эл (0,278), Республике Башкортостан (0,40154). При этом нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже федеральных (360,0 рублей) в Чувашской Республике (238,0 рублей), Саратовской области (225,5 рублей), Республике Марий Эл (192,14 рублей) и Пензенской области (229,68 рублей).

Это говорит о существующем «скрытом» дефиците финансового обеспечения территориальных ПГГ из средств консолидированных бюджетов указанных субъектов ПФО.

Кроме того, в Ульяновской области и Республике Марий Эл в 2013 и 2014 годах, а также Республике Мордовия в 2014 году выявлено занижение норматива финансирования на единицу профилактического посещения из средств ОМС (Ульяновская область и Республика Марий Эл в 2013 году 221,45 рубль и 248,34 рублей соответственно против 266,3 рублей на 1 посещение, в 2014 году - соответственно 296,26 рублей и 275,49 рублей при нормативе 318,4 рублей на 1 посещение; Республика Мордовия в 2014 году – 284,5 рубль при нормативе 318,4 рублей на 1 посещение).

В 2014 году нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов ПФО, ниже федеральных средних нормативов (0,2) установлены в Республиках Марий Эл (0,101), Башкортостан (0,17462), и Мордовия (0,069), а также Кировской области (0,082). Ниже средних федеральных нормативов по финансовому обеспечению (1044,0 рублей) установлены нормативы в Республике Марий (962,88 рублей), Республике Мордовия (1018,7 рублей), Кировской области (881,68 рублей), Пензенской области (546,5 рублей) и Оренбургской области (685,7 рублей). При этом в территориальной ПГГ Республики Татарстан на 2013 год нормативы финансовых затрат на одно обращение по поводу заболеваний не установлены. В 2014 году в территориальной ПГГ Республики Татарстан соответствующие нормативы установлены.

Территориальной ПГГ Республики Башкортостан на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов нормативы объема обращений по поводу заболевания и нормативы их финансирования не были установлены.

В 2014 году выявлено занижение норматива финансовых затрат на одно обращение по поводу заболеваний за счет средств ОМС по Республикам Марий Эл, Мордовия и Татарстан, а также Ульяновской области (847,06 рублей, 813,4рублей, 792,1 рубля и 867,95 рублей соответственно против 932,8 рублей на 1 обращение, установленных ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов).

Нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме и нормативы ее финансового обеспечения соответствуют средним федеральным нормативам во всех субъектах ПФО, кроме Саратовской области, где указанные нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме установлены ниже федеральных значений как в 2013 году (0,121 при нормативе 0,36), так и в 2014 году (0,126 при нормативе 0,46).

При этом в 2014 году выявлено занижение норматива финансовых затрат на одно посещение в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств ОМС в Республиках Марий Эл и Мордовия, а также Ульяновской области (350,53 рублей, 364,2 рубля и 379,6 рублей соответственно при нормативе 407,6 рублей, установленном ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов).

В 2014 году нормативы объема пациенто-дней лечения в условиях дневных стационаров, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных значений (0,115) в Республиках Башкортостан (0,06049), Марий Эл (0,063), Мордовия (0,053) и Татарстан (0,072), Удмуртской Республике (0,07), Кировской (0,092), Нижегородской (0,08) и Самарской (0,091) областях. Нормативы финансовых затрат на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств консолидированных бюджетов ниже средних федеральных нормативов ((559,0 рублей) установлены в Республиках Марий Эл (337,19 рублей) и Мордовия (185 рублей), Чувашской Республике (349,4 рублей), Нижегородской 363,0 рублей), Оренбургской (206,2 рублей), Пензенской (164,96 рубля), Самарской (397,29 рубля), Саратовской (291,3 рубль) и Ульяновской (432,5 рубля) областях.

Выявлено, что в 2014 году норматив финансовых затрат на один пациенто-день лечения в условиях дневного стационара за счет средств ОМС ниже средних федеральных нормативов (1227,9 рублей) установлены в территориальных ПГГ Республик Марий Эл (568,1 рублей) и Мордовия (1028,7 рублей), Удмуртской Республике (626,6 рублей) и Нижегородской области (938,1 рублей).

В ходе контрольного мероприятия в Республике Татарстан установлено, что стоимость одного случая применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворение) ниже федерального показателя (в 2013 году – 98 099,6 рублей при нормативе 106 253,9 рублей; в 2014 году – 101 414,8 рублей при нормативе 113 109 рублей). По информации Территориального фонда ОМС Республики Татарстан это связано с анализом фактических затрат медицинских организаций, оказывающих на территории Республики Татарстан услуги по экстракорпоральному оплодотворению.

Ниже установленных федеральных значений нормативы объема случаев госпитализации, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, отмечены во всех субъектах ПФО, кроме Удмуртской Республики и Оренбургской области. При этом следует отметить, что

в приложениях «Утвержденная стоимость программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания в 2014 году» к территориальным ПГГ Республик Башкортостан и Татарстан, Чувашской Республики, Пермского края и Ульяновской области нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях установлены в койко-днях, а не в законченных случаях. Стоимость одного случая госпитализации за счет средств субъекта указана в текстовых частях территориальных ПГГ данных субъектов.

Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов выявлены также во всех субъектах ПФО, кроме Удмуртской Республики и Кировской области, а также Республики Татарстан (согласно разделу VII территориальной ПГГ стоимость одного законченного случая составляет 61 732,8 рублей).

Ниже федеральных нормативы финансовых затрат (19 186,2 рублей) на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС в Республиках Мордовия (17 209,15 рублей) и Марий Эл (15 640,02 рублей).

В 2013 году нормативы объема койко-дней в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, и нормативы финансовых затрат на 1 койко-день не были установлены территориальными ПГГ Республики Мордовия и Оренбургской области, в 2014 году - территориальной ПГГ Республики Мордовия.

Территориальная ПГГ Пермского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов ниже средних федеральных нормативов по объемам паллиативной медицинской помощи и нормативам финансового обеспечения (0,07 и 1048,2 рублей при нормативах 0,092 и 1654,3 рубля).

Таким образом, выявлен «скрытый» дефицит средств консолидированных бюджетов на финансовое обеспечение медицинской помощи во всех субъектах ПФО.

«Скрытый» дефицит средств ОМС установлен по Республикам Мордовия и Марий Эл, Удмуртской Республике, Нижегородской и Ульяновской областям, Пермском краю.

Таким образом, результаты проведенного анализа по субъектам ПФО свидетельствуют о том, что нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу ее оказания сформированы не из фактической потребности, а с учетом имеющейся сети медицинских организаций и фактических объемов финансового обеспечения их деятельности, сложившихся в предыдущие годы.

### **8.1.3. Оценить применяемую на региональном уровне тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования в 2013 и 2014 годах.**

В соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия), в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и

медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах.

В соответствии с приложением № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, комиссия по разработке территориальной программы ОМС, кроме разработки проекта территориальной программы ОМС, также:

распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенные в реестр медицинских организаций) до 1 января года, на который осуществляется распределение;

осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения, с указанием размеров санкций, применяемым к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Комиссии созданы и функционируют во всех субъектах ПФО. Однако анализ их состава показал, что, например, в Республике Татарстан в состав комиссий по разработке территориальных программ ОМС входят только представители профсоюзных организаций и не входят представители иных медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории республики, что не соответствует положениям части 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

В 2013 году единых рекомендаций по формированию тарифных соглашений не было. Как следствие, тарифные соглашения субъектов ПФО индивидуальны и значительно различаются по своей структуре.

Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ статья 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ была дополнена положениями, наделяющими Федеральный фонд ОМС полномочиями по установлению требований к структуре и содержанию тарифных соглашений. Однако на момент окончания контрольного мероприятия указанный нормативный правовой акт Федеральным фондом ОМС не издан.

В соответствии со статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ППГ формируются с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. В соответствии с положениями статьи 37 от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 1 января 2013 года медицинская помощь оказывается на основании стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по утверждению и внедрению стандартов медицинской помощи Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не установлено.

Стандарты медицинской помощи утверждены Минздравом России в 2012 году, прошли государственную регистрацию в январе-мае 2013 года и вступили в силу к 1 сентября 2013 года.

Минздравом Республики Татарстан в связи с отсутствием федеральных стандартов разработано, тарифицировано и внедрено 10 региональных стандартов по офтальмологии (приказ Минздрава Республики Татарстан от 29.12.2011 №1844) с оплатой по законченному случаю.

Анализ представленных данных по способам оплаты медицинской помощи показал, что в субъектах Российской Федерации, входящих в ПФО:

при оплате первичной медико-санитарной помощи в основном используются все три способа оплаты, установленные федеральной ППГ, при этом приоритет отдается подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;

при оплате скорой медицинской помощи используется подушевой норматив финансирования в сочетании с оплатой за вызов, за исключением Нижегородской области, где в 2014 году предусмотрен поэтапный переход с оплаты за каждый вызов на оплату по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров оплата производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистические группы заболеваний. В Нижегородской области в 2014 году предусмотрена оплата по нормативу финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи.

#### **8.1.4. Оценить применяемое на региональном уровне нормативное правовое регулирование проведения контроля за выделением и использованием средств обязательного медицинского страхования, экспертизы качества медицинской помощи.**

Контроль за выделением и использованием средств ОМС, экспертиза качества медицинской помощи регулируется в субъектах ПФО Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ осуществляют эксперты качества медицинской помощи, прошедшие подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. В то же время требования к учебным программам, а также сами учебные программы по подготовке экспертов качества медицинской помощи отсутствуют. Порядок подготовки экспертов качества медицинской помощи Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не установлены.

Таким образом, квалификация экспертов, осуществляющих контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не ясна.

Территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают

проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов, включенных в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

При этом документы, регулирующие выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений, на федеральном уровне не утверждены. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется только в соответствии с квалификацией эксперта, что повышает риск субъективных подходов к оценке дефектов и нарушений и влияет на объем финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям.

В соответствии с пунктом 9 части 7 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ территориальные фонды ОМС ведут реестр экспертов качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в субъектах ПФО.

В ходе проверки в Территориальном фонде ОМС Республики Татарстан выявлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом, являющимся сотрудником определенной медицинской организации, по специальностям: «гематология», «дерматовенерология», «клиническая фармакология», «ревматология». Кроме того, в списке экспертов качества отсутствуют специалисты по специальностям: «рентгенолог», «лечебная физкультура и спортивная медицина», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «бактериология», «детская кардиология».

Согласно пунктам 81 и 82 приказа Федерального фонда ОМС от 13.12.2011 № 230 «Об утверждении порядка организации организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» эксперт качества медицинской помощи не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, в которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях.

Таким образом, невозможно провести экспертизу качества медицинской помощи в медицинской организации, сотрудником которой является врач специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность, а также экспертизу качества медицинской помощи при отсутствии соответствующих специалистов.



8.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Приволжского федерального округа медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

8.2.1. Провести анализ фактических расходов на медицинскую помощь в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, в том числе в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, включая оценку наличия и динамики кредиторской задолженности (включая информацию и данные о результатах деятельности медицинских организаций (выборочно) с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).

Расходование в 2012-2013 годах средств, выделенных на реализацию территориальных ПТГ, в соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62) приведено в таблице 2.

Таблица 2

Субъекты Российской Федерации	2012				2013				
	Средства ТПГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства ТПГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТПГ	% освоения
Республика Башкортостан	28542,5	98,0	19499,4	104,8	39597,1	98,7	31048,7	78,4	98,0
Республика Татарстан	27549,3	95,3	22600,6	94,4	35449,5	98,5	29751,6	83,9	98,3
Республика Марий Эл	3251	97,1	2009,2	96,5	4768,1	94,0	3990,4	83,7	93,5
Удмуртская Республика	11814,1	101,9	7513,8	103	14381,7	97,4	11383	79,1	98,1
Чувашская Республика	8249,8	99,6	5233,5	100,1	10512,7	96,9	8550,2	81,3	96,0
Республика Мордовия	5145,2	92,0	3435,2	91,0	7470,6	95,1	5886,6	78,8	94,4
Кировская область	9015,1	92,9	7188,8	91,5	12476,3	98,8	10436,6	83,6	98,7
Нижегородская область	25143,7	93,4	16485,3	93,5	30233,6	99,0	21725,2	71,8	101,6
Оренбургская область	15416,9	103,8	11658,4	113,4	19520,9	100,5	14456	74,1	102,7
Пермский край	19302,5	91,1	12225,5	87,6	27869,7	94,2	20118,1	72,2	93,2
Пензенская область	7692,2	98,2	6310,3	96,4	9754,9	93,5	8217,1	84,2	92,1
Саратовская область	13965	93,8	8748,2	93,5	18320,2	88,5	14701,6	80,2	87,2
Самарская область	23000,7	101,4	13828,1	97,1	27630,4	93,9	21445,6	77,6	91,6

Субъекты Российской Федерации	2012				2013				
	Средства ТПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства ТПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТПГГ	% освоения
Ульяновская область	8445,4	97,2	5235	96,1	10247,3	95,6	8135	79,4	95,8
<b>ИТОГО по ПФО</b>	<b>206533,4</b>	<b>96,4</b>	<b>141971,3</b>	<b>97,1</b>	<b>268233,0</b>	<b>96,5</b>	<b>209846,7</b>	<b>78,2</b>	<b>96,2</b>

Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 29,8 % или 61,69 млрд. рублей. При этом прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении средств территориальных ПГГ в целом по ПФО в 2012 и 2013 годах – 96,4 % и 96,5 % соответственно.

При этом из 14 субъектов, входящих в ПФО, в 2012 году не полностью освоили средства территориальных ПГГ 11 субъектов, в 2013 году – 13 субъектов.

Анализ структуры расходов в 2013 году показал, что наибольший объем средств территориальных ПГГ направляется на оплату труда работников медицинских организаций. На втором месте – поступление нефинансовых активов, где наибольший процент расходов приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

Среди расходов территориальных программ ОМС на первом месте также оплата труда, далее по значимости и объему средств - поступление нефинансовых активов, где наибольший процент расходов приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств.

По данным органов исполнительной власти субъектов ПФО на 1 января 2014 года не была погашена кредиторская задолженность медицинских организаций в размере 5 840,97 млн. рублей, как за счет средств субъектов, так и средств ОМС. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Саратовской области (816,9 млн. рублей), Ульяновской области (292,2 млн. рублей), Самарской области (692,9 млн. рублей), Республике Татарстан (274,4 млн. рублей), Пензенской области (343,0 млн. рублей), Республике Башкортостан (210,8 млн. рублей) и Удмуртской Республике (159,6 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются контрактные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Вместе с тем в Самарской области и Республике Марий Эл выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 312,5 и 65,0 млн. рублей соответственно. Кроме того, в Нижегородской области кредиторская задолженность за счет средств бюджета субъекта составила 1 808,9 млн. рублей.

**8.2.2. Проанализировать плановые и утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи на 2013 и 2014 год по видам медицинской помощи и источникам финансового обеспечения: структура и динамика изменения показателей. Проанализировать фактически выполненные объемы медицинской помощи и достигнутые показатели реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году (включая информацию и данные о деятельности медицинских организаций (выборочно) с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).**

Проанализированы фактически выполненные объемы медицинской помощи в 2012-2013 годах. По 2012 году использованы официально опубликованные данные в официальном издании Росстата «Здравоохранение в России» (2013 год). По 2013 году использованы официально представленные Минздравом России данные формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62) в пересчете на среднегодовое население по информации Росстата.

Сравнение выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом свидетельствует о сокращении вызовов скорой медицинской помощи в 8 субъектах, входящих в ПФО. Отмечен рост выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом в Республиках Мордовия (в 2012 году -0,18 и в 2013 году – 0,320) и Татарстан (в 2012 году – 0,312 в в 2013 году – 0,319), Удмуртской Республике (в 2012 году – 0,318 и в 2013 году – 0,328), Кировской (в 2012 году – 0,319 и в 2013 г. – 0,321) и Оренбургской (в 2012 году – в 0,355 и в 2013 году – 0,406) областях. При этом в Удмуртской Республике, Кировской и Оренбургской областях число обращений к врачам по поводу заболеваний выше установленных значений (3,37, 2,29 и 2,29 соответственно при нормативе 2,1), что может говорить о неэффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов.

Следует отметить, что в Республике Татарстан при увеличении выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом (0,319 и 0,318 соответственно) число посещений медицинских организаций по неотложной медицинской помощи в 1,6 раза превышает установленные нормативные значения (0,593 и 0,360 соответственно).

В Удмуртской Республике при увеличении выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом число посещений медицинских организаций по неотложной помощи значительно ниже установленных нормативных значений (0,004 и 0,360 соответственно). По данным формы № 62 в Республиках Башкортостан и Марий Эл, Самарской и Саратовской областях число вызовов скорой медицинской помощи значительно ниже нормативных значений (0,311, 0,257, 0,247 и 0,299 при нормативном значении 0,318). В то же время в указанных субъектах не отмечено достаточного числа посещений медицинских организаций по неотложной медицинской помощи

(Республика Башкортостан – 0,328, Республика Марий Эл – 0,206, Самарская область – 0,119 и Саратовская область – 0,044 при нормативном значении 0,36). Это может свидетельствовать о недостаточной организации взаимодействия между станциями (отделениями) скорой медицинской помощи и отделениями, оказывающими неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которым должна передаваться информация об обращениях граждан с неотложными состояниями, не требующими экстренной медицинской помощи.

В связи с изменением с 2013 года системы формирования нормативов по оказанию первичной медико-санитарной помощи сравнение данных 2013 года с данными 2012 года не представляется возможным.

Результаты оказания медицинской помощи в стационарных условиях для возможности ее сравнения с данными 2012 года оценивались с учетом выполненных объемов по паллиативной медицинской помощи. При этом только в Республиках Мордовия и Марий Эл, Удмуртской Республике, Нижегородской и Ульяновской областях фактические объемы медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, выше нормативных значений.

По данным раздела VI формы № 62 в субъектах ПФО объемы медицинской помощи, оказанной на платной основе, в 2013 году по сравнению с 2012 годом выросли в основном во всех субъектах, например, в Республике Башкортостан – с 2 483,7 млн. рублей до 2 896,7 млн. рублей (на 11,6%), в Республике Татарстан – с 2 543,8 млн. рублей до 3 111,5 млн. рублей (на 22,3 %).

Также проведен анализ фактически сложившейся стоимости единицы объема медицинской помощи за 2012-2013 годы, который показал, что имеются различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи в субъектах, не имеющих установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется от 1 192,0 рублей в Республике Мордовия до 1 866,2 рублей в Самарской области, стоимость койко-дня колеблется от 1206,4 рублей в Республике Марий Эл до 1809,8 рублей в Чувашской Республике, что свидетельствует о неравных условиях в формировании и финансовом исполнении территориальных ПГГ.

**8.2.3. Провести анализ системы формирования тарифов на оплату медицинской помощи, установленных тарифными соглашениями между органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ПФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ПФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в ПФО, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.**

В соответствии с ПГГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов и ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ являются едиными для всех регионов с учетом установленных законами субъектов Российской Федерации районных коэффициентов.

Учитывая, что распределение и предоставление субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов производится на основе единых принципов, установленных постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», в близлежащих регионах, не имеющих выраженных различий и аналогичные коэффициенты дифференциации, размеры тарифов на оплату медицинской помощи должны быть максимально близки. Однако данные утвержденных и представленных в Счетную плату Российской Федерации тарифных соглашений на 1 января 2013 и 2014 годов свидетельствуют об обратном.

В субъектах ПФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов, и с коэффициентом дифференциации 1,0 имеются значительные различия в стоимости посещений к врачу. Например, стоимость посещения к врачу-педиатру в Республике Татарстан составляет 734,5 рублей, в Ульяновской области – 1193,54 рубля, к врачу эндокринологу (взрослые) в Ульяновской области – 1451,4 рубля, в Республике Татарстан – 1197,81 рубля.

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения един для всех субъектов Российской Федерации и утвержден приказом Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н.

Выборочный анализ стоимости диспансеризации в субъектах ПФО выявил различия более чем в 2 раза (диспансеризация женщин в возрасте 39 лет в 2014 году в Республике Татарстан – 1041,12 рублей; Самарская область – 2049,0 рублей). При этом следует отметить, что стоимость одного случая диспансеризации в Республике Мордовия не изменилась.

Тарифная политика в системе ОМС регулируется статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Однако проведенный анализ свидетельствует о различных подходах к формированию и расчету тарифов на оплату медицинской помощи. Это стало следствием отсутствия в 2013 году со стороны Минздрава России и Федерального фонда ОМС единых подходов к расчету стоимости лечения и отсутствия с их стороны соответствующего контроля за ситуацией в регионах.

**8.2.4. Оценить достижение эффективности и доступности медицинской помощи, в том числе в части формирования конкурентных условий для страховых медицинских организаций и медицинских организаций, создание условий для деятельности на равных началах в системе обязательного медицинского страхования медицинских организаций всех форм собственности (включая информацию и данные о деятельности медицинских организаций с выходом в медицинские организации в целях верификации представленной информации).**

Анализ представленных органами исполнительной власти субъектов ПФО данных свидетельствует о ежегодном росте численности медицинских организаций, участвующих в территориальных ПТГ, а также в территориальных программах ОМС. При этом численность государственных (муниципальных)

медицинских организаций ежегодно снижается в связи с проводимыми регионами мероприятиями по реструктуризации сети.

Наряду с реструктуризацией медицинских организаций в субъектах ПФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций в 2013 году на 3,6% с 252618 коек до 243525 коек. Обеспеченность койками сократилась с 84,9 до 81,8 на 10 тыс. населения. Наибольшее сокращение коек отмечено в Оренбургской области на 10,5 % с 94,7 до 84,8 на 10 тыс. населения.

Распределение объемов медицинской помощи и объемов ее финансового обеспечения в рамках территориальной программы ОМС проводится комиссиями по разработке территориальной программы ОМС. При этом критерии указанного распределения нормативно не установлены.

В ходе контрольного мероприятия в Республике Татарстан ограничений в участии медицинских организаций различных форм собственности не установлено.

Одним из законодательно предложенных способов, позволяющих обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь является государственно-частное партнерство, которое наряду с включением медицинских организаций частной формы собственности в территориальные программы ОМС предполагает такую форму партнерства, как передача объектов здравоохранения в концессию в соответствии с положениями Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

В ходе контрольного мероприятия в Республике Татарстан установлено, что в 2010, 2012 и 2013 годах заключено 3 концессионных соглашения в отношении объектов здравоохранения, нарушений при их исполнении не выявлено.

К критериям доступности и качества оказанной медицинской помощи в соответствии с федеральными ПГТ отнесены демографические показатели, в том числе предусмотренные Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Несмотря на снижение в 2013 году смертности населения от всех причин по всем субъектам ПФО, кроме Ульяновской области (14,4 при планируемом показателе 13,8 на 100 тысяч населения), не достигнуты планируемые показатели снижения смертности, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы по младенческой смертности в Республике Татарстан (7,0 при планируемом показателе 6,4 на 1000 родившихся живыми), Республике Мордовия (7,4 при планируемом показателе 7,4 на 1000 родившихся живыми), Нижегородской (8,4 при планируемом показателе 8,2 на 1000 родившихся живыми), Оренбургской (10,1 при планируемом показателе 9,5 на 1000 родившихся живыми), Самарской (7,1 при планируемом показателе 6,7 на 1000 родившихся живыми) и Ульяновской (8,6 при планируемом показателе 6,6 на 1000 родившихся живыми) областях. По смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели ее снижения в Оренбургской (770,5 при планируемом показателе 768,5 на 100 тыс. населения) и Нижегородской (991,3 при планируемом показателе 915,0 на 100 тыс. населения) областях, по смертности населения от новообразований – в Республиках Башкортостан (146,9 при планируемом показателе 146,9 на 100 тыс. населения) и

Марий Эл (179,3 при планируемом показателе 168,7 на 100 тыс. населения), Пермском крае (199,7 при планируемом показателе 197,1 на 100 тыс. населения), Кировской (214,3 при планируемом показателе 207,9 на 100 тыс. населения), Нижегородской (230,6 при планируемом показателе 227,0 на 100 тыс. населения), Оренбургской (230,3 при планируемом показателе 215,6 на 100 тыс. населения), Самарской (213,4 при планируемом показателе 208,0 на 100 тыс. населения) и Ульяновской (228,3 при планируемом показателе 209,9 на 100 тыс. населения) областях.

Одним из критериев доступности медицинской помощи является срок ее ожидания. Однако возможности мониторинга и контроля за указанным критерием ограничены, так как единой методики сбора и оценки сроков ожидания медицинской помощи на федеральном уровне не установлено. Как следствие, достоверно оценить данные, представляемые субъектами ПФО, не представляется возможным.

Поэтому в ходе контрольных мероприятий произведена оценка числа обращений в органы управления здравоохранением субъектов ПФО округа.

Так, в Минздрав Республики Татарстан за 2013 год по всем вопросам поступило 12 400 обращений граждан. Анализ письменных обращений граждан, поступивших в Минздрав Республики Татарстан, свидетельствует, что в 2013 году преобладают обращения по вопросам оказания медицинской помощи (40,4 %) и качеству оказания медицинской помощи (15,1 %).

Анализ жалоб, проведенный с учетом результатов деятельности медицинских организаций за 2013 год, свидетельствует о недостатках в течение 2013 года в организации деятельности медицинских организаций и в обеспечении доступности бесплатной медицинской помощи.

**8.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи, в том числе в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (включая информацию и данные по медицинским организациям и отдельным медицинским работникам (выборочно)).**

В целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах ПФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Республиках Башкортостан и Мордовия, в Кировской, Оренбургской и Пензенской областях ниже, чем за 2013 год в целом.

По итогам первого квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Пермском крае (41675 рублей), Нижегородской области (36407 рублей) и Республике Башкортостан (36519 рублей), наименьший – в Республике Мордовия (24781 рубль).

В 1 квартале 2014 года самый низкий уровень средней заработной платы врачей в целом по ПФО зарегистрирован в федеральных медицинских организациях (29 002 рублей). При этом, несмотря на рост уровня заработной

платы врачей в целом в ПФО, в 1 квартале 2014 г. по сравнению с 1 кварталом 2013 г. отмечено снижение средней заработной платы врачей федеральных медицинских организаций в Кировской (-5,6%) и Оренбургской (-1,4%) областях, а также Пермском крае (-4,5%). Следует отметить, в целом самый высокий уровень заработной платы врачей в ПФО зарегистрирован в муниципальных медицинских организациях (35 861 рубль). Вместе с тем в 8 субъектах ПФО (Республика Татарстан, Удмуртская и Чувашская Республики, Кировская, Нижегородская, Пензенская, Самарская и Ульяновская области) уровень средней заработной платы врачей в муниципальных медицинских организациях ниже уровня заработной платы врачей федеральных медицинских организаций и врачей медицинских организаций субъектов Российской Федерации. При этом самый низкий уровень заработной платы врачей муниципальных медицинских организаций отмечен в Чувашской Республике – 11240 рублей, что в 3,2 раза ниже, чем в федеральных медицинских организациях и в 2,7 раза ниже, чем в медицинских организациях субъекта Российской Федерации.

Это стало следствием выявленного «скрытого» дефицита средств территориальных ПТГ в субъектах ПФО.

Различия в уровне заработной платы врачей напрямую влияют на обеспеченность врачами в субъектах ПФО. По итогам 2013 года выявлено продолжающееся сокращение врачей, которое по итогам года составило 0,8% по сравнению с 2012 годом. Обеспеченность врачами сократилась с 39,4 до 39,1 на 10 тысяч населения. Наибольшее сокращение врачей выявлено в Оренбургской области – на 6,7% с 46,3 до 43,2 на 10 тысяч населения.

Уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала в целом по ПФО в соответствии с данными Росстата свидетельствует о росте средней заработной платы среднего медицинского персонала по сравнению с первым кварталом 2013 года на 22,9%, однако ее уровень ниже средней заработной платы по субъекту (22 614 рублей и 18 899 рублей соответственно).

В ходе контрольных мероприятий проведен анализ уровня средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями Республики Татарстан, который выявил значительные различия.

Так, например, в республиканских медицинских организациях Минздрава Республики Татарстан (работающих в системе ОМС) максимальная среднемесячная начисленная заработная плата врачей (кроме зубных), включая врачей-руководителей структурных подразделений больниц, составляет 54530,4 рубля (ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница»), минимальная – 18 694,9 рубля (ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики»), различия составляют 2,92 раза.

Указанные различия в уровне средней заработной платы при единых тарифах на оплату медицинской помощи свидетельствуют о различных принципах в планировании их деятельности и формировании расходов однотипных медицинских организаций.



**8.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ПФО медицинской помощи. Провести анализ порядка контроля за соблюдением субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств обязательного медицинского страхования, включая данные о проверках и ревизиях.**

Основными документами, в соответствии с которыми осуществляется мониторинг и учет формирования и реализации территориальных ПТГ, являются установленные Росстатом формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения, основной их которых является форма № 62.

При этом в ходе контрольного мероприятия при выборочной проверке данных статистических форм № 62 и № 30 медицинских организаций Республики Татарстан значимые нарушения не выявлены.

Осуществление контроля за соблюдением субъектами ОМС и участниками ОМС законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием ими средств ОМС осуществляется в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

**8.2.7. Оценить деятельность страховых медицинских организаций, объем полученных по результатам выявленных нарушений штрафных санкций и их расходование.**

Страховые медицинские организации (далее – СМО) в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС. Объем ежемесячных плановых медико-экономических экспертиз и ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи по ОМС определяется планом проверок СМО медицинских организаций, согласованным территориальным фондом ОМС.

Всего за 2013 год было наложено на медицинские организации штрафных санкций в объеме 4 432,3 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО 355,8 млн. рублей (8,02%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил 2 458,3 млн. рублей.

Считаем целесообразным обратить внимание, что наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем целевых средств ОМС не направляется медицинским организациям в связи с их удержанием и отказами СМО в оплате медицинской помощи. Всего по ПФО медицинские организации не получили 11 565,9 млн. рублей средств ОМС.

При этом по данным субъектов ПФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов являются дефекты оформления

первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В связи с этим обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Представленные значения по средней заработной плате экспертов СМО по ряду субъектов ПФО вызывают сомнения. Например, органами исполнительной власти Удмуртской Республики, Пермского края и Оренбургской области сведения не представлены. Органом исполнительной власти Кировской области представлены данные о средней заработной плате по 3 СМО из 4 СМО, которые внесены в реестр Территориального фонда ОМС Кировской области и их размер колеблется от 47 045 рублей в филиале «Макс» до 23 591,23 рублей в филиале «Росгосстрах», филиал «Росно» представить информацию о размере средней заработной плате по информации органа исполнительной власти Кировской области отказался.

#### **9. Возражения или замечания руководителей объектов контрольного мероприятия на результаты контрольного мероприятия.**

Возражения или замечания руководителей объектов контрольного мероприятия на результаты контрольного мероприятия отсутствуют.

#### **10. Выводы:**

10.1. На 2012-2014 годы во всех субъектах ПФО территориальные ПГГ утверждены соответствующими нормативными правовыми актами органов исполнительной власти субъектов ПФО в срок до 1 января соответствующего года, кроме Удмуртской Республики и Ульяновской области, территориальные ПГГ которых на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов утверждены позднее срока, рекомендованного постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» на 2 месяца и 20 дней соответственно. На 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов территориальные ПГГ Удмуртской Республики и Ульяновской области утверждены в установленный срок.

Начиная с 2013 года, территориальные ПГГ утверждаются на текущий год и двухлетний плановый период. Однако в Нижегородской области территориальная ПГГ утверждена только на один год – 2013, без учета планового периода (2014 и 2015 годов), что не соответствует пункту 3 постановления Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов». В 2014 году территориальная ПГГ Нижегородской области утверждена на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

10.2. Анализ территориальных ПГГ выявил ряд нарушений положений статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

10.2.1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ПГГ Кировской области и Республики

Татарстан, утвержденные на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов не содержат перечни лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

10.2.2. Территориальные ПГГ Кировской, Нижегородской, Саратовской и Самарской областей, Чувашской и Удмуртской Республик на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи и мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

10.2.3. Ни одна территориальная ПГГ субъектов ПФО, кроме Самарской области, на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов в нарушение пункта 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ не содержит порядка и размеров возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

10.3. Анализ финансового обеспечения территориальных ПГГ субъектов ПФО показал следующее.

10.3.1. В 2012 году по данным Минздрава России дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ установлен во всех субъектах ПФО и составил 30 634,3 млн. рублей (29,7 % от потребности). Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в 2012 году сохранялся в Республике Марий Эл (37,1% от потребности), Пензенской (27,1% от потребности) и Саратовской областях (25,9% от потребности).

10.3.2. В 2013-2014 годах во всех субъектах ПФО, кроме Республики Татарстан, размер утвержденных подушевых нормативов, формирующихся за счет средств бюджета субъектов, ниже установленных федеральных значений, что свидетельствует о дефиците средств бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в 2013-2014 годах на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС.

При этом в 2014 году по сравнению с 2013 годом на фоне роста средств ОМС в Ульяновской и Саратовской областях, а также Республике Татарстан и Чувашской Республике, отмечается снижение нормативов подушевого финансирования за счет средств субъекта на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, что связано с передачей части объемов медицинской помощи в территориальную программу ОМС.

10.3.3. На 2013 и 2014 год территориальные ПГГ были утверждены с дефицитом средств бюджета всех субъектов Российской Федерации, входящих в ПФО, кроме в 2013 году Республики Татарстан и в 2014 году Оренбургской и Нижегородской областей.

Таким образом, в субъектах ПФО не обеспечено достаточное финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ППГ.

Кроме того, с дефицитом средств ОМС утверждены территориальные программы ОМС на 2014 год в Удмуртской Республике (- 894,7 млн. рублей), Республике Башкортостан (-1 254,7 млн. рублей), Кировской (-389,8 млн. рублей), Самарской (-149,5 млн. рублей) и Нижегородской (-198,35 млн. рублей) областях.

10.4. Во всех субъектах ПФО стоимость территориальных программ ОМС в нарушение части 11 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ превышает размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС в связи с включением в стоимость территориальной программы ОМС средств, указанных в бюджете территориальных фондов ОМС по строке 395 01 00 «Общегосударственные вопросы», по ЦСР 001 55 00 «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов».

Причиной указанных нарушений по информации, представленной, территориальными фондами ОМС, стало использование при формировании проектов территориальных ППГ рекомендованного Минздравом России приложения, устанавливающего утвержденную стоимость территориальной ППГ по условиям ее оказания, куда строкой 24 включены расходы на административно-управленческий персонал в сфере ОМС.

10.5. В территориальных ППГ Республик Башкортостан и Марий Эл, Нижегородской, Оренбургской, Саратовской и Пензенской областей не предусмотрены межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

10.6. Сравнительный анализ утвержденных на 2013 и 2014 годы нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат по субъектам ПФО со значениями средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных для Российской Федерации в целом постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» показал, что нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу ее оказания сформированы не из фактической потребности, а с учетом имеющейся сети медицинских организаций и фактических объемов финансового обеспечения их деятельности, сложившихся в предыдущие годы.

10.6.1. Установленные территориальными ППГ субъектов ПФО на 2013 год нормативы объема медицинской помощи с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных нормативов (0,4) в Кировской (0,23), Самарской (0,19), Саратовской (0,326) и

Пензенской (0,086) областях. При этом в Республике Мордовия, Чувашской Республике, Нижегородской и Оренбургской областях нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже средних федеральных нормативов (265,1 рублей, 174,7 рублей, 261,83 рублей и 206,7 рублей при нормативе 271,0 рублей).

В 2014 году нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью (0,5) установлены в территориальных ПТГ Пензенской области (0,187), Кировской области (0,152), Самарской области (0,190), Республике Марий Эл (0,278), Республике Башкортостан (0,40154). При этом нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже федеральных (360,0 рублей) в Чувашской Республике (238,0 рублей), Саратовской области (225,5 рублей), Республике Марий Эл (192,14 рублей) и Пензенской области (229,68 рублей).

В 2014 году нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов ПФО, ниже федеральных средних нормативов (0,2) установлены в Республиках Марий Эл (0,101), Башкортостан (0,17462), и Мордовия (0,069), а также Кировской области (0,082). Ниже средних федеральных нормативов по финансовому обеспечению (1044,0 рублей) установлены нормативы в Республике Марий (962,88 рублей), Республике Мордовия (1018,7 рублей), Кировской области (881,68 рублей), Пензенской области (546,5 рублей) и Оренбургской области (685,7 рублей).

Указанные несоответствия свидетельствуют о наличии «скрытого» дефицита финансового обеспечения территориальных ПТГ из средств консолидированных бюджетов указанных субъектов ПФО.

10.6.2. В территориальных программах ПТГ Республик Татарстан и Башкортостан на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов не были установлены нормативы финансовых затрат на одно обращение по поводу заболеваний за счет средств соответствующих бюджетов. В 2014 году указанные нормативы в территориальных ПТГ Республик Татарстан и Башкортостан установлены.

10.6.3. В территориальных программах ОМС в 2014 году выявлено занижение нормативов финансовых затрат за счет средств ОМС:

на одно обращение по поводу заболеваний по Республикам Марий Эл, Мордовия и Татарстан, а также Ульяновской области (847,06 рублей, 813,4рублей, 792,1 рубля и 867,95 рублей соответственно при нормативе 932,8 рублей на 1 обращение, установленном ПТГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов);

на одно посещение в неотложной форме в амбулаторных условиях в Республиках Марий Эл и Мордовия, а также Ульяновской области (350,53 рублей, 364,2 рубля и 379,6 рублей соответственно, при нормативе 407,6 рублей, установленном ПТГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов);

на один пациенто-день лечения в условиях дневного стационара в территориальных ПГГ Республик Марий Эл (568,1 рублей) и Мордовия (1028,7 рублей), Удмуртской Республике (626,6 рублей) и Нижегородской области (938,1 рублей) при нормативе 1227,9 рублей.

Указанные несоответствия свидетельствуют о наличии «скрытого» дефицита финансового обеспечения территориальных ПГГ из средств ОМС указанных субъектов ПФО.

10.6.4. В 2013 году нормативы объема койко-дней в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, и нормативы финансовых затрат на 1 койко-день не были установлены территориальными ПГГ Республики Мордовия и Оренбургской области, в 2014 году - территориальной ПГГ Республики Мордовия.

Нормативы территориальной ПГГ Пермского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов ниже средних федеральных нормативов по объемам паллиативной медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения (0,07 и 1048,2 рублей при нормативах 0,092 и 1654,3 рубля).

10.7. Оценка реализации в 2013 году территориальных ПГГ, в том числе территориальных программ ОМС, показала следующее:

10.7.1. Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 29,8% или 61,69 млрд. рублей. При этом прирост расходов обеспечен в основном только ростом средств ОМС (49,3%), предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

10.7.2. Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ (в 2013 году 96,5% в 2012 году – 96,4%).

10.7.3. В расходах субъектов ПФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (от 71,8 % в Нижегородской области до 84,2 % в Пензенской области).

10.7.4. Наибольший объем средств территориальных ПГГ направляется на оплату труда работников медицинских организаций. На втором месте – поступление нефинансовых активов, где наибольший процент расходов приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

10.8. По данным органов исполнительной власти субъектов ПФО на 1 января 2014 года не была погашена кредиторская задолженность медицинских организаций за счет средств бюджетов субъектов и средств ОМС в объеме 5 841,1млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Саратовской (817,1 млн. рублей), Пензенской (343,0 млн. рублей), Ульяновской (292,2 млн. рублей) и Самарской (692,9 млн. рублей) областях, Республиках Татарстан (274,1 тыс. рублей) и Башкортостан (210,8 млн. рублей) и Удмуртской Республике (159,6 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Вместе с тем

в Самарской области и Республике Марий Эл выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 312,5 млн. рублей и 65,0 млн. рублей соответственно. Кроме того, в Нижегородской области кредиторская задолженность за счет средств бюджета субъекта составила 1 808,9 млн. рублей.

10.9. Анализ тарифных соглашений и фактической стоимости тарифов на оплату медицинской помощи показал, что:

10.9.1. во всех субъектах ПФО структура и содержание тарифных соглашений различна. При этом требования к структуре и содержанию тарифных соглашений Федеральным фондом ОМС, являющимся уполномоченным органом по их установлению, не утверждены;

10.9.2. в субъектах ПФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов, и с коэффициентом дифференциации 1,0 стоимость посещений к врачу различается на несколько десятков процентов, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 1,5 раза.

10.10. Оценка реализации территориальных программ и фактически выполненных объемов медицинской помощи, достигнутых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом выявила:

рост численности медицинских организаций, участвующих в территориальных ПГГ, а также в территориальных программах ОМС, на фоне снижения числа государственных (муниципальных) медицинских организаций и их коечного фонда;

сокращение вызовов скорой медицинской помощи в 8 субъектах, входящих в ПФО. Отмечен рост выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом в Республиках Мордовия (в 2012 году -0,18 и в 2013 году – 0,320) и Татарстан (в 2012 году – 0,312 и в 2013 году – 0,319), Удмуртской Республике (в 2012 году – 0,318 и в 2013 году – 0,328), Кировской (в 2012 году – 0,319 и в 2013 г. – 0,321) и Оренбургской (в 2012 году – в 0,355 и в 2013 году – 0,406) областях. При этом в Удмуртской Республике, Кировской и Оренбургской областях число обращений к врачам по поводу заболеваний выше установленных значений (3,37, 2,29 и 2,29 соответственно при нормативе 2,1), что может свидетельствовать о неэффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов;

в Удмуртской Республике при увеличении выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом число посещений медицинских организаций по неотложной помощи значительно ниже установленных нормативных значений (0,004 и 0,360 соответственно);

фактически сложившаяся стоимость единицы объема медицинской помощи в 2013 году имеет по субъектам ПФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется от 1 192,0 рублей в Республике Мордовия до 1 866,2 рублей в Самарской области, стоимость койко-дня колеблется от 1206,4 рублей в Республике Марий Эл до 1809,8 рублей в Чувашской Республике, что

свидетельствует о неравных условиях в формировании и финансовом исполнении территориальных ПГГ;

в Республиках Башкортостан и Марий Эл, Самарской и Саратовской областях число вызовов скорой медицинской помощи значительно ниже федеральных нормативных значений (0,311, 0,257, 0,247 и 0,299 при нормативном значении 0,318). В то же время в указанных субъектах не отмечено достаточного числа посещений медицинских организаций по неотложной медицинской помощи (Республика Башкортостан – 0,328, Республика Марий Эл – 0,206, Самарская область – 0,119 и Саратовская область – 0,044 при нормативном значении 0,36). Это может свидетельствовать о недостаточной организации взаимодействия между станциями (отделениями) скорой медицинской помощи и отделениями, оказывающими неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которым должна передаваться информация об обращениях граждан с неотложными состояниями, не требующими экстренной медицинской помощи.

10.11. Несмотря на снижение в 2013 году смертности населения от всех причин по всем субъектам ПФО, кроме Ульяновской области (14,4 при планируемом показателе 13,8 на 100 тысяч населения), не достигнуты планируемые показатели снижения смертности, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы по младенческой смертности в Республике Татарстан (7,0 при планируемом показателе 6,4 на 1000 родившихся живыми), Республике Мордовия (7,4 при планируемом показателе 5,0), Нижегородской (8,4 при планируемом показателе 8,2), Оренбургской (10,1 при планируемом показателе 9,5), Самарской (7,1 при планируемом показателе 6,7) и Ульяновской (8,6 при планируемом показателе 6,6) областях.

По смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели ее снижения в Оренбургской (770,5 при планируемом показателе 768,5 на 100 тыс. населения) и Нижегородской (991,3 при планируемом показателе 915,0) областях, по смертности населения от новообразований – в Республиках Башкортостан (146,9 при планируемом показателе 146,9 на 100 тыс. населения) и Марий Эл (179,3 при планируемом показателе 168,7), Пермском крае (199,7 при планируемом показателе 197,1), Кировской (214,3 при планируемом показателе 207,9), Нижегородской (230,6 при планируемом показателе 227,0), Оренбургской (230,3 при планируемом показателе 215,6), Самарской (213,4 при планируемом показателе 208,0) и Ульяновской (228,3 при планируемом показателе 209,9) областях.

10.12. Проведенный на основании данных Росстата (форма федерального статистического наблюдения № 1-здрав) анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПГГ (без учета медицинских работников, работающих в федеральных медицинских организациях и медицинских организациях иной формы собственности), показал:

в целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах ПФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014



года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Республиках Башкортостан и Мордовия, в Кировской, Оренбургской и Пензенской областях ниже, чем за 2013 год в целом;

по итогам первого квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Пермском крае (41675 рублей), Нижегородской области (36407 рублей) и Республике Башкортостан (36519 рублей), наименьший – в Республике Мордовия (24781 рубль);

в 1 квартале 2014 года самый низкий уровень средней заработной платы врачей в целом по ПФО зарегистрирован в федеральных медицинских организациях (29 002 рублей). При этом, несмотря на рост уровня заработной платы врачей в целом в ПФО, в 1 квартале 2014 г. по сравнению с 1 кварталом 2013 г. отмечено снижение средней заработной платы врачей федеральных медицинских организаций в Кировской (-5,6%) и Оренбургской (-1,4%) областях, а также Пермском крае (-4,5%);

в целом самый высокий уровень заработной платы врачей в ПФО зарегистрирован в муниципальных медицинских организациях (35 861 рубль). Вместе с тем в 8 субъектах ПФО (Республика Татарстан, Удмуртская и Чувашская Республики, Кировская, Нижегородская, Пензенская, Самарская и Ульяновская области) уровень средней заработной платы врачей в муниципальных медицинских организациях ниже уровня заработной платы врачей федеральных медицинских организаций и врачей медицинских организаций субъектов Российской Федерации. При этом самый низкий уровень заработной платы врачей муниципальных медицинских организаций отмечен в Чувашской Республике – 11240 рублей, что в 3,2 раза ниже, чем в федеральных медицинских организациях и в 2,7 раза ниже, чем в медицинских организациях субъекта Российской Федерации. Это стало следствием выявленного «скрытого» дефицита средств территориальных ПГГ в субъектах ПФО;

по итогам 2013 года выявлено продолжающееся сокращение врачей, которое по итогам года составило 0,8% по сравнению с 2012 годом. Обеспеченность врачами сократилась с 39,4 до 39,1 на 10 тысяч населения. Наибольшее сокращение врачей выявлено в Оренбургской области – на 6,7% с 46,3 до 43,2 на 10 тысяч населения;

уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала в целом по ПФО в соответствии с данными Росстата свидетельствует о росте средней заработной платы среднего медицинского персонала по сравнению с первым кварталом 2013 года на 22,9%, однако ее уровень ниже средней заработной платы по субъекту (22 614 рублей и 18 899 рублей соответственно);

выявлены значительные различия в заработной плате в республиканских медицинских организациях Минздрава Республики Татарстан (работающих в системе ОМС), где максимальная среднемесячная начисленная заработная плата врачей (кроме зубных), включая врачей-руководителей структурных подразделений больниц, составляет 54530,4 рубля (ГАУЗ «Республиканская клиническая офтальмологическая больница»), а минимальная – 18 694,9 рубля (ГАУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики»), различия составляют 2,92 раза.

Указанные различия в уровне средней заработной платы при единых тарифах на оплату медицинской помощи свидетельствуют о различных принципах в планировании деятельности и формировании расходов однотипных медицинских организаций.

10.13. При оценке применяемого на региональном уровне нормативного правового регулирования проведения контроля за выделением и использованием средств обязательного медицинского страхования, экспертизы качества медицинской помощи выявлено следующее:

10.13.1. В ходе проверки при анализе реестров экспертов качества медицинской помощи установлено, что ряд медицинских специальностей в реестрах представлены единственным экспертом, являющимся сотрудником определенной медицинской организации. Например, в Республике Татарстан, такими специальностями являются: «гематология», «дерматовенерология», «клиническая фармакология» «ревматология». Кроме того, в списке экспертов качества Республики Татарстан отсутствуют специалисты: «рентгенолог», «лечебная физкультура и спортивная медицина», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «бактериология», «детская кардиология».

Таким образом, невозможно провести экспертизу качества медицинской помощи в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность, а также экспертизу качества медицинской помощи при отсутствии соответствующих специалистов.

10.13.2. Представленные данные по деятельности СМО показали, что всего за 2013 год указанными организациями были наложены на медицинские организации штрафные санкции в объеме 4 432,3 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО 355,8 млн. рублей (8,02%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил 2 458,3 млн. рублей. Всего медицинские организации ПФО не получили 11 565,9 млн. рублей средств ОМС.

При этом по данным субъектов ПФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов являются дефекты оформления первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В связи с этим обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Представленные значения по средней заработной плате экспертов СМО требуют уточнения.

## **11. Предложения (рекомендации):**

11.1. Направить представление Губернатору Республики Татарстан.

11.2. Направить информационное письмо с приложением отчета Полномочному представителю Президента Российской Федерации по Приволжскому федеральному округу.

11.3. Направить обращение в Генеральную прокуратуру Российской Федерации.

11.4. Направить отчет о результатах контрольного мероприятия и информацию об основных итогах контрольного мероприятия в Государственную Думу и Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации.

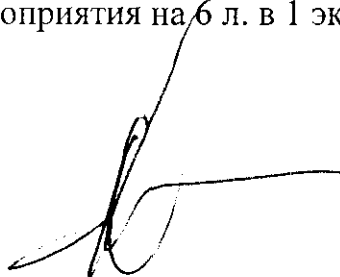
Приложения:

1. Перечень законов и иных нормативных правовых актов, исполнение которых проверено в ходе контрольного мероприятия на 4 л. в 1 экз.

2. Перечень актов, оформленных по результатам контрольного мероприятия на 1 л. в 1 экз.

3. Карта итогов контрольного мероприятия на 6 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко