

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«25» июля 2014 г.

№ ОМ-129/12-03

ОТЧЕТ

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

«Аудит формирования и финансового обеспечения в 2013 - 2014 годах и реализации в 2013 году программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования (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 2.2.3.3); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20.11.2013 № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26.11.2013 № 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 базовой программы обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

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

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

3. Объекты контрольного мероприятия:

3.1. Министерство здравоохранения Российской Федерации (г. Москва);

3.2. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (г. Москва).

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

5. Цель контрольного мероприятия:

5.1. Цель 1. Определить законность и полноту формирования финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

Вопросы:

5.1.1. Проанализировать нормативные правовые и распорядительные документы, регламентирующие формирование нормативов объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

5.1.2. Оценить достаточность средств программы государственных гарантий и базовой программы обязательного медицинского страхования.

5.1.3. Оценить применяемую на федеральном уровне тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования, включая утверждение и внедрение стандартов медицинской помощи, расчет их стоимости и формирование на их основании программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования в 2013 и 2014 годах.

5.1.4. Оценить применяемое на федеральном 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 программы государственных гарантий и базовой программы обязательного медицинского страхования, а также достаточность выделенных средств для их реализации.

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

Вопросы:

5.2.1. Проанализировать утвержденные нормативы объема медицинской помощи программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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 в 2013 году.

5.2.2. Провести анализ системы формирования тарифов на оплату медицинской помощи, установленных тарифными соглашениями между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим органом исполнительной власти Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.

5.2.3. Оценить достижение эффективности и доступности медицинской помощи населению.

5.2.4. Провести анализ фактических расходов на медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

5.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

5.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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.

Критерии оценки эффективности:

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

соответствие деятельности федерального фонда федерального органа 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 программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ) и базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в сравнении с аналогичными показателями 2012 года.

Формирование ПГГ с 1 января 2013 года регулируется статьей 80 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). Составной частью ПГГ является базовая программа ОМС, требования к которой установлены статьей 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010. № 326-ФЗ).

Финансовое обеспечение ПГГ осуществляется из трех источников:

ассигнований федерального бюджета, направляемых на обеспечение деятельности федеральных медицинских организаций и финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи;

средств соответствующих бюджетов субъектов Российской Федерации, которые в соответствии со статьей 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ направляются на обеспечение медицинской помощи, не включенной в программы ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах ОМС;

средств ОМС, которые направляются на финансовое обеспечение медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС.

До 1 января 2013 года бюджет Федерального фонда ОМС формировался с учетом части 2 статьи 50 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, когда в 2011 и 2012 годах два процентных пункта от средств страховых взносов на ОМС, поступавших в бюджет Федерального фонда ОМС в соответствии с Федеральным законом от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования», направлялись на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

С 1 января 2013 года субвенции Федерального фонда ОМС являются основной статьей доходов территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС.

Подготовку, согласование и внесение проекта ППГ в Правительство Российской Федерации осуществляло Министерство здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 5.1 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608.

8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.

8.1. Определить законность и полноту формирования финансового обеспечения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

8.1.1. Проанализировать нормативные правовые и распорядительные документы, регламентирующие формирование нормативов объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования, на 2013 и 2014 годы.

В соответствии с частью 4 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ ППГ утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации.

На 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов ППГ утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074, на

2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов - постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932.

Анализ утвержденных ПГГ показал следующее:

в нарушение пункта 3 части 5 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов не содержала раздела по отдельным категориям граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, который присутствует в ПГГ на 2014 и плановый период 2015 и 2016 годов;

в нарушение пункта 4 части 5 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в ПГГ как на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов, так и на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, отсутствует в качестве отдельного раздела базовая программа ОМС, отдельные положения базовой программы включены в соответствующие разделы ПГГ.

в нарушение части 6 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов и ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов не содержат раздела, устанавливающего положения ПГГ в части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

В соответствии с частью 5 статьи 15 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

В соответствии с частью 2 статьи 28 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ страховая медицинская организация (далее – СМО) направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой ОМС. При этом согласно части 2 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ СМО обязуется оплатить медицинской организации медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой ОМС.

В случае превышения установленного в соответствии с указанным Федеральным законом для СМО объема средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменением их структуры по полу и возрасту, СМО после осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС и при отсутствии целевых средств, в том числе сформированных за счет средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за выявленные нарушения, обязана обратиться в территориальный фонд ОМС за предоставлением целевых средств из нормированного страхового запаса для оплаты медицинской организации медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов.

Порядок рассмотрения территориальным фондом обращения СМО за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО, принятие решения о предоставлении

средств и исчерпывающий перечень оснований для отказа в предоставлении СМО средств из нормированного страхового запаса территориального фонда сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО установлены частями 7, 8 и 9 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, а также Порядком использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 227.

Таким образом, Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ созданы равные условия для возмещения расходов на оказанную медицинскую помощь в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Однако в разделе IV «Финансовое обеспечение Программы» ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов установлено, что при оказании в 2014 году медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу ОМС, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Таким образом, выявлено несоответствие положений ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов положениям статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в части механизма возмещения затрат за оказанную медицинскую помощь сверх установленных объемов.

В соответствии с частью 5 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в рамках ППГ устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, которые в соответствии с пояснительными записками к проектам ППГ, представленными Минздравом России, на 2013 и 2014 годы сформированы на основании анализа фактических показателей выполнения нормативов объема медицинской помощи за период с 2002 по 2011 годы.

Сравнение нормативов объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, утвержденных на 2013 и 2014 годы, с аналогичными средними нормативами, установленными для 2012 года, показало:

неоднозначность формирования средних нормативов обращений по поводу заболевания с учетом предложенной Минздравом России кратности посещений в 1 обращении – **от 2,6 до 3,2 посещений;**

установление на 2013 год средних нормативов объема первичной медико-санитарной помощи ниже, чем значения средних нормативов 2012 года на 1,9%;

отсутствие выделенных средних нормативов объема и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (вместо этого установлены средние нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях без указания ее вида);

уменьшение на 2013 и 2014 годы норматива медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (с учетом паллиативной медицинской помощи) на 5,2% в 2013 году (с 2,78 до 2,635 койко-дней на 1 жителя в год) без учета необходимости развития медицинской реабилитации в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации, утвержденной приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н;

необходимость наличия к началу 2014 года не менее 13 046 коек медицинской реабилитации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках ОМС, с учетом установленных ПГГ средних нормативов ее объема 0,03 койко-дня на 1 застрахованное лицо (в пересчете на койки – 0,03 койко-дня * 143 504 350 застрахованных / 330 дней в году), при этом по факту в соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» в Российской Федерации было развернуто только 12 621 реабилитационная койка – 96,7% от потребности (без учета коек для реабилитации больных наркоманией);

выделение среднего норматива финансовых затрат на один случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств ОМС (106 253,9 рубля в 2013 году и 113 109 рублей в 2014 году) без установления соответствующего среднего норматива объема медицинской помощи, что привело к тому, что субъекты Российской Федерации при утверждении территориальных ПГГ на 2013-2014 годы не предусмотрели необходимый объем средств ОМС на оказание указанного вида помощи. Данное обстоятельство стало следствием, того, что рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных ПГГ указанных положений не содержат.

Исходя из средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема рассчитывается подушевой норматив финансирования отдельно за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, отдельно за счет средств ОМС.

В соответствии с ПГГ подушевой норматив финансирования составляет:

в 2013 году 9032,5 рубля, в том числе за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС – 5 942,5 рубля;

в 2014 году 10 294,4 рубля, в том числе за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС – 6 962,5 рубля.

Анализ методики расчета подушевого норматива финансирования на 2013 и 2014 годы показал, что:

за счет субвенций Федерального фонда ОМС доля средств на ведение дел СМО и административно-управленческий персонал территориальных фондов ОМС составила по предложению Федерального фонда обязательного медицинского страхования 3,0% без их разделения на цели доведения, что позволяет территориальным фондам ОМС самостоятельно определять объем средств, которые направляются ими на свой административно-управленческий персонал (отсутствие принципа прозрачности). Так, в соответствии с Законом Забайкальского края от 25.12.2013 № 920-33К «О бюджете Территориального

фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов» норматив расходов на ведение дела по ОМС установлен в размере 1,0 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, в соответствии с Законом Костромской области от 13.12.2013 № 465-5-ЗКО «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Костромской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» - в размере 1,3% процента от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, а в соответствии с Закон г. Москвы от 02.10.2013 № 51»О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» - в размере 1,5 % от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам;

подушевой норматив финансирования для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с финансово-экономическим обоснованием включает расходы на применение репродуктивных технологий, как следствие, при пересчете на число застрахованных средние нормативные объемы применения репродуктивных технологий должны составлять около 374,7 тыс. случаев экстракорпорального оплодотворения за год, однако федеральная статистическая отчетность не позволяет оценить фактическое число женщин, получивших данный вид помощи;

средства, предусмотренные на скорую медицинскую помощь, включены в норматив подушевого финансирования за счет средств соответствующих бюджетов Российской Федерации, рассчитанного на 1 жителя в год (456,5 рублей), что противоречит части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, согласно которой скорая медицинская помощь осуществляется в рамках базовой программы ОМС;

подушевые нормативы финансирования не предусматривают средства, передаваемые в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ из бюджетов субъектов в бюджеты территориальных фондов в виде межбюджетных трансфертов на осуществление финансового обеспечения расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ 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, которые по расчетам, проведенным в ходе проверки, составляют не менее 628,8 рубля на 1 застрахованного в год.

В соответствии с частью 3 статьи 3 Федерального закона от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» при определении размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения к тарифу страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в 2013 - 2014 годах применяется коэффициент - 0,9000.

Таким образом, 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 ОМС, осуществляется финансовое обеспечение 10,0% тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения. Для 2013-2014 года средний норматив финансовых затрат на ОМС неработающего населения с учетом минимального значения коэффициента дифференциации составляет $= 18\ 864,6 \text{ рубля} * 0,3333 * 0,1 = 628,8 \text{ рубля}$.

Указанные расчеты подтверждены данными формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2012 год, в соответствии с которой на содержание деятельности медицинских организаций, участвующих в территориальных программах ОМС, было выделено из средств соответствующих бюджетов 128 673,7 млн. рублей. С учетом численности застрахованных в 2012 году 141 241 093 чел. это составляет при пересчете на коэффициенты дифференциации субъектов Российской Федерации около 717 рублей на 1 застрахованное лицо.

Как следствие, в соответствии с проведенными расчетами подушевой норматив финансирования, включающий средства на ведение дел СМО и административно-управленческий персонал территориальных фондов ОМС, ориентировочно составляет:

на 2013 год без учета ассигнований федерального бюджета 2 633,5 рублей за счет средств соответствующих бюджетов и 7027,8 рублей за счет средств ОМС, из них 5 942,5 рубля за счет субвенций Федерального фонда (суммарно 9 661,3 рубля);

на 2014 год без учета ассигнований федерального бюджета 2 852,6 рубля за счет средств соответствующих бюджетов и 8 070,7 рублей за счет средств ОМС, из них 6 962,5 рубля за счет субвенций Федерального фонда (суммарно 10 923,3 рубля).

Таким образом, расчетный объем средств ПГГ с учетом районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации должен составлять без учета ассигнований федерального бюджета:

на 2013 год за счет консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации не менее 428 589,2 млн. рублей, за счет средств ОМС – не менее 1 164 989,5 млн. рублей; суммарно – 1 593 578,7 млн. рублей;

на 2014 год за счет консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации не менее 472 331,7 млн. рублей, за счет средств ОМС – не менее 1 360 837,97 млн. рублей; суммарно – 1 833 169,8 млн. рублей.

Субвенции бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС для финансового обеспечения организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации на 2013 год составили 985 412,8 млн. рублей, в том числе 332,1 млн. рублей для г. Байконур; на 2014 год – 1 174 331,8 млн. рублей, в том числе 352,6 млн. рублей для г. Байконур.

В 2013 году бюджетам территориальных фондов ОМС из бюджета Федерального фонда ОМС были предоставлены дополнительные субвенции из средств нормированного страхового запаса в объеме 40 000,0 млн. рублей, в том числе 13,5 млн. рублей г. Байконур.

В результате подушевой норматив за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС увеличился с 5 942,5 рубля до 6 183,7 рублей или на 4,1%. При этом изменения в ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов не вносились.

Таким образом, запланированные нормативы объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования не учитывают все требования действующего законодательства, что дает возможность субъектам Российской Федерации при расчете и утверждении финансового обеспечения территориальных ПГГ уменьшать объем бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов.

8.1.2. Оценить достаточность средств программы государственных гарантий и базовой программы обязательного медицинского страхования.

На 2012 год рассчитанный субъектами Российской Федерации объем финансового обеспечения ПГГ составил 1 392 930,3 млн. рублей, из них средств ОМС – 837 121,8 млн. рублей. Субъектами Российской Федерации была утверждена стоимость территориальных ПГГ в размере 1 353 867,6 млн. рублей (утвержденный в территориальных ПГГ дефицит средств – 39 062,7 млн. рублей), из них средств ОМС и средств на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, – 900 396,5 млн. рублей.

В 2012 году по данным доклада Минздрава России о реализации ПГГ в 2012 году по итогам года дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ был отмечен в 66 субъектах Российской Федерации. Размер дефицита составил 164,5 млрд. рублей (14,4 % от потребности).

В 2012 году нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу ее оказания формировались с учетом законодательства, действующего до принятия Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во всех субъектах Российской Федерации 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, 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». Суммарный объем средств на содержание аппаратов территориальных фондов ОМС, включенных в стоимость территориальных программ ОМС, составил в 2013 году 11 477,3 млн. рублей, в 2014 году – 12 056,2 млн. рублей.

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.

На 2013 год в соответствии с территориальными ПГГ утвержденный объем средств на оказание медицинской помощи населению в рамках ПГГ составил за счет средств консолидированных бюджетов субъектов 502 244,9 млн. рублей (без учета города Москвы 360 961,2), 1 205 322,1 млн. рублей средств ОМС (без расходов территориальных фондов ОМС на содержание аппарата); всего 1 707 567 млн. рублей.

Утверждены с дефицитом территориальные ПГГ 55 субъектов Российской Федерации.

При сравнении утвержденной стоимости территориальных ПГГ с проведенными в ходе контрольного мероприятия расчетами выявлено, что дефицит средств бюджета установлен по 60 территориальным программам, размер дефицита составил 63 268,1 млн. рублей. В указанных субъектах подушевой норматив финансирования за счет средств консолидированного бюджета субъектов был установлен ниже федеральных значений. Дефицит средств ОМС был выявлен в 40 территориальных программах ОМС на общую сумму 26 052,98 млн. рублей.

Это стало следствием того, что указанные субъекты Российской Федерации в нарушение части 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ не предусмотрели в 2013 и 2014 годах межбюджетных трансфертов, передаваемых 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 7 статьи 35 указанного Федерального закона. Г. Москва, Ставропольский край и Мурманская область средства бюджета, выделенные на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, в нарушение установленного механизма направили напрямую региональным медицинским организациям, создав тем самым неравные условия для участия в территориальной программе ОМС медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности.

Представленные расчеты подтверждены докладом Минздрава России о ходе реализации ПГГ в 2013 году в соответствии с которым по итогам 2013 года были выполнены с дефицитом средств ПГГ 58 субъектов Российской Федерации на общую сумму 94 080,2 млн. рублей.

На 2014 год объем средств на оказание медицинской помощи населению в рамках ПГГ утвержден в размере 519 486,7 млн. рублей (381 125,4 млн. рублей без учета г. Москвы) за счет консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и 1 353 595,4 млн. рублей средств ОМС (без расходов территориальных фондов ОМС на содержание аппарата). Всего – 1 873 382,1 млн. рублей. Утверждены с дефицитом территориальные ПГГ 56 субъектов Российской Федерации.

По сравнению с 2013 годом объем средств ПГГ вырос на 165 815,1 млн. рублей или на 9,7 %. Однако 39 субъектов Российской Федерации в 2014 году сократили финансирование территориальных ПГГ за счет средств консолидированных бюджетов субъектов.

При сравнении утвержденной стоимости территориальных ПГГ с проведенными в ходе контрольного мероприятия расчетами выявлено, что дефицит

средств бюджета на 2014 год установлен по 59 территориальным программам, размер дефицита по сравнению с 2013 годом увеличился и составил 101 662,4 млн. рублей. При этом в указанных субъектах подушевой норматив финансирования за счет средств консолидированного бюджета субъектов был установлен ниже федеральных значений. Дефицит средств ОМС был выявлен также по 59 территориальным программам ОМС на общую сумму 55 320,4 млн. рублей, что выше объемов 2013 года.

С 1 января 2013 года был изменен принцип формирования нормативов объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу ее оказания. При этом сравнительный анализ утвержденных на 2013 и 2014 годы субъектами Российской Федерации нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат со значениями средних федеральных нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных ПГГ, **подтвердил наличие «скрытого» дефицита ПГГ** как за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, так и за счет средств ОМС (занижение нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, в том числе в связи с тем, что субъекты Российской Федерации при расчете норматива финансовых затрат не учитывали коэффициенты дифференциации, устанавливаемые Федеральным фондом ОМС).

8.1.3. Оценить применяемую на федеральном уровне тарифную политику в сфере обязательного медицинского страхования, включая утверждение и внедрение стандартов медицинской помощи, расчет их стоимости и формирование на их основании программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и базовой программы обязательного медицинского страхования в 2013 и 2014 годах.

В 2013 году со стороны Минздрава России и Федерального фонда ОМС единых рекомендаций по формированию тарифных соглашений не было. Как следствие, тарифные соглашения субъектов Российской Федерации 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 в течение первого полугодия 2014 года указанный нормативный правовой акт Федеральным фондом ОМС не издан.

В соответствии с положениями статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2013 года медицинская помощь оказывается на основании стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В соответствии с частью 7 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ ПГГ формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

В соответствии с частью 4 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ страховое обеспечение в соответствии с базовой программой

обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В банке данных «Нормативные правовые акты, зарегистрированные в Министерстве юстиции Российской Федерации» на официальном сайте Минюста России на момент проверки имелась информация о регистрации 794 приказов Минздрава России, утверждающих стандарты медицинской помощи. Среди утвержденных стандартов, зарегистрированных в Минюсте России, 453 (57,1%) - стандарты специализированной медицинской помощи, 274 (34,5%) - стандарты первичной медико-санитарной помощи, 67 (8,4%) - стандарты скорой медицинской помощи. Все стандарты были опубликованы и вступили в законную силу только к сентябрю 2013 года.

Таким образом, в нарушение части 7 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и части 4 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ ППГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов была сформирована без учета стандартов медицинской помощи и их стоимости, то есть не от фактической потребности, а от выделенных объемов средств.

Минздравом России и Федеральным фондом ОМС в рамках контрольного мероприятия расчет стоимости утвержденных стандартов медицинской помощи не представлен.

В ходе проверки был проведен анализ охвата заболеваний, классифицированных в соответствии с международной классификацией болезней 10 - го пересмотра (МКБ-10). В соответствии с результатами анализа среди 9 324 заболеваний, подлежащих стандартизации, какими-либо стандартами медицинской помощи охвачено 3 118 заболевания (33,4%). Стандартами первичной медико-санитарной помощи охвачено 1 047 заболеваний (11,2%), специализированной медицинской помощи - 1 602 заболевания (17,2%), скорой медицинской помощи - 1 390 заболеваний (14,9%) (таблица 1). Стандарты на паллиативную медицинскую помощь (новый вид медицинской помощи, введенный Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ) не утверждены.

Не разработаны стандарты на целый ряд заболеваний, обуславливающих основные причины смертности населения и обращения в медицинские организации Российской Федерации, в том числе такие, как: туберкулез (все формы), инфекции, передающиеся половым путем, железодефицитная анемия, энцефалит, миелит и энцефаломиелит, эпилептический статус, детский церебральный паралич, катаракта, неврит зрительного нерва, слепота и понижение зрения, ишемическая болезнь сердца (кроме стандартов по скорой медицинской помощи), эмболия и тромбоз артерий, инфаркты миокарда, перикардит, нестабильная стенокардия, аневризма аорты, эмфизема, астма, контактный и другие дерматиты, включая экзему, и псориаз, кифоз, лордоз, остеохондроз позвоночника, острый аппендицит, кишечная непроходимость, острый панкреатит, камни почек и мочеточников, стриктура уретры и т.д.

В соответствии с пунктом 1в Перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам первой конференции Общероссийского народного фронта на тему «Строительство социальной справедливости» от 18.04.2014 № Пр-877

Правительству Российской Федерации было поручено до 1 мая 2013 года утвердить стандарты медицинской помощи и обеспечить их применение.

Пунктом 1.5 Перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам специальной программы «Прямая линия с Владимиром Путиным», состоявшейся 25 апреля 2013 года, от 30.04.2013 № Пр-967, Правительству Российской Федерации было поручено на основе порядков и стандартов оказания медицинской помощи обеспечить мониторинг предоставления гражданам медицинскими учреждениями бесплатной медицинской помощи и контроль за предоставлением.

Однако проведенный анализ свидетельствует о том, что Минздрав России не выполнял в полном объеме свои полномочия по утверждению стандартов медицинской помощи, что привело к неисполнению указанных поручений Президента Российской Федерации.

Учитывая изложенное, в нарушение части 7 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и части 4 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов также была сформирована без учета стандартов медицинской помощи и их стоимости.

Как следствие, расчет потребности в финансовом обеспечении ППГ для оплаты оказываемой медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи осуществляется Минздравом России на основании предыдущих данных об исполнении территориальных ППГ и фактически выделяемого объема финансирования.

Минздравом России, начиная с 2013 года, предложен новый механизм оплаты медицинской помощи и формирования тарифов на основе клинико-статистических групп (КСГ).

При этом понятие КСГ в действующем законодательстве не содержится.

В соответствии с ППГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов и ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов оплата медицинской помощи в соответствии с КСГ является лишь одним из возможным способов оплаты.

В рекомендациях Минздрава России «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)», направленных в субъекты Российской Федерации письмом от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305, указано, что основой формирования КСГ являются стандарты медицинской помощи, охватывающие около 85% всех заболеваний.

Однако механизм расчета предложенных в рекомендациях коэффициентов КСГ не понятен, так как на момент формирования и подписания письма большая часть стандартов медицинской помощи утверждена не была.

Информационным письмом Минздрава России от 11.11.2013 № 66-0/10/2-8405 Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования разработало и направило для использования в работе «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПП) за счет средств системы

обязательного медицинского страхования» в дополнение к рекомендациям «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)», направленным письмом Минздрава России от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305.

Указанные рекомендации были утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229.

В соответствии с Уставом Федерального фонда ОМС, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857, к полномочиям фонда относится издание нормативных правовых актов и методических указаний в соответствии с полномочиями, установленными Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

При этом Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ полномочий Федерального фонда ОМС по утверждению методических рекомендаций, касающихся способа оплаты медицинской помощи, в том числе на основе КСГ, не содержит.

В данной связи основания для издания приказа Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229 не установлены, то есть директором Федерального фонда ОМС Стадченко Н.Н. допущено превышение установленных полномочий.

Письмом ФФОМС от 13.12.2013 № 8404/21-4/и в дополнение к данным рекомендациям направлена Расшифровка клинико-статистических групп в соответствии с классификацией заболеваний МКБ-10 и Инструкция по группировке, содержащая алгоритм формирования терапевтических, хирургических и комбинированных клинико-статистических групп.

Большинство профилей КСГ включают заболевания, стандарты медицинской помощи по которым на настоящий момент не утверждены, таким образом, представленные в методических рекомендациях результаты расчетов коэффициентов относительной затратноемкости КСГ не достоверны и не могут быть основой расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи.

Кроме того, в соответствии с Соглашением об оказании консультативных услуг о техническом содействии совершенствованию системы оплаты медицинской помощи в отдельных регионах Российской Федерации между Федеральным фондом ОМС и Международным банком реконструкции и развития в 2013 году в 3 субъектах Российской Федерации был реализован пилотный проект по внедрению оплаты медицинской помощи на основании КСГ. Соответствующий отчет был представлен Федеральному фонду ОМС в конце ноября 2013 года.

По результатам проекта специалистами Международного банка реконструкции и развития сделаны выводы о необходимости продолжить работу над перечнем КСГ (страница 293 отчета), разработать стандартную методологию учета затрат (страница 295 отчета), определить репрезентативное число пилотных медицинских организаций, на базе которых возможно продолжение пилотного исследования.

Таким образом, указанная работа по разработке рекомендаций по оплате медицинской помощи на основании КСГ не завершена, а, следовательно, не могла быть внедрена на всей территории Российской Федерации.

8.1.4. Оценить применяемое на федеральном уровне нормативное правовое регулирование проведения контроля за выделением и использованием средств обязательного медицинского страхования, экспертизы качества медицинской помощи. Провести анализ порядка проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи и используемых нормативных правовых и распорядительных документов.

Контроль за выделением и использованием средств ОМС, экспертиза качества медицинской помощи регулируется 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.

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 без правовых на то оснований.

В контрольных мероприятиях установлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом, в связи с чем экспертиза качества медицинской помощи не может быть проведена в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность.

8.2. Оценить результаты реализации в 2013 году программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования.

8.2.1. Провести анализ фактических расходов на медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с докладом Минздрава России стоимость ПГГ на 2012-2013 годы составила:

Таблица 2

| Источники финансирования | 2012 год | | 2013 год | |
|--|----------------|--------------|----------------|--------------|
| | абс. данные | % | абс. данные | % |
| 1.Федеральный бюджет | 411,4 | 23,9 | 330,3 | 16,7 |
| 2.Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации | 580,6 | 33,8 | 478,2 | 24,2 |
| 3.Средства системы ОМС | 726,4 | 42,3 | 1 167,9 | 59,1 |
| ИТОГО | 1 718,4 | 100,0 | 1 976,4 | 100,0 |

В 2013 году отмечен рост средств ОМС в связи с ростом страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в соответствии с частью 2 статьи 12 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ и изменением размера и порядка расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ.

В объем средств ОМС, указанных в докладе, по информации Минздрава России включены затраты на ведение дел в системе ОМС и расходы на территориальную программу ОМС г. Байконур.

При этом считаем целесообразным обратить внимание на сокращение в 2013 году по сравнению с 2012 годом объема средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи, **на 17,6%**

Сравнительный анализ данных доклада с данными формы № 62 выявил следующее.

1. Фактическое исполнение территориальных ПГГ в части оплаты оказанной медицинской помощи составило 1 622 198,5 млн. рублей или 96,3% от утвержденных объемов. При этом в соответствии с данными формы № 62 средства ОМС из них составили 1 144 033,4 млн. рублей (95,5% от утвержденных объемов).

Дополнительно к средствам ОМС и средствам бюджетов в 2013 году на оплату медицинской помощи было направлено 17 962,9 млн. рублей из Фонда социального страхования, что в отчете не указано и общем объеме средств не учтено. В итоге из государственных внебюджетных фондом была оплачена медицинская помощь на сумму 1 161 996,2 млн. рублей.

2. В соответствии с формой № 62 на ведение дела в сфере ОМС в 2013 году было затрачено 23 833,76 млн. рублей (2,0% от утвержденного объема средств ОМС). Указанные средства на оплату медицинской помощи не направлялись и составили собственные средства СМО.

3. В соответствии с разделом VII формы № 62 из муниципального бюджета и бюджетов субъектов на оплату медицинской помощи было направлено 478 165,2 млн. рублей, что соответствует данным доклада. В то же время анализ данных, приведенных в разделе II формы № 62, показал, что в указанную сумму включены расходы бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемые ими в

нарушение установленного механизма на содержание деятельности медицинских организаций в размере **67 793,8 млн. рублей**, что подтверждает информацию, указанную выше.

Таким образом, в соответствии с формой № 62 в 2013 году на оплату медицинской помощи без учета средств федерального бюджета было направлено **1 640 161,4 млн. рублей**.

4. В размер ПТГ за счет ассигнований федерального бюджета в соответствии с докладом включены расходы на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях, подведомственных Минздраву России и ФМБА (108,2 млрд. рублей), расходы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (55,6 млрд. рублей); оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов (30,1 млрд. рублей); закупка лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (37,4 млрд. рублей); закупка диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С (17,6 млрд. рублей); централизованные закупки в рамках национального календаря профилактических прививок (5,8 млрд. рублей); оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (2,9 млрд. рублей); проведение обязательных периодических медицинских осмотров граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами (1,4 млрд. рублей).

При этом в указанные средства не включены расходы на оказание медицинской помощи населения в федеральных медицинских организациях иной подчиненности (ФАНО, Управлению делами Президента Российской Федерации, Минпромторгу России, Минсельхозу России, Минэнерго России, Минобрнауки России, МИД России, Минобороны России, МЧС России, Следственного комитета Российской Федерации и других), не смотря на оказание медицинской помощи населению Российской Федерации за счет средств федерального бюджета.

В указанные средства не включены ассигнования федерального бюджета, переданные субъектам Российской Федерации в виде иной субсидии на закупку антибактериальных и противотуберкулезных препаратов для больных туберкулезом, а также средства субъектов Российской Федерации, затрачиваемые ими на закупку лекарственных препаратов и расходных материалов для медицинских организаций в рамках оказания медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС (больные туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, редкими (орфанными) заболеваниями, гепатитами В и С и т.д.).

Таким образом, указанные в докладе Минздрава России объемы финансового обеспечения ПТГ недостоверны и требуют уточнения.

В структуре расходов на оказание медицинской помощи за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2013 году

преобладали расходы на оплату труда с начислениями (53,2 %). Прочие расходы составили 29,4 %, расходы на медикаменты и перевязочные средства – 10,9 %, оплату коммунальных услуг – 2,9 %, продукты питания – 2,8 %, мягкий инвентарь и обмундирование – 0,2 %.

Расходы на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС в 2013 году также составляли расходы на оплату труда с начислениями (69,6 %), прочие расходы - 13,4 %, расходы на медикаменты и перевязочные средства – 10,2 %, оплату коммунальных услуг – 3,7 %, продукты питания – 2,1 %, оплату горюче-смазочных материалов – 0,7 %, мягкий инвентарь и обмундирование – 0,3 %.

8.2.2. Проанализировать утвержденные нормативы объема медицинской помощи программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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 в 2013 году.

Анализ фактически выполненных объемов медицинской помощи в сравнении с утвержденными значениями и данными 2012 года свидетельствует о следующем:

1. Объем скорой медицинской помощи, оказанной за счет всех источников финансирования сократился с 0,332 вызова на 1 жителя в 2012 году до 0,318 вызова на 1 жителя в 2013 году, что соответствует установленным ППГ на 2013 нормативным значениям. При этом в рамках базовой программы ОМС было выполнено только 0,285 вызовов на 1 застрахованное лицо. Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме за счет средств обязательного медицинского страхования, составил 0,17 посещения на 1 застрахованное лицо, что ниже соответствующего среднего норматива в 2,1 раза (0,36).

2. Отмечены высокие объемы медицинской помощи в амбулаторных условиях: 0,47 посещений с профилактической целью на 1 жителя за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации (норматив 0,4) и 2,8 посещений на 1 застрахованного – за счет средств ОМС (норматив 2,04); 0,21 обращений по поводу заболевания за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации на 1 жителя (норматив – 0,2) и 2,17 обращений на 1 застрахованного – за счет средств ОМС (норматив 1,9). В связи с изменением Минздравом России и Федеральным фондом ОМС методики сбора показателей провести сравнение фактически достигнутых результатов 2013 года с 2012 годом не представляется возможным.

3. Сокращение объемов скорой медицинской помощи при недостаточном развитии неотложной медицинской помощи привело к росту объемов первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, а также к высокой востребованности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за счет средств ОМС. По итогам 2013 года объемы указанной медицинской помощи превысили установленные нормативные значения на 10,3% - 1,92 койко-дня на 1 застрахованного при нормативе 1,74.

4. Несмотря на рост объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, с 0,538 пациенто-дня на 1 жителя в 2012 году до 0,563 пациенто-дня на 1 жителя в 2013 году, фактический объем медицинской помощи,

оказанной в условиях дневных стационаров, ниже среднего норматива, установленного ПГГ, на 11,1% - 0,56 пациенто-дней на 1 жителя при нормативе 0,63.

5. Отмечено низкое развитие паллиативной медицинской помощи, которая по итогам 2013 года не превысила объемов 0,035 койко-дней на 1 жителя в год при нормативе 0,077 койко-дней – недостижение в 2,2 раза.

Таким образом, тенденции 2013 года свидетельствуют о несбалансированности ПГГ, сохраняющейся высокой потребности населения в медицинской помощи, в первую очередь специализированной, что свидетельствует о нарушениях в планировании нормативных ее объемов на 2013 год.

Занижение нормативных объемов медицинской помощи при ограниченном ее финансовом обеспечении привело к проблеме адекватного возмещения медицинской помощи, оказанной сверх установленных комиссиями по разработке территориальных программ ОМС планируемых объемов. Выявлены факты отказа в оплате или занижения тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов, что является нарушением части 2 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Указанная проблема может быть решена путем внесения соответствующих изменений в действующие нормативные правовые акты в части установления порядка оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных объемов.

Кроме того, в связи с отсутствием в приказе Минфина России от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» целевой статьи, отражающей расходы бюджета территориальных фондов ОМС за счет средств нормированного страхового запаса, оценка формирования нормированного страхового запаса фондов и его расходования, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной сверх установленных плановых объемов, затруднена.

Дополнительно в ходе контрольного мероприятия были проанализированы объемы медицинской помощи, оказанной в государственных медицинских организациях, в соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», представленной в Счетную палату Росстатом России.

Анализ статистических данных по выполненным объемам медицинской помощи в сравнении с 2012 годом показал:

сокращение посещений к врачам (кроме зубных) на 0,2% с 1 192,0 млн. посещений до 1 189,0 млн. посещений;

снижение посещений врачами на дому на 5,0% с 89,1 млн. посещений до 84,6 млн. посещений;

снижение охвата детей 0-14 лет профилактическими осмотрами (от подлежащих) с 96,5% до 95,9% и охвата детей 15-17 лет профилактическими осмотрами (от подлежащих) с 96,8% до 96,1%;

снижение охвата профилактическими периодическими осмотрами (от подлежащих) с 95,1% до 94,2%;

снижение охвата комплексными медицинскими осмотрами инвалидов и участников войн (от среднегодовой численности состоящих под диспансерным наблюдением) с 81,5% до 81,3%;

сокращение числа пролеченных больных с 31,85 млн. человек до 31,5 млн. человек, в основном за счет сокращения числа больных, пролеченных на койках подчинения субъекта Российской Федерации и муниципального подчинения – с 30,0 млн. человек до 29,6 млн. человек.

Учитывая изложенное, можно утверждать о выявленных отрицательных тенденциях в системе здравоохранения, приводящих к ограничению ее доступности для населения.

8.2.3. Провести анализ системы формирования тарифов на оплату медицинской помощи, установленных тарифными соглашениями между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим органом исполнительной власти Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.

В ходе контрольного мероприятия проведен анализ фактической стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи, в том числе в сравнении между субъектами Российской Федерации, который показал ее значительные различия.

Так, стоимость вызова скорой медицинской помощи за счет средств ОМС составила по итогам 2013 года 2 092,1 рубль с колебанием по субъектам, не имеющим коэффициента дифференциации, от 1 009,8 рублей в Тамбовской области до 3 584,9 рублей в Республике Северная Осетия-Алания.

Такие же колебания выявлены и по стоимости 1 койко-дня. Так, за счет средств ОМС стоимость 1 койко-дня в сопоставимых регионах, не имеющих коэффициент дифференциации, колеблется от 1 302,2 рубля в Республике Марий Эл до 2 207,4 в Псковской области.

Стоимость 1 пациенто-дня лечения в условиях дневного стационара за счет средств ОМС колеблется между субъектами, не имеющими коэффициента дифференциации, от 318,7 рублей во Владимирской области до 576,9 в Тульской области.

Такие же различия выявлены и по стоимости единицы объема медицинской помощи за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации.

В среднем различия в фактической стоимости объема оказанной медицинской помощи по сопоставимым регионам со схожими коэффициентами дифференциации составляют от 15% до 45%.

Различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи стали следствием отсутствия в 2013 году единой методики расчета стоимости медицинской услуги и тарифа на оплату медицинской помощи, что привело к различиям в стоимости тарифов на оплату медицинской помощи и единицы государственного задания, о чем отмечалось в других контрольных мероприятиях Счетной палаты Российской Федерации.

В 2014 году по сравнению с 2013 годом средний норматив стоимости профилактического посещения увеличился на 19,6%, обращения по поводу заболевания – на 20,8%. Однако, например, в Воронежской области стоимость обращений к врачам и стоимость одного случая диспансеризации не изменились. Не изменилась и стоимость одного случая диспансеризации в Костромской области.

В 2014 году 459 видов ВМП были переданы в систему ОМС. Для этого субъекты Российской Федерации при формировании и утверждении тарифных соглашений на медицинскую помощь, оказываемую по территориальной программе ОМС, должны были предусмотреть тариф на оплату высокотехнологичных методов лечения, рассчитанный в соответствии с единой методикой, утвержденной Правилами медицинского страхования (приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 №158н).

В то же время анализ тарифных соглашений на медицинскую помощь, оказываемую по территориальной программе ОМС, на 2014 год показал, что стоимость тарифа на ВМП по близ расположенным субъектам Российской Федерации значительно колеблется. Так, например, стентирование коронарных артерий в Липецкой и Курской областях в 3 раза ниже, чем в рядом расположенной Тамбовской области.

Несмотря на то, что новые принципы тарифной политики должны были начать реализовываться еще в 2013 году, сложившаяся ситуация свидетельствует об обратном. Это стало следствием отсутствия со стороны Минздрава России и Федерального фонда ОМС единых подходов к расчету стоимости лечения и отсутствия с их стороны соответствующего мониторинга и контроля за ситуацией в регионах, полномочия по проведению которых закреплены в части 5 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в пункте 7 части 7 статьи 33 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Кроме того, различия в стоимости тарифов приведут к различиям в оказании медицинской помощи и набору применяемых при лечении медицинских вмешательств, лекарственных препаратов и расходных материалов, что может повлиять на доступность и качество медицинской помощи.

8.2.4. Оценить достижение эффективности и доступности медицинской помощи населению.

В соответствии со статьей 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;

7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;

8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

Анализ статистических данных за 2013 год в сравнении с 2012 годом, предоставленных Росстатом, показал следующее:

1. Выявлены ограничения в возможности реализации принципа приближенности медицинской помощи к месту жительства, месту работы или обучения. За 2013 год по сравнению с 2012 годом, несмотря на рост числа медицинских организаций, участвующих в ПТГ и территориальных программах ОМС, зарегистрировано сокращение числа больничных организаций по данным формы федерального статистического наблюдения № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению» с 6 172 в 2012 году до 5 870 в 2013 году. При этом отмечено сокращение числа коек медицинских организаций системы Минздрава России по данным формы № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» на 2,9% с 1 1202,6 тыс. до 1 167,7 тыс. коек. В то же время отмечено увеличение числа коек медицинских организаций иной подчиненности и формы собственности: с 129,7 тыс. коек до 134,2 тыс. коек или на 3,5%. В первую очередь сокращение числа коек коснулось центральных районных, районных и участковых больниц, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению – на 4,5% с 307,95 тыс. до 294,1 тыс. коек. При этом выявлен рост числа коек в областных, краевых, республиканских больницах, включая детские, на 2,1% с 113,4 тыс. до 115,76 тыс. коек. Как следствие, все чаще жители села направляются для госпитализации в областные (краевые, республиканские) и городские больницы, ограничивая тем самым возможности получения медицинской помощи городским населением.

2. На фоне сокращения числа посещений выявлено сокращение по данным формы № 1-здрав числа амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций) с 16 537 в 2012 году до 16 461 в 2013 году.

3. Выявлено сокращение в 2013 году по сравнению с 2012 годом числа медицинских работников, работающих в медицинских организациях системы Минздрава России. Так, по данным формы № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» выявлено сокращение числа врачей на 1,2% с 594,7 до 587,5 тыс. человек, в первую очередь врачей клинических специальностей – на 1,4% с 370,9 тыс. до 365,8 тыс. человек. При этом обеспеченность населения врачами сократилась с 41,5 до 40,9 на 10 тыс. населения. Анализ данных формы № 1-здрав свидетельствует о том, что часть врачей (0,6 тыс. человек) ушли из системы здравоохранения, а 6,6 тыс. врачей перешли работать в медицинские организации другой подчиненности и форм собственности. В результате на конец 2013 года в медицинских организациях всех форм собственности работало 702,6 тыс. врачей (49,0 на 10 тыс. населения) (в 2012 году – 703,2 тыс. врачей или 49,1 на 10 тыс. населения).

4. Сокращение числа врачей и медицинских организаций приводит к ограничению права пациента на выбор врача и медицинской организации. Кроме того, на реализацию указанной нормы в 2014 году большое влияние оказало сокращение в 2014 году по сравнению с 2013 годом финансирования деятельности федеральных медицинских организаций, которое привело к сокращению государственного задания для данных организаций. Выделенные на 2014 год комиссиями по разработке территориальных программ ОМС объемы медицинской помощи и средства ОМС указанного сокращения не компенсировали как в связи с тем, что тарифы ОМС ниже стоимости единицы государственного задания, так и в связи с тем, что выделяемые объемы медицинской помощи были ниже запрашиваемых медицинскими организациями объемами в первую очередь в г. Москве и г. Санкт-Петербурге.

В результате дальнейшее финансирование федеральных медицинских организаций в 2014 году возможно только с привлечением средств нормированного страхового запаса Федерального фонда ОМС в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 5 Федерального закон от 02.12.2013 № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

5. До настоящего времени Минздрав России не выполнил полномочия по установлению требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения, что резко ограничивает возможности субъектов Российской Федерации по планированию численности и состава медицинских организаций, в первую очередь в сельской местности.

6. На фоне сокращения объемов медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях системы Минздрава России, в 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечен рост объемов оказываемой платной медицинской помощи. По данным формы № 62 объем финансирования платной медицинской помощи увеличился на 14,1% с 97 508,6 млн. рублей до 111 254,6 млн. рублей. При этом выявлен рост на 11,7% больных, пролеченных в стационарных условиях на платной основе, с 656,5 тыс. до 733,6 тыс. человек, что стало следствием уменьшения соответствующих средних нормативов объема специализированной медицинской помощи.

7. Несмотря на сокращение в 2013 году по сравнению с 2012 годом смертности населения, по данным Росстата (статистический бюллетень «Естественное движение населения» за 2013 год) не выполнили планируемые показатели, установленные Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р по снижению:

смертности населения 26 субъектов Российской Федерации, в том числе Ненецкий автономный округ, Республика Мордовия, Самарская, саратовская, Ульяновская, Курганская области, где зафиксирован рост по сравнению с 2012 годом смертности населения;

младенческой смертности 36 субъектов Российской Федерации, в том числе Ивановская, Воронежская, Тамбовская, Тульская, Вологодская, Калининградская,

Ульяновская области, Республика Ингушетия, Забайкальский и Приморский края, Ненецкий, Ямало-Ненецкий и Чукотский автономные округа, а также Еврейская автономная область, где зарегистрирован рост младенческой смертности более, чем на 10%;

смертности населения от болезней системы кровообращения в 21 субъекте Российской Федерации, в том числе в Вологодской, Калининградской, Нижегородской, Самарской областях и Кабардино-Балкарской Республике, где зарегистрирован рост показателей по сравнению с 2012 годом;

смертности населения от новообразований в 51 субъекте Российской Федерации, в том числе в Белгородской, Владимирской, Орловской, Тверской, Ярославской, Архангельской, Калининградской, Новгородской, Курганской, Саратовской, Амурской, Магаданской областях, республиках Коми, Калмыкия, Ингушетия, Мордовия, Алтай, Тыва, Ненецком автономном округе, Забайкальском и Камчатском краях, где рост смертности населения от новообразований превышает 3,0%. При этом по сравнению с 2012 годом смертность населения от новообразований выросла с 203,1 до 203,3 на 100 тыс. населения.

Таким образом, проведенный анализ может свидетельствовать о нарушениях положений статьи 10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в обеспечении доступности и качества медицинской помощи для населения, что привело к росту платных медицинских услуг и неисполнению планируемых показателей по смертности населения.

8.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с анализом данных Росстата по итогам 1 квартала 2014 года в части оплаты труда медицинских работников установлено:

1. Несмотря в целом на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года и 2013 годом средней заработной платы врачей, ее уровень в 34 субъектах Российской Федерации ниже, чем за 2013 год, в том числе в г. Москве (снижение на 4,6%), Калининградской области (снижение на 7,8%), Республике Башкортостан (снижение на 4,2%), Пензенской области (снижение на 3,4%), Ямало-Ненецком автономном округе (снижение на 5,1%), Забайкальском крае (снижение на 5,0%) и Магаданской области (снижение на 4,0%).

При этом разброс уровня заработной платы по сопоставимым субъектам достигает 40%. Например, в Республике Мордовия уровень средней заработной платы врачей составляет 24 781 рубль, Ярославской области - 29 540 рублей, а в Калужской области – 42 301 рубль.

Снижение в первом квартале 2014 года по сравнению с 2013 годом уровня средней заработной платы врачей и указанные ее различия между субъектами Российской Федерации подтверждает выводы о несбалансированности финансового обеспечения ПГГ, не учитывающего потребности системы здравоохранения.

2. Наибольшее снижение средней заработной платы по итогам 1 квартала в сравнении с 2013 годом отмечено по федеральным медицинским организациям – на 13,0% по Российской Федерации в целом (с 45 494 рублей до 39 598 рублей).

Наибольшее снижение отмечено в Астраханской (-31,5%), Калининградской (-29,1%), Курской (-28,5%), Челябинской (-26,2%), Ростовской (-25,3%), Пензенской (-25,1%), Оренбургской (-24,4%), Костромской (-21,8%), Тульской (-24,6%), Амурской (-24,1%), Ивановской (-20,5%), Кировской (-20,1%) областях, Республике Коми (-30,5%) и других. При этом уровень средней заработной платы врачей федеральных медицинских организаций указанных субъектов стал ниже уровня заработной платы в 1 квартале 2013 года. Это стало следствием снижения финансового обеспечения федеральных медицинских организаций в 2014 году по сравнению с 2013 годом, о чем указано выше.

3. Отмечен рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 2013 годом в целом средней заработной платы среднего и младшего медицинского персонала, кроме г. Москвы, Ненецкого, Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов, республик Башкортостан, Бурятия, Саха (Якутия), Калининградской, Кировской, Томской областей, Алтайского, Забайкальского и Камчатского краев, где выявлено снижение заработной платы среднего и младшего медицинского персонала по сравнению с 2013 годом.

8.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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.

В 2013 году мониторинг формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Минздравом России проводился в соответствии с письмами Минздрава России от 18.04.2013 № 11-9/10/2-2825 и от 01.07.2013 № 11-9/10/2-4691. Однако материалы о рассмотрении представляемых данных в ходе контрольного мероприятия Минздравом России не представлены.

Пунктом 26 Перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи», состоявшегося 30 июля 2013 г., от 18.09.2013 № Пр-2183ГС Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации было поручено проработать вопрос о процедуре согласования с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Министерством финансов Российской Федерации территориальных ППГ.

Положение об осуществлении мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных ППГ (далее – Положение) было утверждено приказом Минздрава России от 18.11.2013 № 854.

В соответствии с Положением мониторинг осуществляется Межведомственной комиссией по мониторингу формирования, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Межведомственная комиссия),

в состав которой входят специалисты Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, а также могут быть включены представители Министерства финансов Российской Федерации (по согласованию), Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Федерального медико-биологического агентства.

Состав и положение о деятельности Межведомственной комиссии утверждается приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (приказ от 13.01.2014 № 15). При этом в соответствии с протоколами заседания Межведомственной комиссии Минфин России в заседаниях не участвовал.

Результаты мониторинга, а также рекомендации Межведомственной комиссии по корректировке территориальных ППГ в срок до 15 апреля 2014 в письменной форме направлены Министерством здравоохранения Российской Федерации высшим органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

В то же время, как показали результаты проверки, не все нарушения, выявленные при анализе территориальных ППГ были указаны в замечаниях Минздрава России, что отмечено выше.

Основным документом, на основе которого осуществляется мониторинг и учет формирования и реализации территориальных ППГ, является форма № 62. Однако в ходе контрольных мероприятий выявлены многочисленные факты нарушения порядка заполнения указанной формы, в том числе в части соответствия данных формы с данными других форм федерального статистического наблюдения, что влияет на полноту и достоверность представляемых данных.

В соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ основная функция по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, возложена на СМО.

На момент проверки в Российской Федерации была зарегистрирована 61 СМО, наиболее крупными из которых являются ЗАО МАСК «МАКС-М», СМК ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК СОГАЗ-Мед», ООО «Росгосстрах—Медицина», ЗАО «Капитал Медицинское страхование», ОАО СМО Сибирь, где застраховано свыше 56 млн. человек.

Суммарно на конец 2013 года, по данным субъектов Российской Федерации, объем собственных средств СМО составлял около 28,2 млрд. рублей, из них 2,1 млрд. рублей было получено по результатам применения к медицинским организациям штрафных санкций.

При этом наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, в 2013 году ими не было получено более **19,4 млрд. рублей** средств ОМС в связи с их удержанием и отказами СМО в оплате медицинской помощи.

Основными причинами отказов являются нарушения в оформлении реестров счетов (38,2%) и в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (34,6%). Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи

не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. Поэтому обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

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

Замечания (пояснения) Заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации А.З. Фаррахова к акту Счетной палаты по результатам проведенного контрольного мероприятия в Минздраве России направлены в Счетную палату Российской Федерации письмом от 18.04.2014 №11-9/10/1-1861. Замечания (пояснения) Председателя Федерального фонда ОМС Н.Н.Стадченко к акту Счетной палаты по результатам проведенного контрольного мероприятия в Федеральном фонде ОМС направлены в Счетную палату Российской Федерации письмом от 18.04.2014 №и2194/26. Указанные замечания носят пояснительный характер и противоречат тексту отчета.

10. Выводы:

10.1 Анализ утвержденных ППГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов и ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов показал частичное несоответствие их структуры и содержания требованиям статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в том числе в части выделения в отдельный раздел базовой программы ОМС, отсутствие соответствующих положений в части медицинской помощи, оказание которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета.

10.2. Сравнение средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, утвержденных на 2013 и 2014 годы, показал:

сокращение на 1,9% средних нормативов объема первичной медико-санитарной помощи;

отсутствие выделенных средних нормативов объема и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (вместо этого установлены средние нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях без указания ее вида);

сокращение на 5,2% средних нормативов оказания медицинской помощи в стационарных условиях;

необходимость наличия к началу 2014 года не менее 13 046 коек медицинской реабилитации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках ОМС, с учетом установленных ППГ средних нормативов ее объема, при фактически развернутой 12 621 койке (96,7% от потребности);

выделение среднего норматива финансовых затрат на один случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств ОМС (106 253,9 рубля в 2013 году и 113 109 рублей в 2014 году) без установления норматива объема медицинской помощи для применения вспомогательных репродуктивных технологий в 2013-2014 годах, что привело к тому, что субъекты Российской Федерации при утверждении

территориальных ПГГ на 2013-2014 годы не предусмотрели необходимый объем средств ОМС на оказание указанного вида помощи;

средства, предусмотренные на скорую медицинскую помощь, включены в норматив подушевого финансирования за счет средств соответствующих бюджетов Российской Федерации, рассчитанного на 1 жителя в год (456,5 рублей), что противоречит части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ;

подушевые нормативы финансирования за счет средств ОМС не предусматривают средства, передаваемые в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ из бюджетов субъектов в бюджеты территориальных фондов в виде межбюджетных трансфертов на осуществление финансового обеспечения расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ с 2013 года.

Указанные несоответствия привели к формированию дефицита средств территориальных ПГГ, в том числе территориальных программ ОМС.

10.3. В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во всех субъектах Российской Федерации в нарушение части 11 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ стоимость территориальных программ ОМС превышает размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальных программ ОМС, установленный законом о бюджетах территориальных фондов 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». Суммарный объем средств на содержание аппаратов территориальных фондов ОМС, включенных в стоимость территориальных программ ОМС, составил в 2013 году 11 477,3 млн. рублей, в 2014 году – 12 056,2 млн. рублей.

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.

10.4. В 2013 году 60 субъектов Российской Федерации, а в 2014 году – 59 субъектов Российской Федерации утвердили свои программы с дефицитом средств консолидированного бюджета субъектов (в 2013 году размер дефицита составил 63 268,1 млн. рублей, в 2014 году - 101 662,4 млн. рублей), в результате чего размер подушевого норматива финансирования был установлен ниже федеральных значений.

Выявлены факты утверждения дефицитных территориальных программ ОМС, в том числе в связи с неисполнением регионами установленных полномочий по выделению из бюджетов субъектов Российской Федерации межбюджетных трансфертов, передаваемых в бюджеты территориальных фондов, на финансовое

обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 указанного Федерального закона, а также в связи с тем, что ряд субъектов Российской Федерации при расчете нормативов финансовых затрат за счет средств ОМС не учитывали коэффициенты дифференциации, устанавливаемые Федеральным фондом ОМС (например, г. Москва, Свердловская область). В 2013 году дефицит средств ОМС был выявлен в 40 территориальных программах ОМС на общую сумму 26 052,98 млн. рублей, в 2014 году - по 59 территориальным программам ОМС на общую сумму 55 320,4 млн. рублей, что выше объемов 2013 года.

10.5. Город Москва, Ставропольский край и Мурманская область средства бюджета, выделенные на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, в нарушение установленного пунктом 2 части 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ механизма направили напрямую региональным медицинским организациям, создав тем самым неравные условия для участия в территориальной программе ОМС медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности.

10.6. Тарифные соглашения субъектов Российской Федерации индивидуальны и значительно различаются по своей структуре. При этом Федеральный фонд ОМС не выполнил установленные статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ полномочия по утверждению требований к структуре и содержанию тарифных соглашений. В течение первого полугодия 2014 года указанный нормативный правовой акт Федеральным фондом ОМС не издан.

10.7. В нарушение части 7 статьи 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и части 4 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ ППГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов и ППГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов была сформирована без учета стандартов медицинской помощи и их стоимости. В соответствии с результатами анализа среди заболеваний, подлежащих стандартизации, какими-либо стандартами медицинской помощи охвачено только 33,4% из них.

Таким образом, Минздрав России не выполнил в полном объеме свои полномочия по утверждению стандартов медицинской помощи, что привело к неисполнению пункта 1в Перечня поручений Президента Российской Федерации от 18.04.2014 № Пр-877 и пункта 1.5 Перечня поручений Президента Российской Федерации от 30.04.2013 № Пр-967.

Расчет потребности в финансовом обеспечении ППГ для оплаты оказываемой медицинской помощи, нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи осуществляется Минздравом России только исходя из фактически сложившихся объемов медицинской помощи и объемов ее финансирования. В данной связи предлагаемые Министерством средние размеры подушевого норматива финансирования ППГ не отвечают реальным потребностям медицинских организаций и не позволяют сформировать адекватный тариф на оплату медицинской помощи.

10.8. Минздравом России, начиная с 2013 года, предложен новый механизм оплаты специализированной медицинской помощи и формирования тарифов на основе клинко-статистических групп (КСГ). В большинстве профилей КСГ отдельно выделены заболевания, стандарты медицинской помощи по которым на

настоящий момент не утверждены, таким образом, представленные в методических рекомендациях Минздрава России и Федерального фонда ОМС результаты расчетов коэффициентов относительной затратоемкости КСГ не достоверны и не могут быть основой расчета тарифа на оплату специализированной медицинской помощи.

10.9. «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования» были утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 14.11.2013 № 229 (Стадченко Н.Н.) при отсутствии соответствующих полномочий.

10.10. Информация, представленная в докладе Минздрава России о ходе реализации ППГ в 2013 году, не достоверна и не соответствует данным формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62). Фактическое исполнение территориальных ППГ в части оплаты оказанной медицинской помощи составило 1 622 198,5 млн. рублей или 96,3% от утвержденных объемов. При этом средства ОМС из них составили 1 144 033,4 млн. рублей (95,5% от утвержденных объемов). Дополнительно к средствам ОМС и средствам бюджетов в 2013 году на оплату медицинской помощи было направлено 17 962,9 млн. рублей из Фонда социального страхования. Таким образом, в соответствии с формой № 62 в 2013 году на оплату медицинской помощи без учета средств федерального бюджета было направлено 1 640 161,4 млн. рублей. Оценка объема ассигнований федерального бюджета, направленных на реализацию ППГ не представляется возможной в связи с отсутствием у Минздрава России сведений о соответствующих финансовых объемах, выделенных на оплату медицинской помощи по медицинским организациям и медицинским подразделениям организаций иной подчиненности.

В соответствии с формой № 62 на ведение дела в сфере ОМС в 2013 году было затрачено 23 833,76 млн. рублей (2,0% от утвержденного объема средств ОМС). Указанные средства на оплату медицинской помощи не направлялись и составили собственные средства страховых медицинских организаций (далее – СМО).

10.11. Анализ фактической стоимости единицы объема оказанной медицинской помощи, в том числе в сравнении между субъектами Российской Федерации, который показал ее значительные различия:

стоимость вызова скорой медицинской помощи за счет средств ОМС колеблется по сопоставимым субъектам Российской Федерации от 1 009,8 рублей в Тамбовской области до 3 584,9 рублей в Республике Северная Осетия-Алания;

стоимость 1 койко-дня лечения в стационарных условиях составляет в сопоставимых субъектах от 1 302,2 рубля в Республике Марий Эл до 2 207,4 в Псковской области;

стоимость 1 пациенто-дня лечения в условиях дневного стационара колеблется между субъектами, не имеющими коэффициента дифференциации, от 318,7 рублей во Владимирской области до 576,9 в Тульской области.

Такие же различия выявлены и по стоимости единицы объема медицинской помощи за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации.

Различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи стали следствием отсутствия в 2013 году единой методики расчета стоимости медицинской услуги и тарифа на оплату медицинской помощи, что привело к различиям в стоимости тарифов на оплату медицинской помощи и единицы государственного задания, о чем отмечалось в других контрольных мероприятиях Счетной палаты Российской Федерации.

10.12. Анализ фактически выполненных в 2013 году объемов медицинской помощи в сравнении с утвержденными ППГ нормативными значениями и данными 2012 года свидетельствует об ограничении доступности и качества медицинской помощи:

выявлено сокращение посещений к врачам (кроме зубных) на 0,2% на фоне сокращения числа амбулаторно-поликлинических организаций (самостоятельных и входящих в состав других организаций) с 16 537 в 2012 году до 16 461 в 2013 году (по данным формы № 1-здрав);

на фоне высокой востребованности специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за счет средств ОМС, (превышение установленных нормативных значений на 10,3% - 1,92 койко-дня на 1 застрахованного при нормативе 1,74) зарегистрировано сокращение на 4,9% числа больничных организаций с 6 172 в 2012 году до 5 870 в 2013 году (по данным формы федерального статистического наблюдения № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению»);

отмечено сокращение числа коек медицинских организаций системы Минздрава России на 2,9% с 1 202,6 тыс. до 1 167,7 тыс. коек (по данным формы № 47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций») при увеличении числа коек медицинских организаций иной подчиненности и формы собственности - с 129,7 тыс. коек до 134,2 тыс. коек или на 3,5%;

выявлено сокращение числа врачей, работающих в системе Минздрава России, на 1,2% с 594,7 до 587,5 тыс. человек, в первую очередь врачей клинических специальностей – на 1,4% с 370,9 тыс. до 365,8 тыс. человек (по данным формы № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках»), обеспеченность населения врачами сократилась на 1,45% с 41,5 до 40,9 на 10 тыс. населения;

установлено сокращение средних медицинских работников, работающих в системе Минздрава России, на 0,3% с 1 299,3 тыс. человек до 1 295,7 тыс. человек, обеспеченность средними медицинскими работниками уменьшилась с 90,7 на 10 тыс. населения до 90,3 на 10 тыс. населения.

Указанные изменения в системе здравоохранения привели к росту в 2013 году по сравнению с 2012 годом объема оказываемой платной медицинской помощи. По данным формы № 62 объем финансирования платной медицинской помощи увеличился на 14,1% с 97 508,6 млн. рублей до 111 254,6 млн. рублей; выявлен рост на 11,7% больных, пролеченных в стационарных условиях на платной основе, с 656,5 тыс. до 733,6 тыс. человек.

10.13. До настоящего времени Минздрав России не выполнил полномочия по установлению требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения, что резко ограничивает возможности субъектов Российской Федерации по планированию численности и состава медицинских организаций, в первую очередь в сельской местности. Как следствие, в 2013 году по сравнению с 2012 годом выявлено сокращение числа коек центральных районных, районных и участковых больниц, оказывающих медицинскую помощь сельскому населению – на 4,5% с 307,95 тыс. до 294,1 тыс. коек, что привело к сокращению числа пролеченных сельских жителей, необходимости направления сельских жителей для госпитализации в областные (краевые, республиканские) и городские больницы.

10.14. Несмотря на сокращение в 2013 году по сравнению с 2012 годом смертности населения, по данным Росстата (статистический бюллетень «Естественное движение населения» за 2013 год) не выполнили планируемые показатели, установленные Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р по снижению: смертности населения 26 субъектов Российской Федерации; младенческой смертности 36 субъектов Российской Федерации; смертности населения от болезней системы кровообращения 21 субъект Российской Федерации; смертности населения от новообразований 51 субъект Российской Федерации.

10.15. Уменьшение в 2014 году финансового обеспечения деятельности федеральных медицинских организаций по данным Росстата привело к сокращению в 21 субъекте Российской Федерации в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года средней заработной платы врачей федеральных медицинских организаций, в том числе расположенных в Республике Коми (-16,9%), Амурской (-16,1%), Челябинской (-8,1%), Тульской (-8,0%) и Курской (-7,8%) областях.

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

10.16.1. 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.

10.16.2. 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 без правовых на то оснований.

10.16.3. В ходе контрольных мероприятий установлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом, в связи с чем невозможно провести экспертизу качества медицинской помощи в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность.

10.17. Анализ деятельности в Российской Федерации СМО показал, что:

10.17.1. На момент проверки в Российской Федерации была зарегистрирована 61 СМО. Суммарно на конец 2013 года, по данным субъектов Российской Федерации, объем собственных средств СМО составлял около 28,2 млрд. рублей, из них 2,1 млрд. рублей было получено по результатам применения к медицинским организациям штрафных санкций.

10.17.2. Наряду с применением штрафных санкций, также большой объем средств не направляется медицинским организациям в качестве оплаты оказанной медицинской помощи в связи с их удержанием и отказами в оплате медицинской помощи. Всего по Российской Федерации медицинские организации не получили более 19,4 млрд. рублей средств ОМС. Основными причинами отказов являются нарушения в оформлении реестров счетов (38,2%) и в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (34,6%). Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В данной связи обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

10.18. Выявленные в ходе проведения контрольного мероприятия нарушения стали следствием дефектов в проводимых Минздравом России мероприятиях по мониторингу формирования, экономического обоснования территориальных ПГГ.

11. Предложения (рекомендации):

11.1. Направить представление в Министерство здравоохранения Российской Федерации.

11.2. Направить представление в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

11.3. Направить информационное письмо заместителю Председателя Правительства Российской Федерации (Голодец О.Ю.).

11.4. Направить информационное письмо в Центральный Банк Российской Федерации.

11.5. Направить информационное письмо в Минфин России.

11.6. Направить информационное письмо в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

11.7. Направить материалы контрольного мероприятия в Генеральную прокуратуру Российской Федерации.

11.8. Направить доклад о результатах контрольного мероприятия Президенту Российской Федерации.

11.9. Направить отчет о результатах контрольного мероприятия и информацию об основных итогах контрольного мероприятия в Совет Федерации

Федерального Собрания Российской Федерации и Государственную Думу
Федерального Собрания Российской Федерации.

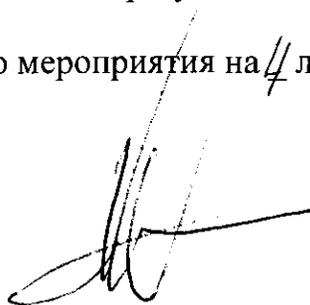
Приложения:

1. Перечень законов и иных нормативных правовых актов, исполнение которых проверено в ходе контрольного мероприятия на 2 л. в 1 экз.

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

3. Карта итогов контрольного мероприятия на 4 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко