

*Из решения Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 4 декабря 2015 года № 56К (1067) «О результатах контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года»:*

*Утвердить отчет о результатах контрольного мероприятия.*

*Направить представления Счетной палаты Российской Федерации генеральному директору закрытого акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания «МАКС-М», генеральному директору открытого акционерного общества «Страховая компания «РОСНО-МС».*

*Направить информационные письма Заместителю Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Центральный банк Российской Федерации, территориальные фонды обязательного медицинского страхования г. Москвы, Московской, Владимирской и Саратовской областей.*

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

*Направить материалы по результатам контрольного мероприятия в Центральный штаб Общероссийского народного фронта.*

## **ОТЧЕТ**

### **о результатах контрольного мероприятия «Проверка целевого и эффективного использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2014 году и истекшем периоде 2015 года»**

**Основание для проведения контрольного мероприятия:** пункт 3.11.9 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2015 год.

#### **Предмет контрольного мероприятия**

Нормативные правовые акты, регламентирующие порядок осуществления страховыми медицинскими организациями полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования.

Документы, обосновывающие выделение и подтверждение использования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования (включая средства на ведение дел страховых медицинских организаций) в 2014 году и истекшем периоде 2015 года. Распорядительные документы, обосновывающие операции со средствами

обязательного медицинского страхования, платежные и иные первичные документы, подтверждающие совершение операций со средствами обязательного медицинского страхования и средствами, направляемыми на ведение дел страховых медицинских организаций.

Официальные данные, касающиеся деятельности страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования, включая отчетность страховых медицинских организаций, в том числе отражающую исполнение обязанностей страховых медицинских организаций в соответствии с частью 2 статьи 38 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

### **Объекты контрольного мероприятия**

Закрытое акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания «МАКС-М» (г. Москва);

открытое акционерное общество «Страховая компания «РОСНО-МС» (г. Москва).

**Срок проведения контрольного мероприятия:** с сентября по декабрь 2015 года.

### **Цели контрольного мероприятия**

1. Проверить эффективность нормативного правового регулирования порядка осуществления страховыми медицинскими организациями отдельных полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования.

2. Оценить систему формирования целевых и собственных средств страховых медицинских организаций, проверить целевое и эффективное расходование средств обязательного медицинского страхования, направляемых в страховые медицинские организации территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

3. Оценить полноту и эффективность исполнения страховыми медицинскими организациями своих обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Установить эффективность осуществления контроля за деятельностью страховых медицинских организаций.

**Проверяемый период деятельности:** 2014 год (по документам, действовавшим в проверяемом периоде) и истекший период 2015 года.

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

Деятельность страховых медицинских организаций (далее - СМО) регламентирована Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ).

Согласно статье 9 Федерального закона № 326-ФЗ СМО являются участниками обязательного медицинского страхования (далее - ОМС).

В целях регулирования правоотношений субъектов и участников ОМС при реализации Федерального закона № 326-ФЗ приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н утверждены Правила обязательного медицинского страхования (далее - приказ Минздравсоцразвития России № 158н, Правила ОМС, соответственно).

В соответствии со статьей 14 Федерального закона № 326-ФЗ СМО, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, - страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее - договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования).

Во исполнение положений части 19 статьи 38 и части 11 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ утверждены типовые формы договоров:

- о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (приказ Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н);
- на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приказ Минздрава России от 24 декабря 2012 года № 1355н).

Договоры в пользу застрахованных лиц заключают между собой участники обязательного медицинского страхования - территориальный фонд обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС), СМО и медицинская организация.

В соответствии с формой федерального статистического наблюдения № 1-СК «Сведения о деятельности страховщика» Федеральной службой государственной статистики обобщены данные по итогам работы в 2014 го-

ду 59 СМО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (в 2013 году - 63 организации). За январь-сентябрь 2015 года численность СМО уменьшилась до 54 единиц.

В соответствии с реестром страховых медицинских организаций, размещенным на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФОМС), наибольшее число учтенных СМО (включая их филиалы) функционирует: в г. Москве - 12, Республике Башкортостан - 10, Московской области - 9, г. Санкт-Петербурге - 8, Свердловской области - 8, в Республике Удмуртия - 7.

В 2014 году от ТФОМС на финансовое обеспечение ОМС (целевые средства СМО) в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования поступило 1291923,2 млн. рублей, что на 146556,9 млн. рублей больше, чем в 2013 году (1145366,3 млн. рублей).

На ведение дела в сфере ОМС в соответствии с данными по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» в 2014 году было выделено 26501,7 млн. рублей (собственные средства), что на 2667,9 млн. рублей, или на 11,2 %, больше, чем в 2013 году (23833,8 млн. рублей). Кроме того, направлено в доход СМО в результате применения к медицинским организациям штрафных санкций и экономии целевых средств 4198,4 млн. рублей, что на 24,5 % больше, чем в 2013 году (3373,0 млн. рублей).

В соответствии с данными рейтинга страховых медицинских организаций, размещенного на сайте ФОМС, наибольшее число граждан застраховано в страховых компаниях: закрытое акционерное общество «Медицинская акционерная страховая компания «МАКС-М» (далее - ЗАО «МАКС-М») и открытое акционерное общество «Страховая компания «РОСНО-МС» (далее - ОАО «РОСНО-МС»), которые были выбраны объектами проверки.

В проверяемом периоде ЗАО «МАКС-М» осуществляло деятельность на основании устава, утвержденного внеочередным общим собранием акционеров ЗАО «МАКС-М», протокол № б/н от 11 апреля 2014 года (пятая редакция). Органами управления ЗАО «МАКС-М» согласно уставу являются общее собрание акционеров и генеральный директор.

Размер уставного капитала ЗАО «МАКС-М» составляет 150,0 млн. рублей.

В 2014 году деятельность по ОМС ЗАО «МАКС-М» осуществляло в 25 субъектах Российской Федерации посредством 23 филиалов и 2 дирекций, в 2015 году - в 24 субъектах Российской Федерации посредством 22 филиалов и 2 дирекций. Филиал ЗАО «МАКС-М» в г. Зеленогорске Красноярского края приостановил свою деятельность по ОМС с 1 августа 2014 года.

В соответствии с аудиторским отчетом за 2014 год: «Исходя из структуры владения ЗАО «МАКС-М» акционер Н.В. Мартянова совместно со своими аффилированными лицами ООО «Полимет», ООО «ТехАтомПром» владеет более 25 % уставного капитала общества и является одним из конечных бенефициарных владельцев ЗАО «МАКС-М», физическое лицо М.Ю. Зурабов совместно со своими аффилированными лицами ООО «КРОННЕР», ООО «АНТЕК», ООО «ТехАтомПром» владеет более 25 % уставного капитала общества и является одним из конечных бенефициарных владельцев ЗАО «МАКС». Информация о конечных бенефициарах ЗАО «МАКС-М»: Н.В. Мартянова, М.Ю. Зурабов».

ОАО «РОСНО-МС» осуществляет свою деятельность на основании устава, утвержденного решением внеочередного общего собрания акционеров 7 апреля 2014 года, протокол № 68. Согласно пункту 12.1 устава органами управления ОАО «РОСНО-МС» являются общее собрание акционеров (высший орган управления), совет директоров и генеральный директор.

На момент проверки деятельность по обязательному медицинскому страхованию ОАО «РОСНО-МС» осуществляет в 24 субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре посредством 23 филиалов и 2 дирекций. В 10 регионах Российской Федерации в ОАО «РОСНО-МС» застрахована большая часть населения. К таким регионам относятся: г. Москва, г. Санкт-Петербург, Московская, Нижегородская, Кировская, Курская, Калужская, Рязанская области, Хабаровский край и Республика Калмыкия. В г. Байконуре ОАО «РОСНО-МС» является единственным страховщиком.

Уставной капитал ОАО «РОСНО-МС» (пункт 4 устава) составляет 600 млн. рублей и состоит из 12 млн. размещенных обыкновенных акций номинальной стоимостью 50 рублей, из них ОАО «Страховая компания «Альянс» обладает суммой уставного капитала 599999700 рублей (11999994 акции), ООО «Страховая компания «Альянс Жизнь» - 300 рублей (6 акций).

### **Результаты контрольного мероприятия**

#### **Цель 1. Проверить эффективность нормативно-правового регулирования порядка осуществления страховыми медицинскими организациями отдельных полномочий страховщика в системе обязательного медицинского страхования**

**1.1.** Требования к содержанию договора о финансовом обеспечении регламентированы статьей 38 Федерального закона № 326-ФЗ, в соответствии с анализом которой можно сделать вывод, что основными целями деятельности СМО являются:

- осуществление финансовых операций со средствами ОМС в целях оплаты оказанной медицинской помощи (функции, сопоставимые с функциями кредитной организации);

- контроль за оказанием медицинской помощи в целях соблюдения интересов застрахованных лиц (функции, одновременно выполняемые ТФОМС).

Договоры о финансовом обеспечении, заключенные между ТФОМС и СМО, содержат, в том числе, следующие обязательства СМО:

- информировать застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи, о выявленных нарушениях при ее оказании, о праве застрахованных лиц на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

- представлять в ТФОМС ежедневно (в случае наличия) данные о новых застрахованных лицах и сведения об изменениях данных о тех, кто был ранее застрахован; отчитываться перед ТФОМС об использовании поступивших средств на обязательное медицинское страхование, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи;

- контролировать объемы, сроки, качество и условия предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи; отчитываться перед ТФОМС о результатах такого контроля.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - комиссия), осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным Правилами ОМС.

Действующее законодательство Российской Федерации не предусматривает полномочий ФФОМС по утверждению единого порядка информирования застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи, о выявленных нарушениях при ее оказании, о праве застрахованных на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц, в связи с чем у проверенных СМО отсутствуют единообразие и системность по исполнению своих обязанностей в части информирования.

В результате каждая СМО устанавливает свои правила деятельности, в том числе в части информирования застрахованных лиц, которые носят формальный характер, в основном содержат нормы Федерального закона № 326-ФЗ без привязки к медицинским организациям, с которыми у СМО заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Так, регулирование порядка информирования застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи в ОАО «РОСНО-МС» регламентируется кодексом управления продажами и обслуживанием клиентов ОАО «РОСНО-МС», утвержденным приказом генерального директора от 19 января 2015 года № МС-02А.

Аналогичная ситуация установлена в ходе проверки в ЗАО «МАКС-М».

В данной связи считаем целесообразным внести соответствующие изменения в законодательство Российской Федерации, наделяющие ФОМС полномочиями по принятию соответствующих нормативных правовых актов.

Пунктом 8 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ предусмотрено, что в договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие обязанности СМО по информированию застрахованных лиц, в том числе о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи (в случае их выявления в ходе экспертизы качества медицинской помощи).

Частью 12 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС и (или) СМО в порядке, установленном ФОМС, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. При этом главой IX порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, предусматривается информирование о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи. При этом сама процедура информирования не регламентирована. Между тем частью 12 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ информирование застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи не ставится в зависимость от наличия обращения застрахованного лица.

В проверяемых СМО установлено, что все договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования содержат положе-

ния, предусматривающие обязанности СМО по информированию застрахованных лиц, в том числе о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи. Однако данный вид информирования со стороны СМО осуществляется только по обращениям граждан, что является, в том числе, следствием недостаточного нормативного урегулирования данного вопроса и ведет к ненадлежащему исполнению договорных обязательств.

Это требует внесения соответствующих изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

**1.2.** В ходе проверки в ЗАО «МАКС-М» согласно сведениям базы данных «СПАРК - Интерфакс», а также аудиторскому заключению о бухгалтерской (финансовой) отчетности ЗАО «МАКС-М» (далее - аудиторское заключение) за 2014 год выявлено, что ЗАО «МАКС-М» имеет дочернее общество - медицинскую организацию ООО «МАКСБелмед» (владение более чем 20 % капитала, доля участия ЗАО «МАКС-М» - 75 %). Исполняющим обязанности генерального директора ООО «МАКСБелмед» в проверяемом периоде назначен С.В. Сычев, являющийся одновременно заместителем генерального директора ЗАО «МАКС-М».

ЗАО «МАКС-М» в 2014 и 2015 годах заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (от 13 января 2014 года № Б-4614 и от 26 января 2015 года № Б-4615) с медицинской организацией ООО «МАКСБелмед», включенной в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Белгородской области.

Полномочия по заключению указанных договоров на основании доверенности переданы директору - главному врачу поликлиники «Гармония здоровья» Л.Е. Горяиновой. Указанная поликлиника в соответствии с приказом ООО «МАКСБелмед» от 2 декабря 2013 года № 47 создана как структурное подразделение ООО «МАКСБелмед».

В соответствии с договором от 13 января 2014 года № Б-4614 общий объем средств, предусмотренный в рамках территориальной программы ОМС на 2014 год для ООО «МАКСБелмед», составил 6625,7 тыс. рублей, на 2015 год (договор от 26 января 2015 года № Б-4615) составил 24826,7 тыс. рублей.

ЗАО «МАКС-М» также является акционером медицинской организации ОАО «Евроклиника» (доля ЗАО «МАКС-М» в уставном капитале составляет 51 %), деятельность которой на настоящий момент не осуществляется

в связи с подготовкой соответствующих документов и получением лицензии на медицинскую деятельность.

Кроме того, ЗАО «МАКС-М» также заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с МБУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Белгорода (от 28 января 2013 года № Б-3513, от 26 января 2015 года № Б-3515), которому принадлежат 25 % доли уставного капитала ООО «МАКСБелмед». В соответствии с указанными договорами общий объем средств, предусмотренный в рамках территориальной программы ОМС для МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», составил: в 2014 году - 552930,9 тыс. рублей, в 2015 году - 616723,3 тыс. рублей.

При анализе протоколов заседания комиссии по разработке территориальной программы ОМС Белгородской области за 2014 год установлено, что основную часть выделенных объемов медицинской помощи для ООО «МАКСБелмед» в основном составляли посещения с профилактической целью - 15371 посещение, а обращения по поводу заболевания составляют лишь 2005 обращений (соотношение 7:1). При этом для большинства государственных медицинских организаций муниципального подчинения разница в соотношении данных объемов незначительна. Так, в МБУЗ «Городская поликлиника № 2», г. Белгород, посещения с профилактической целью составили 40449, а обращения по поводу заболевания - 39949 (соотношение 1:1). Таким образом, можно сделать вывод, что для ООО «МАКСБелмед» устанавливались объемы медицинской помощи, не требующие значительных трудозатрат.

Аналогичная ситуация в отношении МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Белгород.

Следует отметить, что в соответствии с протоколами заседаний комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области в ее состав входит представитель ЗАО «МАКС-М».

Учитывая изложенное, можно сделать вывод, что ЗАО «МАКС-М» могло оказывать влияние на решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС в целях выделения ООО «МАКСБелмед» и МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Белгород, указанных выше объемов медицинской помощи.

**1.3.** В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены терри-

ториальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проводится в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи.

Проверка исполнения медицинскими организациями обязательств по бесплатному оказанию застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (глава 10 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») и нормативными документами по обязательному медицинскому страхованию осуществляется следующими методами:

Медико-экономический контроль (МЭК)	Медико-экономическая экспертиза (МЭЭ)	Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП)
Виды проверок		
Установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС территориальной программе ОМС, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи	Установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской и учетно-отчетной документации медицинской организации	Выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи
Кем осуществляется проверка		
Штатные специалисты СМО и территориальные фонды ОМС	Штатный и внештатный специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющий стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет и прошедший соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС	Штатный и внештатный врач-специалист, имеющий высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, включенный в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи

Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, не содержит четких критериев оценки деятельности медицинских организаций и требует пересмотра. 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.

Так, при анализе экспертного заключения к акту № 16591.C28 (эксперт Т.И. Горбунова) отмечено следующее:

- запись врача не информативная, посещение не обосновано, при этом без приведения оснований данного вывода экспертом применен код дефекта 3.9 «Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи»;

- в записи врача диагноз написан не разборчиво, при этом при наличии в медицинской документации кода заболевания по МКБ - 10 (международная классификация болезней X пересмотра) экспертом применен код дефекта 4.2 «Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)».

Финансовые последствия указанных правовых пробелов подробно отражены в разделе 2 настоящего отчета.

Это также требует внесения соответствующих изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

**1.4.** Основные формы бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков утверждены приказом Минфина России от 27 июля 2012 года № 109н «О бухгалтерской (финансовой) отчетности страховщиков», в том числе форма отчета страховой медицинской организации о целевом использовании средств обязательного медицинского страхования (форма № 6-омс).

В ходе контрольного мероприятия был осуществлен анализ представленных данных по форме № 6-омс. Следует отметить, что утвержденная форма не позволяет оценить достоверность представленных данных о получении и использовании целевых средств ОМС.

Так, в 2014 году у ЗАО «МАКС-М», по данным бухгалтерской отчетности, объем целевых средств составил 168298,54 млн. рублей. В то же время согласно данным по форме № 6-омс объем поступивших целевых средств составил 170545,2 млн. рублей, в связи с тем, что в объем указанных средств включены остатки средств 2013 года, а также авансы на оплату медицинской помощи в 2015 году, поступившие в СМО в декабре 2014 года.

Следует отметить, что финансовые средства предыдущего и последующего финансовых периодов содержатся в каждой строке разделов формы № 6-омс «Поступило» и «Использовано» без их последующего выделения.

К примеру, сумма средств, полученных от медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (первичного медико-экономического контроля, первичной медико-экономической экспертизы, первичной экспертизы качества медицинской помощи), отраженная по статье «Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» (код строки 2200), содержит средства, перечисленные медицинским организациям на оплату медицинской помощи в предыдущем финансовом году.

Такие несоответствия данных формы № 6-омс по сравнению с фактической ситуацией затрудняют анализ деятельности СМО и не позволяют Росстату и иным заинтересованным органам исполнительной власти получить достоверные данные о поступлении и расходовании целевых средств СМО.

В связи с изложенным, с целью уточнения целевых финансовых средств на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования по форме № 6-омс, считаем целесообразным рекомендовать Минфину России внести изменения в форму № 6-омс в целях уточнения наименования строк формы и выделения отдельными сроками средств предыдущего и последующего финансовых периодов.

**Цель 2. Оценить систему формирования целевых и собственных средств страховых медицинских организаций, проверить целевое и эффективное расходование средств обязательного медицинского страхования, направляемых в страховые медицинские организации территориальными фондами обязательного медицинского страхования**

При проверке соблюдения порядка формирования целевых и собственных средств СМО, учета доходов и расходов по операциям со средствами ОМС, а также проверке учета собственных средств и средств ОМС, предназначенных для оплаты медицинской помощи, установлено следующее.

**2.1.** Информация о формировании целевых средств проверенных СМО представлена в таблице:

(млн. руб.)

Источники средств	ЗАО «МАКС-М»		ОАО «РОСНО-МС»	
	2014 г.	6 мес. 2015 г.	2014 г.	6 мес. 2015 г.
Средства, поступившие в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС	159149,48	105583,85	153341,08	79242,38
Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций	9148,54	3788,66	9874,08	5444,19
в том числе:				
по результатам проведения медико-экономического контроля	7599,79	3002,47	7814,19	4432,56
по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи	335,96	169,47	819,95	447,71
по результатам проведения медико-экономической экспертизы	690,74	358,11	1154,89	534,68
в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	41,75	17,58	85,04	29,23
Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	0,52	0,28	2,27	1,13
Итого	168298,54	109372,79	163217,43	84687,7

В ходе контрольного мероприятия ОАО «РОСНО-МС» представлены все договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС субъектов Российской Федерации, ЗАО «МАКС-М» не представлен один договор с ТФОМС Красноярского края, так как он и иные документы, относящиеся к финансовой деятельности филиала ЗАО «МАКС-М» по Красноярскому краю, утрачены по причине несанкционированного

уничтожения ЗАО «МАКС-М» архивных документов в апреле 2015 года. В данной связи необходимая информация получена Счетной палатой Российской Федерации самостоятельно из ТФОМС Красноярского края.

Информация об объемах средств, поступивших в соответствии с договорами о финансовом обеспечении в 2014 году, представлена в таблице:

(млн. руб.)

Источники средств	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»
Всего поступило средств в соответствии с договорами	159149,48	153341,08
в том числе: по дифференцированным подушевым нормативам	145719,01	139762,07
из остатка целевых средств, возвращенных ранее в ТФОМС	5768,54	3472,69
из нормированного страхового запаса	7661,93	8697,08

Пунктом 2.17 формы типового договора о финансовом обеспечении предусмотрено, что СМО обеспечивает соответствие объемов медицинской помощи, установленных комиссией для СМО согласно приложению № 2 к договору о финансовом обеспечении, оплачиваемым объемам за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям.

Однако выборочный анализ договоров о финансовом обеспечении показал, что в нарушение пункта 2.17 договора между ЗАО «МАКС-М» и ТФОМС г. Санкт-Петербурга от 28 декабря 2011 года № 005 и договора между ЗАО «МАКС-М» и ТФОМС Владимирской области от 31 декабря 2013 года ЗАО «МАКС-М» осуществлялись получение целевых средств и оплата медицинской помощи в отсутствие приложений № 2 к указанным договорам, что также не соответствует приказу Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н.

ЗАО «МАКС-М» в период контрольного мероприятия запросило у ТФОМС г. Санкт-Петербурга и Владимирской области данные приложения № 2. Ответ на запрос поступил только от ТФОМС г. Санкт-Петербурга, в котором ЗАО «МАКС-М» предложено заполнить приложение № 2 к договору о финансовом обеспечении самостоятельно.

Следует отметить, что суммарный объем целевых средств, полученный ЗАО «МАКС-М» по дифференцированным подушевым нормативам, в 2014 году на 1240,61 млн. рублей меньше, чем объем средств, установленный в договорах о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Например, приложением № 2 к договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 31 декабря 2013 года б/н

между филиалом ЗАО «МАКС-М» по Псковской области и ТФОМС Псковской области предусмотрено предоставление в 2014 году целевых средств в объеме 4953,92 млн. рублей, фактически в 2014 году получено СМО 4288,11 млн. рублей, что оставляет 86,6 % от установленных объемов.

При этом причины уменьшения целевых средств до ЗАО «МАКС-М» не доведены. За соответствующими разъяснениями ЗАО «МАКС-М» в территориальные фонды ОМС не обращалось. Изменения в договоры о финансовом обеспечении не вносились. Претензии к ТФОМС ЗАО «МАКС-М» не предъявлялись.

**2.2.** В ходе контрольного мероприятия проведен анализ движения целевых средств ОМС, в результате которого выявлено, что комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, которые осуществляют распределение объемов медицинской помощи и утверждают тарифы на ее оплату, в течение года неоднократно изменяют стоимость тарифов на оплату медицинской помощи.

Так, в 2014 году комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Саратовской области установлено три тарифных соглашения (далее - ТС) от 24 января 2014 года, от 1 марта 2014 года, от 21 марта 2014 года и 8 дополнительных соглашений к ним (далее - ДС), в соответствии с которыми, например, по государственному учреждению здравоохранения Саратовской области «Александрово-Гайская районная больница» стоимость одного случая лечения в течение года была изменена 6 раз:

(руб.)

Профиль	Стоимость случая лечения взрослого					
	ТС от 24.01.2014	ТС от 01.03.2014, 21.03.2014	ДС от 27.05.2014, 31.07.2014, 29.08.2014, 31.10.2014	ДС от 11.12.2014	ДС от 12.12.2014	ТС от 22.01.2015
Акушерство и гинекология	6788,5	10570,7	10570,7	22708,5	5883,0	3323,3
Инфекционные болезни	11128,3	11263,3	9010,6	30971,3	8023,6	4320,4
Терапия	17478,5	17690,6	17690,6	60806,2	15752,8	6397,4
Хирургия	14950,7	15132,2	15132,2	52012,3	13474,6	7477,5

Следует отметить резкий рост стоимости случая лечения в 2-3 раза 11 декабря 2014 года и ее резкое падение на следующий день (ДС от 12 декабря 2014 года).

Изменения в течение 2014 года также коснулись и дифференцированных подушевых нормативов СМО, в том числе по детям. Например, по де-

тям до 4 лет разброс составил от 1033,17 рубля в феврале 2014 года до 53,18 рубля в июле 2014 года.

Такие несоответствия в финансовом обеспечении медицинской помощи могут свидетельствовать о дефектах в планировании со стороны территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Так, в ходе проверки формирования и расходования целевых средств по Саратовскому филиалу ЗАО «МАКС-М» установлено следующее.

Установленный объем целевых средств на 2014 год в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2011 года № 32 (с изменениями) составил 5955,4 млн. рублей.

Фактически филиалом ЗАО «МАКС-М» в 2014 году было получено 6960,04 млн. рублей, из которых 2008,73 млн. рублей составляли средства нормированного страхового запаса ТФОМС Саратовской области.

Таким образом, изменение в течение года тарифов на оплату медицинской помощи привело к увеличению расходов ЗАО «МАКС-М» на реализацию территориальной программы ОМС, компенсация которых произведена за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС Саратовской области.

Кроме того, в ходе проверки установлено, что вместо установленного ТФОМС Саратовской области дифференцированного подушевого норматива финансирования за июнь 2014 года в размере 26,18 млн. рублей до филиала ЗАО «МАКС-М» фактически доведена сумма в размере 198,38 млн. рублей, что на 172,27 млн. рублей больше размера, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам в соответствии с условиями договора от 30 декабря 2011 года № 32 о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между ТФОМС Саратовской области и ЗАО «МАКС-М».

На счет филиала ЗАО «МАКС-М» в Саратовской области № 40701810256020100251 в Сбербанке России данные финансовые средства поступили 17 и 18 июня 2014 года (115,09 млн. рублей и 83,35 млн. рублей, соответственно), которые до 20 июня 2014 года направлены в медицинские организации на авансирование оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, в нарушение условий договора от 30 декабря 2011 года № 32 ТФОМС Саратовской области перечислены СМО средства на оплату медицинской помощи в объеме, превышающем рассчитанный по дифференцированным подушевым нормативам на 172,27 млн. рублей.

Сложившаяся ситуация свидетельствует о нарушении финансовой дисциплины ТФОМС Саратовской области.

**2.3.** В ходе контрольного мероприятия произведена оценка обоснованности и полноты формирования СМО заявок в территориальные фонды ОМС на получение целевых средств для оплаты медицинской помощи, включая заявки на получение средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также проверка целевого и эффективного расходования страховыми медицинскими организациями средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

На основании пункта 3 части 2 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ СМО представляет в ТФОМС заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном Правилами ОМС.

Проведена выборочная проверка заявок ЗАО «МАКС-М» на авансирование и на получение средств на оплату счетов, в том числе по Саратовской и Самарской областям.

Установлено, что в 2014 году ТФОМС Саратовской области заявки ЗАО «МАКС-М» на авансирование исполнялись не в полном объеме, недофинансирование составляло от 6 тыс. рублей до 56,0 млн. рублей, в Самарской области - от 1,0 до 26,6 млн. рублей.

В проверяемом периоде во всех заявках филиалов ОАО «РОСНО-МС» в ТФОМС Московской области на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, а также на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь указывалась ссылка на договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 1 января 2012 года № 28-2012.

При этом в проверяемом периоде между территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области и ОАО «РОСНО-МС» действовал договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2011 года № 28-2012.

Таким образом, необходимо констатировать, что ТФОМС Московской области перечислял денежные средства на обязательное медицинское страхование в ОАО «РОСНО-МС» при неверно указанных в заявках на получение средств реквизитах договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

**2.4.** Для осуществления операций с целевыми средствами СМО открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях.

Из анализа счета 76.7 субконто «Расчеты с ТФОМС» следует, что в 2014 году на счет СМО ЗАО «МАКС-М» поступило 9,857 млн. рублей по процентам, начисленным отделениями Сбербанка России на свободный остаток на банковских счетах СМО, которые в полном объеме перечислены в соответствующие ТФОМС. При этом в связи с отсутствием соответствующего нормативно-правового регулирования данные средства отдельной строкой в отчетах СМО и актах сверки расчетов между ТФОМС и СМО не отражаются. Указанный источник доходов бюджетов территориальных фондов ОМС в законодательстве не предусмотрен.

**2.5.** Сравнительный анализ данных отчета ЗАО «МАКС-М» о поступлении и использовании средств ОМС за 2014 год (форма № 6-омс), актов сверки расчетов по договорам о финансовом обеспечении ОМС субъектов Российской Федерации (далее - акты) и справок по движению средств по счету ОМС по субъектам Российской Федерации (кассовые расходы), представленных ЗАО «МАКС-М», (далее - справки) показал, что суммы средств по всем представленным данным различны. Анализ данных приведен в таблице:

(млн. руб.)

	Форма № 6-омс	Данные, полученные по актам	Сводные данные СМО (справки)
Средства, поступившие от территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования	159228,9	157908,9	159149,4
Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам (общая сумма средств на оплату медицинской помощи по счетам медицинских организаций, предъявленным к оплате в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию)	164315,6	149737,9	151506,6
Поступления (доходы) в виде средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию	1674,8	1668,9	1678,3

В данной связи, в целях проверки соответствия выделенных целевых средств их использованию в ходе контрольного мероприятия в основном использовалась первичная бухгалтерская документация.

Причинами установленных различий являются:

- ошибки в актах сверки расчетов, связанные с неполным отражением сведений по возврату переплаты, вознаграждению медицинских организаций, процентам, начисленным банком на свободный остаток на расчетном счете СМО;

- указание по г. Москве и Московской области планируемых расходов в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи, а не фактических расходов на оплату оказанной медицинской помощи:

по г. Москве в актах сверки расчетов указывается расчетная сумма 28101438,73 тыс. рублей, фактически оплачено 27949372,62 тыс. рублей, расхождение составляет (-)152066,1 тыс. рублей;

по Московской области в актах сверки расчетов указывается расчетная сумма 13864902,0 тыс. рублей, фактически оплачено 15315051,83 тыс. рублей, расхождение составляет 1450149,82 тыс. рублей;

- разный подход к отражению расчетов за прошедшие периоды (в отчетной форме № 6-омс учитываются средства, перечисленные СМО медицинским организациям за медицинскую помощь, оказанную в предыдущем году).

**2.6. Формирование собственных средств СМО осуществляется в порядке, установленном договором о финансовом обеспечении. Информация по источникам средств и объемам представлена в таблице:**

(млн. руб.)

Источники средств	ЗАО «МАКС-М»		ОАО «РОСНО-МС»	
	2014 г.	6 мес. 2015 г.	2014 г.	6 мес. 2015 г.
Средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию	1674,85	802,74	1691,29	843,08
30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи	143,66	71,21	245,95	134,22
30 % сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы	294,89	152,25	338,14	159,17
50 % сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	41,75	17,58	42,21	14,4
10 % средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов	37,94	0,0	57,72	9,06
Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	0,0	0,0	0,03	0,01
Вознаграждение за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении	8,44	2,47	5,62	4,91
Итого	2201,53	1046,25	2380,96	1164,99

Основным источником для формирования собственных средств СМО являются средства, предназначенные на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, доля которых в 2014 году в ОАО «РОСНО-МС» составляет 71 % (1,69 млрд. рублей), а в ЗАО «МАКС-М» - 76 % (1,67 млрд. рублей) от объемов собственных средств СМО, а за 6 месяцев 2015 года - 72 % и 77 %, соответственно.

Доля средств, выделяемых на ведение дел по ОМС, по субъектам Российской Федерации различна и колеблется от 1 % (в 83,3 % субъектов Российской Федерации, в которых размещены филиалы ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС») до 1,4 % в Ростовской области по ЗАО «МАКС-М» и до 1,55 % в Новгородской области по ОАО «РОСНО-МС».

Всего по Российской Федерации на 2015 год из 85 субъектов Российской Федерации в законах о бюджетах ТФОМС один процент на ведение дел по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями установлен в 63 субъектах Российской Федерации (приложение 1 к отчету, приложения в Бюллетене не публикуются).

В ходе контрольного мероприятия установлено, что объемы средств, выделенные ТФОМС ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС» на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, соответствуют нормативам, предусмотренным договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, за исключением Владимирской области.

Так, в ходе контрольного мероприятия выявлено, что в нарушение части 18 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и договора о финансовом обеспечении ОМС между ТФОМС Владимирской области и ЗАО «МАКС-М» от 31 декабря 2013 года средства на ведение дела по ОМС рассчитывались от общего объема поступивших целевых средств в ЗАО «МАКС-М», а не от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам, что привело к переплате в размере 0,13 млн. рублей в 2014 году и 0,09 млн. рублей за январь-август 2015 года. Данные приведены в таблице:

(млн. руб.)

	Объем поступивших целевых средств по дифференцированным подушевым нормативам	1 % от поступивших целевых средств по дифференцированным подушевым нормативам в соответствии с договором	Объем средств на ведение дела, поступивших в СМО	Переплата
2014 г.	1317,44	13,17	13,31	0,13
2015 г.	847,9	8,48	8,57	0,09
Всего	2165,34	21,65	21,88	0,22

Таким образом, ТФОМС Владимирской области формирование средств на ведение дел по ОМС проводил с нарушением действующего законодательства, что привело к необоснованному перечислению ЗАО «МАКС-М» денежных средств в размере 0,22 млн. рублей.

При этом ЗАО «МАКС-М» указанные средства переплаты в бюджет ТФОМС Владимирской области не вернуло.

**2.7.** Около 25 % всех собственных средств СМО составляют средства, направленные в доход СМО в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, санкции могут быть наложены на медицинскую организацию за несоответствие предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Следует отметить, что в настоящее время разработано и принято около 817 приказов Минздрава России, утверждающих стандарты медицинской помощи, которыми охватывается только 35,6 % всех заболеваний и патологических состояний. Таким образом, на большую часть заболеваний и патологических состояний, по которым оказывается медицинская помощь, стандарты медицинской помощи не разработаны. Следовательно, применение к медицинским организациям санкций за несоответствие оказанной медицинской помощи стандартам медицинской помощи в отношении тех заболеваний, по которым отсутствуют стандарты, неправомерно.

В отношении клинических рекомендаций (протоколов лечения) следует отметить, что согласно поручению Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец по итогам совещания от 8 октября 2015 года (протокол № ОГ-П12-268пр) Минздраву России было поручено до 15 ноября 2015 года обеспечить завершение разработки и внедрение клинических рекомендаций (протоколов лечения) в практическую медицину, а также создать соответствующий реестр. Минздрав России письмом от 19 ноября 2015 года № 11-9/10/1-5231 проинформировал

Счетную палату Российской Федерации о том, что во исполнение указанного поручения Минздравом России направлена информация в Правительство Российской Федерации о количестве утвержденных клинических рекомендаций (протоколов лечения). Вместе с тем Минздравом России сообщалось о разработке законопроекта, предусматривающего внесение изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части установления порядка разработки и применения клинических рекомендаций (протоколов лечения). Между тем клинические рекомендации (протоколы лечения) не размещены на официальном сайте Минздрава России в сети Интернет, а также не опубликованы в информационно-правовых ресурсах, что может свидетельствовать о том, что они до настоящего времени в полной мере не внедрены в практическую медицину, до медицинских организаций не доведены.

Таким образом, применение к медицинским организациям санкций за несоответствие оказанной медицинской помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения) полагаем не обоснованным.

Однако в ходе контрольного мероприятия установлено, что ряд экспертов качества медицинской помощи используют код дефекта 3.2.1 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» и 3.3 «Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий» в отношении заболеваний, по которым стандарты отсутствуют.

Например, при анализе акта экспертизы качества медицинской помощи № 362-03/07.2015 установлено, что ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ» по коду дефекта 3.2.1 отказано в оплате специализированной медицинской помощи по заболеванию код МКБ -10 J45.8 (другие ишемические болезни сердца) за невыполнение ряда диагностических исследований («нет ЭхоКГ, тропонина»). Однако стандарт специализированной медицинской помощи по данному заболеванию не утвержден, в связи с чем применение санкций к медицинской организации не обосновано.

При анализе акта экспертизы качества медицинской помощи № 100000092 установлено, что ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга по коду дефекта 3.2 отказано в оплате специализированной медицинской помощи по заболеванию код МКБ-10 I24.8 (смешанная астма) за невыполнение ряда диагностических исследований. Однако стандарт специализированной медицинской помощи по данному заболеванию не утвержден, в связи с чем применение санкций к медицинской организации не обосновано.

В данной связи считаем целесообразным внести изменения в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, в части установления нормы, не позволяющей применять к медицинским организациям соответствующие санкции в отношении случаев оказания медицинской помощи по тем заболеваниям и патологическим состояниям, на которые отсутствуют стандарты медицинской помощи и (или) клинические рекомендации (протоколы лечения).

**2.8.** Одним из источников доходов СМО являются средства, полученные в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, а также средства от выплаты вознаграждения СМО за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи.

Всего по итогам 2014 года доля указанных средств в собственных средствах СМО составила около 2 процентов.

При этом в нарушение пункта 121 Правил ОМС в актах сверки расчетов между СМО и ТФОМС г. Москвы, Кировской области, Пермского края, Республики Дагестан и др. данные по получению указанных средств не отражены.

**2.9.** Расходы проверенных СМО представлены в таблице:

(млн. руб.)

	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»
Всего поступило собственных средств СМО (доходы)	2201,53	2380,96
в том числе в виде средств, поступивших от ТФОМС и предназначенных на ведение дела по ОМС	1674,85	1691,29
Расходы собственных средств на ведение дела по ОМС	614,81	2058,15
Управленческие расходы, не связанные со страховыми операциями	426,03	1,84
Прочие затраты	269,53	79,21
Чистая прибыль	891,16	241,76

Анализ представленных в таблице данных показал, что по ЗАО «МАКС-М» расходы на ведение дела составили всего 27,9 % от всего объема собственных средств компании, по ОАО «РОСНО-МС» - 86,47 процента.

При этом чистая прибыль ЗАО «МАКС-М» в 2014 году составила 40,5 % от доходов по операциям ОМС, или 891,16 млн. рублей, в ОАО «РОСНО-МС» - 10,6 %, или 241,76 млн. рублей.

В ЗАО «МАКС-М» от общего числа расходов (без учета чистой прибыли) расходы на заработную плату работников и вознаграждение специалистам, выполнявшим работы по гражданско-правовым договорам, составили 57,5 %, в ОАО «РОСНО-МС» - 54,8 процента.

Категория персонала	Средняя численность сотрудников, чел.		Средняя ежемесячная начисленная заработная плата сотрудников, руб.	
	списочный состав (без внешних совместителей)	внешние совместители	списочный состав (без внешних совместителей)	внешние совместители
2014 г. Всего сотрудников	2151	70	20560	26983,3
в том числе: руководитель, заместители руководителя, руководители структурных подразделений, иные руководители	186	4	55425	322562,5
работники	1155	66	22551,6	9070,7
специалисты, выполнявшие работы по договорам гражданско-правового характера	810	0	9715,0	0
9 мес. 2015 г. Всего работников	2153	61	19897,9	35850,6
в том числе: руководитель, заместители руководителя, руководители структурных подразделений, иные руководители	167	4	62942,1	379138,8
работники	1184	57	21401,5	11760,2
специалисты, выполнявшие работы по договорам гражданско-правового характера	802	0	8715	0

В ходе контрольного мероприятия запрошена и проанализирована информация по заработной плате работников ЗАО «МАКС-М» за 2014 год и истекший период 2015 года. В ответ на запрос Счетной палаты Российской Федерации представлена информация за подписью заместителя генерального директора ЗАО «МАКС-М» С.В. Сычева, по данным которой средняя ежемесячная начисленная заработная плата сотрудников ЗАО «МАКС-М» в категории «Руководитель, заместители руководителя, руководители

структурных подразделений, иные руководители» в 2014 году составила 55425 рублей, за 9 месяцев 2015 года - 62942,1 рубля, при этом к данной категории отнесены 186 сотрудников, в категории «Работники» - 22551 рубль в 2014 году, 21401,4 рубля - за 9 месяцев 2015 года.

Счетной палатой Российской Федерации направлен дополнительный запрос в ФНС России, в соответствии с результатами которого установлено, что средняя ежемесячная начисленная заработная плата генерального директора ЗАО «МАКС-М», его четырех заместителей, а также президента ЗАО «МАКС-М» составила ориентировочно 472731,7 рубля.

Аналогичный запрос также направлен в ФНС России в отношении сотрудников ОАО «РОСНО-МС», согласно представленным данным средняя ежемесячная начисленная заработная плата генерального директора ОАО «РОСНО-МС», его двух заместителей составила, ориентировочно, 712800,1 рубля.

Следует отметить, что, по данным Росстата, в 2014 году средняя номинальная начисленная заработная плата работников в целом по экономике Российской Федерации составляет 32495 рублей, что значительно выше, чем размер средней заработной платы у основного персонала ЗАО «МАКС-М», что может свидетельствовать о заведомом ограничении руководством расходов компании в целях получения большей прибыли.

Кроме того, ЗАО «МАКС-М» в 2014 году за счет прибыли, полученной в предыдущие годы, приобретены акции других организаций за 289,0 млн. рублей, а также произведена уплата дивидендов и иных аналогичных платежей по распределению прибыли в пользу собственников (участников) в объеме 530,84 млн. рублей.

Таким образом, анализ расходов проверенных СМО свидетельствует о том, что собственные средства СМО, формируемые в течение года, позволяют в полном объеме обеспечить исполнение их расходных обязательств и получить чистую прибыль в значительном объеме.

Учитывая, что 63 субъекта Российской Федерации устанавливают расходы на ведение дел в сфере ОМС в размере 1 % от целевых средств, перечисляемых СМО, а также ежегодный рост средств на ведение дел в сфере ОМС (в 2014 году на 11,2 % больше, чем в 2013 году, или на 2667,9 млн. рублей) и значительную долю прибыли СМО, считаем целесообразным рассмотреть вопрос о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в целях определения предельного размера средств, направляемых ТФОМС в адрес СМО на ведение дела в сфере ОМС, не более 1 %, что не повлияет на осуществление СМО своих обязанностей.

При этом обязательства, которые возложены на СМО, одновременно выполняют ТФОМС, которые ведут реестры медицинских организаций, застрахованных лиц и экспертов качества медицинской помощи, осуществляют все виды контроля в сфере ОМС.

### **Цель 3. Оценить полноту и эффективность исполнения страховыми медицинскими организациями своих обязанностей в соответствии с законодательством Российской Федерации**

**3.1.** В ходе контрольного мероприятия осуществлена проверка соблюдения СМО порядка оформления, переоформления, выдачи полисов ОМС, ведения учета застрахованных лиц, выданных им полисов ОМС, а также обеспечения учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с Порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 года № 29н, с выездом в пункты оформления и выдачи полисов ОМС и территориальные отделения компании ЗАО «МАКС-М» по г. Москве и Московской области.

В ходе проверки установлено, что выдача полисов ОМС в г. Москве и Московской области осуществляется с использованием различных информационных ресурсов и форм заявлений о выдаче (замене) полисов, в связи с чем потребуется дополнительная обработка информации в целях ее унификации. Такие различия в ведении информационных ресурсов могут влиять на достоверность данных, содержащихся в едином регистре застрахованных лиц, и не исключают возможности повторного включения одного и того же застрахованного лица в регистр.

Так, информационная система МАКС-М не позволяет в режиме on-line осуществлять выверку данных о наличии у застрахованного полиса ОМС, выданного другой страховой медицинской организацией. Обратившийся гражданин при обращении в компанию с целью страхования в обязательном порядке получает временное свидетельство на бумажном носителе. Выверка информации о застрахованном лице осуществляется территориальными и Федеральным фондами ОМС в течение 1 месяца. При этом застрахованный гражданин в течение указанного периода может использовать при обращении в медицинскую организацию временное свидетельство, что может являться основанием для отказа страховой медицинской организацией в оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в связи с включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой

медицинской организацией (пункт 5.2.1 приложения № 8 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230).

Так как у застрахованного лица не уточняется информация о получении ранее полиса ОМС в другой СМО, любой гражданин, имеющий полис ОМС, сменивший место жительства, паспорт и/или персональные данные (фамилию, имя, отчество, дату рождения, пол), может получить еще один полис ОМС, то есть будет застрахован и учтен несколько раз.

Так, в ходе контрольного мероприятия установлено, что, например, у одного из инспекторов, участвующих в проверке, имеется два действующих полиса ОМС, выданных ОАО «РОСНО-МС», что явилось следствием нарушения пункта 12 Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования в части обеспечения ОАО «РОСНО-МС» осуществления проверок, позволяющих предотвратить появление в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц дублирующих записей.

При оформлении полиса ОМС предъявление СНИЛС не является обязательным, что затрудняет в дальнейшем установление статуса застрахованного лица, как работающего или не работающего.

Кроме того, в ходе проверки выявлено, что временные сроки исключения застрахованного из регистра в связи со смертью застрахованного лица составляют в среднем от 1,5 до 3 месяцев от факта смерти.

**3.2.** В ходе выборочной проверки объемов оказанной медицинской помощи застрахованным лицам в течение 2014-2015 годов установлены факты подачи медицинскими организациями реестров на оплату медицинской помощи, которая по факту оказана не была.

Так, одному из инспекторов, осуществляющих проверку в ЗАО «МАКС-М», по запросу была представлена выписка из реестра оказанных ему медицинских услуг, куда были включены медицинские услуги, которые не могли быть выполнены в связи с отсутствием инспектора в данный период времени в г. Москве: 2 медицинские услуги «Комплексное обследование в Центре здоровья» и «Первый этап диспансеризации мужчин», сумма по тарифу 771,82 рубля и 696,21 рубля, соответственно.

Аналогичные нарушения выявлены в ОАО «РОСНО-МС», где инспектору в соответствии с его запросом были представлены сведения об оказании ему медицинских услуг, за которыми он не обращался:

- 13 января 2014 года - прием врача-терапевта лечебно-диагностический, первичный, амбулаторный - 108,22 рубля;
- 13 января 2014 года - прием больных медицинской сестрой (фельдшером, акушеркой), доврачебный, смотрового кабинета - 94,68 рубля;
- 6 октября 2014 года - первый этап диспансеризации мужчин - 696,21 рубля;
- 17 декабря 2014 года - прием врача-терапевта участкового лечебно-диагностический, повторный, на дому - 140,73 рубля.

Таким образом, по указанным инспекторам выявлены факты принятия к оплате и оплаты медицинских услуг, которые фактически выполнены не были, что привело к необоснованному перечислению указанным медицинским организациям 2507,25 рубля.

При этом приказом ФОМС от 19 октября 2015 года № 196 «Об утверждении формы информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости», которым определяются общие требования к содержанию и форме информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости в электронном виде через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и/или ТФОМС путем создания личного кабинета пациента, не установлен механизм взаимодействия СМО и застрахованного лица при выявлении им фактов принятия к оплате и оплаты медицинских услуг, которые фактически выполнены не были.

**3.3.** В соответствии с пунктом 4.4 типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в обязанности СМО включено обеспечение медицинских организаций информационными материалами (брошюрами, листовками, памятками) о правах граждан в сфере ОМС, информационными стендами с плакатами и/или информацией о предоставляемых видах и объемах медицинской помощи, условиях ее получения в соответствии с территориальной программой ОМС.

При анализе представленных реестров договоров, заключенных в 2014-2015 годах по всем филиалам ЗАО «МАКС-М» в 24 субъектах Российской Федерации, установлено, что в 14 субъектах договоры на оказание соответствующих услуг в целях обеспечения медицинских организаций информационными материалами не заключались. В оставшихся субъектах Российской Федерации такие договоры заключены, однако соответствующая исполнительная документация (акты приема-передачи в медицинские

организации) отсутствует. В данной связи сделать вывод об исполнении ЗАО «МАКС-М» обязательств, установленных договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не представляется возможным.

**3.4.** В соответствии с Правилами ОМС страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи.

Согласно пункту 208 Правил ОМС обмен информацией между медицинскими организациями, СМО и ТФОМС осуществляется в электронной форме с соблюдением требований по защите конфиденциальной информации.

В целях реализации раздела XV Правил ОМС ФОМС приказом от 20 декабря 2013 года № 263 утвержден порядок информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования.

Согласно данному порядку все участники информационного взаимодействия осуществляют обмен данными в рамках организованного территориальным фондом обязательного медицинского страхования единого информационного ресурса субъекта Российской Федерации в режиме on-line.

В ходе контрольного мероприятия в ЗАО «МАКС-М» установлено, что в нарушение пункта 1 указанного порядка из 24 субъектов, в которых действуют филиалы ЗАО «МАКС-М», в 4 субъектах (г. Москва, Московская область, Кировская область, Республика Ингушетия) единый информационный ресурс ТФОМС не создан.

**3.5.** Согласно части 7 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ СМО обязаны в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из территориального фонда информировать застрахованное лицо в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса ОМС, а также представлять застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

При этом Правилами ОМС носитель информации о факте страхования (бумажный или электронный) не установлен, что создает риски нарушения права застрахованного лица на получение информации в письменной форме о факте страхования.

Проверкой установлено, что ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС» информируют застрахованное лицо о факте страхования посредством SMS-сообщений. Например, ЗАО «МАКС-М» заключило соответствующий дого-

вор с ОАО «Мобильные ТелеСистемы» о предоставлении услуг связи от 29 июня 2011 года № 177343057247.

**3.6.** В соответствии с пунктом 65 Правил ОМС страховые медицинские организации обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с Правилами ОМС, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом ОМС застрахованному лицу СМО представляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере ОМС и контактные телефоны территориального фонда и СМО, выдавшей полис, которая доводится до застрахованных лиц в виде памятки.

Однако в ходе выездов в пункты выдачи полисов ОМС ЗАО «МАКС-М» г. Москвы установлено, что в нарушение указанной нормы при выдаче полиса ОМС застрахованному гражданину сотрудники компании не знакомят его с Правилами ОМС, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, контактные телефоны территориального фонда ОМС не предоставляются.

Таким образом, в ходе контрольного мероприятия установлено, что ЗАО «МАКС-М» переданные ТФОМС функции страховщика в полной мере не выполняет.

**3.7.** В ходе контрольного мероприятия проведена проверка порядка осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ), экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП), и представления отчета о результатах такого контроля.

В ходе контрольного мероприятия также произведен анализ экспертных заключений по оценке качества медицинской помощи экспертов ЗАО «МАКС-М», привлекаемых на договорной основе в филиалах г. Москвы и Московской области.

Проверкой установлено, что в ЗАО «МАКС-М» работают эксперты, осуществляющие медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи, как включенные в штат компании, так и выполняющие работы по договорам гражданско-правового характера.

В соответствии с данными отчетности № ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования»

(утверждена приказом ФОМС от 16 августа 2011 года № 145) за 2014 год количество экспертов, являющихся штатными сотрудниками, составило 766 человек, привлекаемых на договорной основе - 919 человек, за январь-июнь 2015 года: штатных сотрудников - 821 человек, привлекаемых на договорной основе - 911 человек.

В соответствии с данными по отчетной форме ПГ «Организация защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования» в 2014 году в ОАО «РОСНО-МС» число специалистов, участвующих в деятельности по обеспечению прав застрахованных лиц (экспертов), составляло 2563 человека, в том числе: 1278 - штатные сотрудники ОАО «РОСНО-МС» и 1285 - привлекаемые на договорной основе.

Информация о проведенных экспертами ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС» за указанный период экспертизах представлена в таблице:

	Плановые медико-экономические экспертизы		Целевые медико-экономические экспертизы		Плановые экспертизы качества медицинской помощи		Целевые экспертизы качества медицинской помощи	
	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»	ЗАО «МАКС-М»	ОАО «РОСНО-МС»
2014 г.								
Всего экспертиз	1277020	1666796	146128	313154	604504	613888	61444	52395
Всего рассмотрено страховых случаев	2063705	2244869	195731	397435	954880	948187	69009	59037
Выявлено страховых случаев, содержащих нарушения	693575	892618	97244	152303	230373	264474	24538	21292
Выявлено нарушений, всего	1040480	2813467	100942	179199	274730	722747	25307	26063
Январь-июнь 2015 г.								
Всего экспертиз	629649	2835393	60493	458389	309110	1099073	30777	62547
Всего рассмотрено страховых случаев	992731	3170959	93845	529461	473911	1099073	34573	65258
Выявлено страховых случаев, содержащих нарушения	269136	842391	31682	33522	114515	401692	11566	8665
Выявлено нарушений, всего	361558	857024	33251	33705	124976	455249	12051	9061

Также проведен анализ сводных данных о суммах средств, удержанных СМО по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным гражданам.

(млн. руб.)

Этап	Суммы по типу финансовых санкций	ОАО «РОСНО-МС»			ЗАО «МАКС-М»		
		2014 г.	январь-июнь 2015 г.	всего	2014 г.	январь-июнь 2015 г.	всего
МЭК	Сумма неоплаты	7616,7	4465,1	12,1	6142,3	2239,8	8382,1
МЭЭ	Сумма неоплаты	1121,8	531,6	1649,7	992,6	509,3	1501,9
	Сумма штрафов	47,0	16,4	69,1	65,4	23,8	89,2
	Всего	1168,8	548,0	1718,8	1058,0	512,1	1570,1
ЭКМП	Сумма неоплаты	819,1	448,5	1260,6	474,0	239,9	713,9
	Сумма штрафов	38,1	14,0	58,2	18,1	11,3	29,4
	Всего	857,2	462,5	1318,8	492,1	251,2	743,3
Всего	Сумма МЭЭ и ЭКМП	2026,0	1010,5	3037,6	1550,1	763,3	2313,4
	Сумма МЭК, МЭЭ и ЭКМП	9642,7	5475,6	15168,5	7692,4	3003,1	10695,5

Общая сумма удержанных средств по результатам всех видов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным гражданам с медицинских организаций в 2014 году по ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС» составила 17335,1 млн. рублей, за 6 месяцев 2015 года - 8478,7 млн. рублей.

В ходе контрольного мероприятия проведен выборочный анализ договоров возмездного оказания услуг экспертами качества оказания медицинской помощи.

Установлено, что проверенными СМО в нарушение части 7 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ в 2014-2015 годах заключались договоры на проведение экспертизы качества медицинской помощи с лицами, не включенными в территориальный реестр экспертов качества, что подтверждено данными соответствующих ТФОМС.

Так, филиалом ЗАО «МАКС-М» по Московской области заключен договор от 12 января 2015 года № 50513/157-52589 с А.Ф. Карелиным для оказания услуг по проведению независимой целевой экспертизы качества медицинской помощи, предоставленной застрахованному лицу - жителю Московской области, в ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации.

При этом в соответствии с информацией директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области Г.А. Антоновой (письмо от 19 октября 2015 года № 06-01-27/10623), представленной по запросу Счетной палаты Российской Федерации, А.Ф. Карелин в территориальный реестр экспертов качества по Московской области не включен.

При анализе договоров, которые заключены в 2014-2015 годах филиалом ЗАО «МАКС-М» по г. Москве на оказание услуг по проведению экспертизы качества медицинской помощи по г. Москве, обнаружено заключение договоров с 5 исполнителями, которые не значатся в реестре экспертов качества медицинской помощи по г. Москве:

- Лебедева А.М. (договор от 1 июня 2015 года № 50512/157-31354);
- Березников А.В. (договор от 5 мая 2015 года № 50512/157-31342);
- Будько Т.А. (договор от 24 апреля 2015 года № 50512/157-31340);
- Вольных О.В. (договор от 22 июня 2015 года № 50512/157-31364);
- Руснак Ф.М. (договор от 11 ноября 2014 года № 50512/157-31279).

Данные факты подтверждены письмом директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования В.А. Зеленского от 21 октября 2015 года № 10776 в ответ на запрос Счетной палаты Российской Федерации.

Информация о выборочном анализе актов экспертизы качества медицинской помощи указанных экспертов представлена в таблице:

(руб.)

ФИО эксперта, № договора	Стоимость экспертиз в соответствии с актами сдачи-приемки услуг	Сумма, не подлежащая оплате по выявленным недостаткам в соответствии с реестрами актов экспертиз	Размер штрафа по выявленным нарушениям в соответствии с реестрами актов экспертиз	Сумма средств, не подлежащая оплате по кодам дефекта 3.2.1 и 3.4 при отсутствии утвержденных стандартов
Лебедева А.М., № 50512/157-31354 от 01.06.2015 г.	57929,40	2701671,85	0	919004,5
Березников А.В., № 50512/157-31342 от 05.05.2015 г.	10395	305055,97	0	3216,67
Будько Т.А., № 50512/157-31340 от 24.04.2015 г.	3240	17189,46	0	0
Вольных О.В., № 50512/157-31364 от 22.06.2015 г.	2854,80	26595,78	0	0
Руснак Ф.М., № 50512/157-31279 11.11.2014 г.	29430,00	690962,64	0	80075,74
Итого	112107,0	3747475,5	0	1002297,12

Стоимость экспертиз в соответствии с актами сдачи-приемки услуг по указанным лицам составила 112107 рублей, сумма, не подлежащая оплате по выявленным недостаткам указанным лицам, в соответствии с реестрами актов экспертиз составила 3,7 млн. рублей, из них 1,002 млн. рублей - сумма, не подлежащая оплате по кодам дефекта 3.2.1 и 3.4.

Аналогичные нарушения установлены в ОАО «РОСНО-МС».

Так, выборочный анализ актов экспертиз качества медицинской помощи, проведенных экспертами качества медицинской помощи, привлеченными филиалом ОАО «РОСНО-МС» по Оренбургской области, показал, что по результатам экспертиз пятерых экспертов по Оренбургской области сумма, не подлежащая оплате по выявленным недостаткам, составила 8,6 млн. рублей, из них 0,244 млн. рублей - сумма, не подлежащая оплате по кодам дефекта 3.2.1 и 3.3.1.

По итогам 2014 года ЗАО «МАКС-М» для проведения экспертизы качества медицинской помощи заключило гражданско-правовые договоры на проведение экспертизы качества медицинской помощи с 70 экспертами, не включенными в территориальные реестры субъектов Российской Федерации. Общая сумма санкций, примененных к медицинским организациям в результате экспертиз, проведенных данными экспертами, составила 9,0 млн. рублей, сумма вознаграждения экспертам составила 0,871 млн. рублей.

В проверяемый период ОАО «РОСНО-МС» для проведения экспертизы качества медицинской помощи заключило гражданско-правовые договоры на проведение экспертизы качества медицинской помощи со 119 экспертами, не включенными в соответствующие территориальные реестры субъектов Российской Федерации. Общая сумма санкций, примененных к медицинским организациям в результате экспертиз, проведенных данными экспертами, составила 16,8 млн. рублей, сумма вознаграждения экспертам составила 1,7 млн. рублей.

Кроме того, по Московской области установлены факты заключения филиалом ЗАО «МАКС-М» договоров на проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи с 12 экспертами, которые в реестр экспертов качества медицинской помощи по Московской области не включены. При этом следует отметить, что данные эксперты производили только медико-экономическую экспертизу. В данной связи заключение договоров на экспертизу качества медицинской помощи противоречит части 7 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ.

## **Заключительные положения**

Таким образом, в ходе контрольного мероприятия установлено, что на фоне ежегодного роста собственных средств СМО их деятельность в части соблюдения интересов застрахованных лиц, в том числе путем проведения контрольных мероприятий, осуществляется с нарушениями законодательства Российской Федерации.

В сложившихся социально-экономических условиях считаем необходимым рассмотреть вопрос о целесообразности внесения изменений в законодательство Российской Федерации в целях изменения роли страховых медицинских организаций и их финансового обеспечения, с возможностью их последующего исключения из участников ОМС.

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

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

### **Выводы**

**1.** В целом законодательная база деятельности страховых медицинских организаций создана. В то же время анализ ее применения показал следующее.

**1.1.** Действующее законодательство Российской Федерации не предусматривает полномочий ФОМС по утверждению единого порядка информирования застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи, о выявленных нарушениях при ее оказании, о праве застрахованных лиц на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса ОМС, а также об обязанностях застрахованных лиц, в связи с чем у проверенных СМО отсутствуют единообразие и системность по исполнению своих обязанностей в части информирования.

В результате каждая СМО устанавливает свои правила деятельности, в том числе в части информирования застрахованных лиц, которые носят формальный характер и в основном содержат нормы Федерального закона № 326-ФЗ без привязки к медицинским организациям, с которыми у СМО заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

В данной связи считаем целесообразным внести соответствующие изменения в законодательство Российской Федерации, наделяющие ФОМС полномочиями по принятию соответствующих нормативных правовых актов.

**1.2.** По результатам контрольного мероприятия установлена целесообразность внесения изменений в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230.

**1.2.1.** Частью 12 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ТФОМС и (или) СМО в порядке, установленном ФОМС, информируют застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования. Главой IX предусматривается информирование о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи. При этом сама процедура информирования не регламентирована. Между тем частью 12 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ информирование застрахованных лиц о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи не ставится в зависимость от наличия обращения застрахованного лица.

В проверяемых СМО установлено, что все договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования содержат положения, предусматривающие обязанности СМО по информированию застрахованных лиц, в том числе о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи. Однако данный вид информирования со стороны СМО осуществляется только по обращениям граждан, что является, в том числе, следствием недостаточного нормативного урегулирования данного вопроса и ведет к ненадлежащему исполнению договорных обязательств.

**1.2.2.** 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. Так, ряд экспертов качества медицинской помощи используют код дефекта 3.2 «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской

помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи» и 3.3 «Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий» в отношении заболеваний, по которым стандарты отсутствуют, а соответствующие клинические рекомендации (протоколы лечения) не внедрены.

Например, при анализе акта экспертизы качества медицинской помощи № 362-03/07.2015 установлено, что ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ» по коду дефекта 3.2 отказано в оплате специализированной медицинской помощи по заболеванию код МКБ-10 I24.8 (другие ишемические болезни сердца) за невыполнение ряда диагностических исследований («нет ЭхоКГ, тропонина»). Однако стандарт специализированной медицинской помощи по данному заболеванию не утвержден, клинические рекомендации (протоколы лечения) не предусмотрены, в связи с чем применение санкций к медицинской организации не обосновано.

В данной связи считаем целесообразным внести изменения в порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230, в части установления нормы, не позволяющей применять к медицинским организациям соответствующие санкции в отношении случаев оказания медицинской помощи по тем заболеваниям и патологическим состояниям, на которые отсутствуют стандарты медицинской помощи и (или) клинические рекомендации (протоколы лечения).

**1.3.** Приказом ФОМС от 19 октября 2015 года № 196 «Об утверждении формы информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости», которым определяются общие требования к содержанию и форме информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости в электронном виде через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и/или ТФОМС путем создания личного кабинета пациента, не установлен механизм взаимодействия СМО и застрахованного лица при выявлении им фактов принятия к оплате и оплаты медицинских услуг, которые фактически выполнены не были.

Так, в ходе проверки выявлены факты принятия к оплате и оплаты медицинских услуг в отношении инспекторов, осуществляющих проверку в ЗАО «МАКС-М» и ОАО «РОСНО-МС», которые фактически выполнены не были, что привело к необоснованному расходованию 2507,25 рубля.

**1.4.** В соответствии с действующим законодательством СМО размещают целевые средства на банковских счетах в кредитных организациях, открытых для осуществления операций с целевыми средствами, предназначенными для оплаты медицинской помощи. При этом в 2014 году на счет СМО ЗАО «МАКС-М» поступило 9,857 млн. рублей по процентам, начисленным отделениями Сбербанка России на свободный остаток на банковских счетах СМО, которые в полном объеме перечислены в соответствующие ТФОМС.

В связи с отсутствием соответствующего нормативного правового регулирования данные средства отдельной строкой в отчетах СМО и актах сверки расчетов между ТФОМС и СМО не отражаются. Указанный источник доходов бюджетов территориальных фондов ОМС в законодательстве не предусмотрен.

В данной связи считаем необходимым рассмотреть вопрос о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в части нормативного регулирования целесообразности получения процентов по банковским счетам, на которые размещаются целевые средства ОМС.

**2.** Выборочный анализ представленных в ходе контрольного мероприятия договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию показал, что договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенные проверенными СМО с медицинскими организациями, не содержат приложения № 2 «Сведения о численности застрахованных лиц страховой компании», что не соответствует форме типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной приказом Минздрава России от 24 декабря 2012 года № 1355н.

**3.** В связи с особенностями формирования данных, указанных в отчете о поступлении и использовании средств ОМС за 2014 год (форма № 6-омс), выявлено несоответствие сумм средств по данным формы № 6-омс актам сверки расчетов по договорам о финансовом обеспечении ОМС субъектов Российской Федерации и справкам по движению средств по счету ОМС по субъектам Российской Федерации, что требует от Минфина России внесе-

ния изменений в форму № 6-омс в целях уточнения наименования строк формы и выделения отдельными строками средств предыдущего и последующего финансовых периодов.

**4.** В ходе проверки установлено, что ЗАО «МАКС-М» заключило договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с собственной дочерней медицинской организацией ООО «МАКСБелмед», а также с медицинской организацией МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Белгород, являющейся совладельцем указанной дочерней медицинской организации ЗАО «МАКС-М».

При этом основную часть выделенных объемов медицинской помощи для ООО «МАКСБелмед» в основном составляли посещения с профилактической целью (соотношение к обращениям по поводу заболевания 7:1). При этом для большинства государственных медицинских организаций муниципального подчинения разница в соотношении данных объемов незначительна. Таким образом, можно сделать вывод, что для ООО «МАКСБелмед» устанавливались объемы медицинской помощи, не требующие значительных трудозатрат.

Аналогичная ситуация установлена в отношении МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Белгород.

Следует отметить, что в соответствии с протоколами заседания комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Белгородской области в ее состав входит представитель ЗАО «МАКС-М».

Учитывая изложенное, можно сделать вывод, что ЗАО «МАКС-М» могло оказывать влияние на решения комиссии по разработке территориальной программы ОМС в целях выделения ООО «МАКСБелмед» и МБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Белгород, указанных выше объемов медицинской помощи.

**5.** В нарушение пунктов 2.17 договоров о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от 28 декабря 2011 года № 005 и от 31 декабря 2013 года б/н, заключенных ЗАО «МАКС-М» с ТФОМС г. Санкт-Петербурга и ТФОМС Владимирской области, осуществлялись получение целевых средств и оплата медицинской помощи в отсутствие приложений № 2 к указанным договорам, составление которых предусмотрено типовой формой договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 9 сентября 2011 года № 1030н, предусматривающих объемы

медицинской помощи, установленные по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

**6.** В ходе проверки установлены факты нарушения ТФОМС финансовой дисциплины и своих обязательств, установленных договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

**6.1.** Суммарный объем целевых средств, полученный ЗАО «МАКС-М» по дифференцированным подушевым нормативам, в 2014 году на 1240,61 млн. рублей меньше, чем объем средств, установленный в договорах о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Например, приложением № 2 к договору от 31 декабря 2013 года б/н о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между филиалом ЗАО «МАКС-М» по Псковской области и ТФОМС Псковской области предусмотрено предоставление в 2014 году целевых средств в объеме 4953,92 млн. рублей, фактически в 2014 году получено СМО 4288,11 млн. рублей, что оставляет 86,6 % от установленных объемов.

При этом причины уменьшения целевых средств до ЗАО «МАКС-М» не доведены. За соответствующими разъяснениями ЗАО «МАКС-М» в территориальные фонды ОМС не обращалось. Изменения в договоры о финансовом обеспечении не вносились. Претензии к ТФОМС ЗАО «МАКС-М» не предъявлялись.

**6.2.** Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, которые осуществляют распределение объемов медицинской помощи и утверждают тарифы на ее оплату, в течение года неоднократно изменяют стоимость тарифов на оплату медицинской помощи, что может свидетельствовать о дефектах в планировании объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения со стороны ТФОМС.

Такие изменения в течение года тарифов на оплату медицинской помощи привели к увеличению расходов на реализацию СМО территориальной программы ОМС, компенсация которых произведена за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС, что свидетельствует о дефектах со стороны ТФОМС при планировании и исполнении территориальной программы ОМС.

**6.3.** В нарушение условий договора от 30 декабря 2011 года № 32 о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования ТФОМС Саратовской области в июне 2014 года перечислены ЗАО «МАКС-М» средства на оплату медицинской помощи в объеме, превышающем рассчитанный по дифференцированным подушевым нормативам на 172,27 млн.

рублей, что свидетельствует о нарушении финансовой дисциплины ТФОМС Саратовской области.

**6.4.** ТФОМС Московской области перечислял денежные средства на обязательное медицинское страхование в ОАО «РОСНО-МС» при неверно указанных в заявках на получение средств реквизитах договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

**6.5.** ТФОМС Владимирской области формирование средств на ведение дел по ОМС проводил с нарушением действующего законодательства. Так, в нарушение части 18 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ и пункта 2.9.1 договора о финансовом обеспечении ОМС между ТФОМС Владимирской области и ЗАО «МАКС-М» от 31 декабря 2013 года б/н средства на ведение дела по ОМС рассчитывались от общего объема поступивших целевых средств в ЗАО «МАКС-М», а не от суммы средств, поступивших в СМО по дифференцированным подушевым нормативам, что привело к необоснованному перечислению в 2014 и 2015 годах ЗАО «МАКС-М» денежных средств в размере 0,22 млн. рублей.

**7.** В ходе проверки ЗАО «МАКС-М» установлено, что в нарушение пункта 121 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28 февраля 2011 года № 158н (Правила ОМС), в актах сверки расчетов между СМО и ТФОМС г. Москвы, Кировской области, Пермского края, Республики Дагестан и ряда других субъектов Российской Федерации данные по получению доходов СМО, полученных в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, а также средств от выплаты вознаграждения СМО за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи не отражены. Всего по итогам 2014 года доля указанных средств в собственных средствах СМО составила около 2 процентов.

**8.** Анализ расходов проверенных СМО свидетельствует о том, что собственные средства СМО, формируемые в течение года, позволяют в полном объеме обеспечить исполнение их расходных обязательств и получить чистую прибыль в значительном объеме.

Так, чистая прибыль ЗАО «МАКС-М» в 2014 году составила 40,5 % от доходов по операциям ОМС, или 891,16 млн. рублей, в ОАО «РОСНО-МС» - 10,6 %, или 241,76 млн. рублей.

ЗАО «МАКС-М» в 2014 году за счет прибыли, полученной в предыдущие годы, приобретены акции других организаций за 289,0 млн. рублей, а также произведена уплата дивидендов и иных аналогичных платежей по

распределению прибыли в пользу собственников (участников) в объеме 530,84 млн. рублей.

Учитывая, что 63 субъекта Российской Федерации устанавливают процент расходов на ведение дел в сфере ОМС в размере 1 % от целевых средств, перечисляемых СМО, и указанного объема средств достаточно для полноценного содержания и функционирования СМО, считаем целесообразным рассмотреть вопрос о внесении изменений в законодательство Российской Федерации в целях определения предельного размера средств, направляемых ТФОМС в адрес СМО на ведение дела в сфере ОМС, не более 1 процента.

**9.** В ходе проверки установлено, что проверенные СМО не в полной мере осуществляют переданные им ТФОМС функции страховщика.

**9.1.** В ходе проверки с выездом в пункты оформления и выдачи полисов ОМС и территориальные отделения компании ЗАО «МАКС-М» по г. Москве и Московской области установлено:

- выдача полисов ОМС осуществляется с использованием различных информационных ресурсов и форм заявлений о выдаче (замене) полисов, в связи с чем потребуется дополнительная обработка информации в целях ее унификации, кроме того, такие различия в ведении информационных ресурсов могут влиять на достоверность данных, содержащихся в едином регистре застрахованных лиц, и не исключают возможности повторного включения одного и того же застрахованного лица в регистр;

- информационная система МАКС-М не позволяет в режиме on-line осуществлять выверку данных о наличии у застрахованного лица полиса ОМС, выданного другой страховой медицинской организацией, выверка информации о застрахованном лице осуществляется территориальными и Федеральными фондами ОМС в течение 1 месяца. При этом застрахованный гражданин в течение указанного периода может использовать при обращении в медицинскую организацию временное свидетельство, что может являться основанием для отказа страховой медицинской организацией в оплате медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, в связи с включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи лицу, застрахованному другой страховой медицинской организацией (пункт 5.2.1 приложения № 8 порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного приказом ФОМС от 1 декабря 2010 года № 230);

- сроки исключения застрахованного из регистра в связи со смертью застрахованного лица составляют в среднем от 1,5 до 3 месяцев от факта смерти.

В нарушение пункта 12 Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 года № 29н, ОАО «РОСНО-МС» не в полной мере осуществляет проверку, позволяющую предотвратить появление в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц дублирующих записей.

Таким образом, в СМО отсутствуют единые подходы к методам ведения персонифицированного учета в сфере ОМС, что создает риски полноты и достоверности данных регистра застрахованных лиц. Так, у одного из инспекторов, участвующих в проверке, выявлен факт наличия двух действующих полиса ОМС, выданных ОАО «РОСНО-МС».

**9.2.** В нарушение пункта 1 порядка информационного взаимодействия при осуществлении информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи страховыми медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом ФОМС от 20 декабря 2013 года № 263, из 24 субъектов, в которых действуют филиалы ЗАО «МАКС-М», в 4 субъектах (г. Москва, Московская область, Кировская область, Республика Ингушетия) единый информационный ресурс, позволяющий всем участникам информационного взаимодействия осуществлять обмен данными в режиме on-line, ТФОМС не создан.

**9.3.** Проверяемые СМО информируют застрахованные лица о факте страхования посредством SMS-сообщений. При этом согласно части 7 статьи 16 Федерального закона № 326-ФЗ СМО помимо указанной информации обязаны в течение трех рабочих дней с момента получения сведений из ТФОМС информировать застрахованное лицо в письменной форме о необходимости получения полиса ОМС, а также представлять застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях в письменной форме. При этом Правилами ОМС носитель информации о факте страхования (бумажный или электронный) не установлен, что создает риски нарушения права застрахованного лица на получение информации в письменной форме о факте страхования.

**9.4.** В нарушение пункта 65 Правил ОМС при выдаче полиса ОМС застрахованному гражданину сотрудники ЗАО «МАКС-М» не знакомят его с

Правилами ОМС, базовой программой ОМС, территориальной программой ОМС, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, контактные телефоны территориального фонда ОМС не предоставляются.

**9.5.** В нарушение части 7 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ проверяемыми СМО в 2014-2015 годах заключены договоры на проведение экспертизы качества медицинской помощи с экспертами, не включенными в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Общая сумма санкций, примененных к медицинским организациям в результате экспертиз, проведенных экспертами, не включенными в территориальные реестры соответствующих субъектов Российской Федерации, составила 25,8 млн. рублей, сумма вознаграждения экспертам составила 2,571 млн. рублей.

**10.** В ходе контрольного мероприятия установлено, что на фоне ежегодного роста собственных средств СМО их деятельность в части соблюдения интересов застрахованных лиц, в том числе путем проведения контрольных мероприятий, осуществляется с нарушениями законодательства Российской Федерации. При этом обязательства, которые возложены на СМО, одновременно выполняют ТФОМС, которые ведут реестры медицинских организаций, застрахованных лиц и экспертов качества медицинской помощи, осуществляют все виды контроля в сфере ОМС.

В сложившихся социально-экономических условиях считаем необходимым рассмотреть вопрос о целесообразности внесения изменений в законодательство Российской Федерации в целях изменения роли страховых медицинских организаций и их финансового обеспечения, с возможностью их последующего исключения из участников ОМС.

### **Предложения**

- 1.** Направить представление генеральному директору ЗАО «МАКС-М».
- 2.** Направить представление генеральному директору ОАО «РОСНО-МС».
- 3.** Направить информационное письмо Заместителю Председателя Правительства Российской Федерации (О.Ю. Голодец).
- 4.** Направить информационные письма в Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, Центральный банк Российской Федерации.

5. Направить информационные письма в территориальные фонды обязательного медицинского страхования г. Москвы, Московской области, Владимирской области и Саратовской области.

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

7. Включить в План работы Счетной палаты Российской Федерации на 2016 год экспертно-аналитическое мероприятие «Оценка эффективности деятельности страховых медицинских организаций как участников обязательного медицинского страхования в 2014-2015 годах и истекшем периоде 2016 года».

**Аудитор Счетной палаты  
Российской Федерации**

**А.В. ФИЛИПЕНКО**