

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«25» июля 2014 г.

№ ОМ-133/12-03

ОТЧЕТ

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

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

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

1. Основание для проведения контрольного мероприятия:

План работы Счетной палаты Российской Федерации на 2014 год (пункт 2.2.3.5); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20.11.2013 № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26.11.2013 № 3.5.-23/1450, п. 9.

2. Предмет контрольного мероприятия:

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

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

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

3. Объекты контрольного мероприятия:

3.1. Высшие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав Северо-западного федерального округа (по запросам) (далее - СЗФО);

3.2. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург);

3.3. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга (г. Санкт-Петербург).

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

5. Цель контрольного мероприятия:

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

Вопросы:

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

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

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

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

Критерии оценки эффективности:

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

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

Вопросы:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Критерии оценки эффективности:

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

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

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

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

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

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

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

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

С 1 января 2012 года Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ) были изменены принципы формирования бюджета Федерального фонда ОМС и бюджетов территориальных фондов ОМС. В результате основной статьей доходов территориальных фондов ОМС являются субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС.

При этом в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов,

передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов ОМС, осуществляется финансовое обеспечение:

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

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

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

Согласно части 1 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ территориальная программа ОМС формируется в соответствии с требованиями, установленными базовой программой ОМС.

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

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

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

8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.

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

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

На 2012-2014 годы во всех субъектах СЗФО территориальные ПГГ утверждены соответствующими нормативными правовыми актами органов исполнительной власти субъектов СЗФ в срок до 1 января текущего года, кроме Республики Карелия, территориальные ПГГ которой утверждены позднее сроков, рекомендованных постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», на 2 недели (постановление Правительства Республики Карелия от 14.01.2013 № 8-П об утверждении территориальной ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов) и 1 месяц (постановление Правительства Республики Карелия от 03.02.2014 № 21-П об утверждении территориальной ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов), а также кроме Новгородской области, территориальная ПГГ которой на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов была утверждена позднее рекомендованного срока на 2,5 месяца (постановление Администрации Новгородской области от 15.03.2013 № 132).

В 2012 году федеральная и территориальные ПГГ утверждались только на один год.

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

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

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

лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

2. В нарушение пункта 9 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ Санкт-Петербурга на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов отсутствует перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. В нарушение пункта 6 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ПГГ Санкт-Петербурга на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов не содержат перечня медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной ПГГ.

4. территориальные ПГГ Архангельской, Вологодской, Ленинградской Новгородской, Калининградской и Псковской областей, республик Карелия и Коми на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи, мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует положениям пункта 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

Во всех территориальных ПГГ субъектов СЗФО на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов указанного порядка и размера возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, не содержится.

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

В 2012 году по данным Минздрава России дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ установлен в 9 субъектах СЗФО (кроме Санкт-Петербурга и Ненецкого автономного округа) и составил 18 211,3 млн. рублей (19,1% от потребности). Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в 2012 году отмечен в Архангельской области (-29,1%), Республике Карелия (-26,0%), Вологодской области (-24,2%) и Мурманской области (-24,1%).

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

Таблица 1
млн. рублей

Субъект Российской Федерации	За счет средств соответствующих бюджетов		За счет средств ОМС	
	в первоначальной редакции	в окончательной редакции	в первоначальной редакции	в окончательной редакции
2013 год				
Архангельская область	2 947,1	2 943,0	14 052,5	14 364,3
Вологодская область	1 637,2	1 637,2	9 262,2	9 262,2
Калининградская область	284,9	284,9	8 316,7	8 316,7
Ленинградская область	3 898,8	4 084,1	11 369,5	11 690,5
Новгородская область	1 568,2	1 568,2	4 102,3	4 102,3
Мурманская область	2 940,6	2 940,6	11 038,08	11 354,9
Псковская область	1 457,6	1 457,6	4 816,01	4 973,96
Республика Коми	5 366,2	5 366,2	12 065,9	12 300,6
Республика Карелия	1 643,4	1 653,9	6 857,5	6 857,5
Ненецкий автономный округ	1 406,7	1 439,1	788,0	824,6
Санкт-Петербург	25 598,3	25 598,3	43 473,8	43 473,8
ИТОГО по СЗФО	48 749,0	48 973,1	126 142,49	127 521,36
2014 год				
Архангельская область	2 934,0	2 799,9	15 387,7	15 387,7
Вологодская область	1 872,6	1 872,6	10 055,9	10 055,9
Калининградская область	274,4	274,4	8 738,6	8 738,6
Ленинградская область	4 231,7	4 231,7	13 718,7	13 718,7
Новгородская область	1 748,0	1 748,0	4 782,6	4 782,6
Мурманская область	3 015,62	3 266,8	12 281,5	12 690,4
Псковская область	1 314,3	1 314,3	5 316,15	5 316,15
Республика Коми	5 118,4	5 104,7	12 743,2	13 335,6
Республика Карелия	1 465,8	1 465,8	7 643,5	7 643,5
Ненецкий автономный округ	1 329,1	1 329,1	871,8	871,8
Санкт-Петербург	32 355,8	32 355,8	50 251,7	50 251,7
ИТОГО по СЗФО	55 659,72	55 763,1	141 791,35	142 792,65

Анализ утвержденной стоимости территориальных ПГГ субъектов СЗФО на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов показывает, что в течение 2014 года снижено финансирование территориальных ПГГ Архангельской области и Республики Коми за счет бюджетов указанных субъектов на 4,6 %, и 0,3% соответственно.

Анализ расчетной и утвержденной стоимости территориальных ПГГ субъектов СЗФО, показал, что в 2013 – 2014 годах территориальные ПГГ утверждены с дефицитом финансового обеспечения за счет средств бюджетов субъектов и средств ОМС в следующих субъектах:

Республике Карелия (в 2013 году: (-)1328,1 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта и (-)255,3 млн. рублей за счет средств ОМС; в 2014 году: (-) 2232,3 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Архангельской области (в 2013 году: (-) 2 337,2 млн. рублей и в 2014 году: (-) 4181,2 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Псковской области (в 2014 году: (-) 204,5 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Мурманской области (в 2013 году: (-) 3604,2 млн. рублей и в 2014 году: (-) 2 387,8 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Ленинградской области в 2013 году: (-) 720,2 млн. рублей и (-) 1667,1 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Республике Коми (в 2014 году (-) 409,2 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта);

Новгородской области (в 2014 году (-) 23,5 млн. рублей за счет средств бюджета субъекта).

При этом необходимо отметить, что территориальные ПГГ Вологодской области, Ненецкого автономного округа и Санкт-Петербурга на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, Калининградской области и Республики Коми на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов не содержат данных о расчетной стоимости территориальных ПГГ.

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во всех субъектах СЗФО в нарушение части 11 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ стоимость территориальных программ ОМС превышает размер бюджетных ассигнований на реализацию территориальной программы ОМС, установленный законом о бюджете территориального фонда ОМС.

Причиной указанного нарушения является включение в стоимость территориальной программы ОМС средств, указанных в бюджете территориальных фондов ОМС по строке 395 01 00 «Общегосударственные вопросы», по ЦСР 001 55 00 «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов». Это привело к завышению в территориальных ПГГ фактического размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

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

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

Однако указанные межбюджетные трансферты в 2014 году не предусмотрены в территориальных ПГГ Архангельской, Вологодской и Мурманской областей, Республик Карелия и Коми.

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

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

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

При этом необходимо учесть, что для 7 субъектов из 11 субъектов СЗФО Федеральным фондом ОМС установлены различные коэффициенты дифференциации, которые должны учитываться ими расчете нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Установленные субъектами СЗФО нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов в 2014 году, ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью в большинстве субъектов, кроме территориальной ПТГ Архангельской области. При этом в территориальной программе ПТГ Санкт-Петербурга на 2014 год норматив при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях превышает федеральный средний норматив, вместе с тем, норматив финансовых затрат ниже среднего федерального норматива (1,44 против 0,5 и 318,7 рублей и 360,4 рублей соответственно).

Установленные территориальной ПТГ Вологодской области на 2014 год нормативы медицинской помощи в связи с обращением по поводу заболевания и нормативы ее финансового обеспечения ниже федеральных средних нормативов (0,14 против 0,2 и 866,0 рублей против 1044,0 рублей соответственно). Территориальной ПТГ Санкт-Петербурга при нормативе объема медицинской помощи, превышающем федеральный средний норматив объема медицинской помощи, норматив финансового обеспечения ниже (1,03 против 0,2 и 934,0 рублей против 1044,0 соответственно).

Нормативы объема медицинской помощи и их финансового обеспечения в условиях круглосуточных стационаров ниже федеральных средних нормативов установлены территориальной ПТГ Вологодской области (0,01 против 0,021 и 47154,0 рублей против 61 732,8 рубля соответственно). Также выявлены нормативы финансовых затрат при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточных стационаров выше федеральных средних нормативов при нормативах объемов медицинской помощи ниже средних федеральных в территориальной ПТГ Республики Карелия (0,01 против 0,021 и 88987 рублей и

61 732,8 рублей соответственно). В территориальных ПГГ Санкт-Петербурга и Архангельской области нормативы объемов медицинской помощи установлены выше федеральных средних нормативов, однако норматив финансового обеспечения ниже федерального среднего норматива. Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов выявлены также в территориальных ПГГ Санкт-Петербурга и Архангельской области (45 426 рублей и 41 502 рубля соответственно).

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

Следует отметить, что в приложениях «Утвержденная стоимость программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по условиям ее оказания в 2014 году» к территориальным ПГГ Новгородской и Псковской областей, Республики Коми, стоимость одного случая госпитализации за счет средств субъекта указана в текстовых частях территориальных ПГГ данных субъектов.

Необходимо обратить внимание на то, что в большинстве субъектов СЗФО в территориальных ПГГ нормативы объемов паллиативной медицинской помощи и нормативы их финансового обеспечения установлены ниже федеральных средних нормативов. При этом, территориальной ПГГ Мурманской области на 2014 год установлены объемы нормативов паллиативной медицинской помощи за счет средств ОМС.

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

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

В соответствии с частью 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ для разработки проекта территориальной программы ОМС в субъекте Российской Федерации создается комиссия по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия), в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории субъекта Российской Федерации, на паритетных началах.

В соответствии с приложением № 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России

от 28.02.2011 г. № 158н, комиссия по разработке территориальной программы ОМС, кроме разработки проекта территориальной программы ОМС, также:

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

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

Комиссии созданы и функционируют во всех субъектах СЗФО.

В 2013 году единых рекомендаций по формированию тарифных соглашений не было. Как следствие, тарифные соглашения субъектов СЗФО индивидуальны и значительно различаются по своей структуре. Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ статья 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ была дополнена положениями, наделяющими Федеральный фонд ОМС полномочиями по установлению требований к структуре и содержанию тарифных соглашений. Однако на момент окончания контрольного мероприятия указанный нормативный правовой акт Федеральным фондом ОМС не издан.

Анализ представленных данных по применяемым при реализации территориальных программ ОМС субъектов СЗФО способам оплаты медицинской помощи показал, что:

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

при оплате скорой медицинской помощи используется подушевой норматив финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, за исключением Калининградской и Псковской областей, где применяются два варианта: за вызов скорой медицинской помощи и по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. А в Республике Карелия в 2014 году предусмотрен поэтапный переход с оплаты за каждый вызов скорой медицинской помощи на оплату по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

при оказании медицинской помощи в стационарных условиях оплата производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистические группы заболеваний, за исключением Ленинградской области, где применяется оплата медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу;

при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров оплата производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистические группы заболеваний, за исключением Псковской области, где предусмотрена оплата по нормативу финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний.

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

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

Экспертизу качества медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 40 Федерального закона от 26.11.2010 № 326-ФЗ осуществляют эксперты качества медицинской помощи, прошедшие подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. В то же время требования к учебным программам, а также сами учебные программы по подготовке экспертов качества медицинской помощи отсутствуют. Порядок подготовки экспертов качества медицинской помощи Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не установлен. Таким образом, квалификация экспертов, осуществляющих контроль предоставления медицинской помощи, не ясна.

Территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов, включенных в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

При этом документы, регулирующие выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений, на федеральном и региональном уровнях не утверждены. Как показали результаты контрольного мероприятия, 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.

8.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам, проживающим на территории Северо-Западного федерального округа медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

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

Расходование в 2012-2013 годах средств, выделенных на реализацию территориальных ПГГ, в соответствии с данными формы федерального

статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62) приведено в таблице 2.

Таблица 2

Субъекты Российской Федерации	2012				2013				
	Средства ТПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства ТПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТПГГ	% освоения
Республика Карелия	6234,8	101,7	3842,3	102,8	8091,6	96,3	6351,1	80,3	94,1
Республика Коми	12037,4	92,6	8351,3	89,2	15449,3	89,4	10801,8	70,1	89,2
Ненецкий автономный округ	1810,2	94,7	553,6	95,5	2093,2	95,1	730,1	34,6	95,9
Архангельская область	11260,8	95,7	7206,8	94,8	15628,5	91,2	12734,1	81,5	90,6
Вологодская область	8047,0	95,7	5195,7	94,4	10093,7	98,0	8592,5	85,1	94,2
Калининградская область	6091,6	86,6	5848,8	86,4	7805,6	95,2	7533,7	96,5	95,2
Ленинградская область	12939,5	100,9	9240,9	102,6	15662,5	100,6	11807,2	94,6	102,9
Мурманская область	9901,0	93,4	6238,4	92,2	12689,5	90,0	9805,2	79,1	87,9
Новгородская область	4597,3	100,6	2491,0	102,3	5465,5	99,7	3931,5	71,4	100,5
Псковская область	4804,5	99,3	2450,7	98,8	6008,9	95,1	4558,2	76,9	93,6
Санкт-Петербург	54179,1	95,7	27956,7	95,1	69669,7	102,4	42193,8	62,3	99,3
ИТОГО по СЗФО	121903,2	96,0	79376,2	95,8	154558,0	95,7	119039,2	77,0	95,3

Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 21,1% или 32,65 млрд. рублей. При этом значительный прирост расходов обеспечен ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС – на 66,7%.

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении средств территориальных ПГГ в целом по СЗФО в 2012 и 2013 годах – 96,0% и 95,7% соответственно.

При этом из 11 субъектов, входящих в СЗФО, в 2012 году не полностью освоили средства территориальных ПГГ 8 субъектов, в 2013 году – 9 субъектов.

В 2012 году в Республике Карелия, Ленинградской и Новгородской областях, а в 2013 году в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальных ПГГ не производилась. В результате процент исполнения территориальных ПГГ превысил 100 %.

Анализ структуры расходов в 2013 году показал, что наибольший объем средств территориальных ПГГ направляется на оплату труда работников

медицинских организаций. На втором месте – поступление нефинансовых активов, где наибольший процент расходов приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

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

По данным органов исполнительной власти субъектов СЗФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла 1 196,6 млн. рублей, как за счет средств субъектов, так и средств ОМС. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Республике Коми (330,0 млн. рублей), Вологодской области (202,2 млн. рублей), Мурманской области (253,9 млн. рублей), Новгородской области (330,0 млн. рублей) и Калининградской области (133,7 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Вместе с тем в Новгородской и Вологодской областях, а также Республике Коми выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 156,5, 105,4 и 281,0 млн. рублей соответственно.

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

Проанализированы фактически выполненные объемы медицинской помощи в 2012-2013 годах. По 2012 году использованы официально опубликованные данные в официальном издании Росстата «Здравоохранение в России» (2013 год). По 2013 году использованы официально представленные Минздравом России данные формы № 62 в пересчете на среднегодовое население по информации Росстата.

Сравнение выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом свидетельствует о сокращении вызовов скорой медицинской помощи во всех субъектах, входящих в СЗФО, кроме Архангельской области, в которой данный показатель несколько увеличился (0,368 и 0,366 соответственно). В итоге объем вызовов скорой медицинской помощи в СЗФО в расчете на 1 жителя по итогам 2013 года составил 0,0331 (норматив 0,318), что на 3,5% меньше, чем в 2012 году. В то же время объемы неотложной медицинской помощи составили всего 0,221 посещения на 1 застрахованного в год, что на 38,6% ниже федерального норматива.

Объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, превышает соответствующие средние нормативы, установленные федеральной ПГГ, как по количеству посещений с профилактической и иными целями, так и по количеству обращений в связи с заболеваниями. В целом фактический объем медицинской помощи в амбулаторных условиях составил: 3,244 посещения на 1 жителя (при нормативе 2,44) и 2,08 обращения на 1 жителя (при нормативе 2,1). Превышение отмечено в основном для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Объем медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (с учетом паллиативной медицинской помощи), увеличился с 2,434 койко-дня на 1 жителя в 2012 году до 2,467 койко-дня на 1 жителя в 2013 году, что на 6,4 % ниже соответствующего среднего норматива, установленного федеральной ПГГ (2,635). Следует отметить, что фактический объем медицинской помощи в стационарных условиях (без учета паллиативной медицинской помощи), оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов СЗФО, составляет 0,579 койко-дня на 1 жителя, что на 29,2 % ниже федерального среднего норматива (0,818), при этом объем медицинской помощи, оказанной за счет средств обязательного медицинского страхования (1,85 койко-дня на 1 застрахованное лицо в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), превышает соответствующий федеральный средний норматив на 6,3% (1,74).

Объем медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, увеличился с 0,649 пациенто-дня на 1 жителя в 2012 году до 0,674 пациенто-дня на 1 жителя в 2013 году, что на 7,0% выше федерального среднего норматива, установленного ПГГ (0,63).

Таким образом, в 2013 году отмечена несбалансированность объемов оказанной медицинской помощи при увеличивающейся потребности населения в специализированной медицинской помощи, недостаточном развитии неотложной медицинской помощи и сохраняющихся высокими объемах вызовов скорой медицинской помощи.

При этом по данным раздела VI формы № 62 в 2013 году по сравнению с 2012 годом во всех субъектах СЗФО выросли объемы платных медицинских услуг с 14 161,4 млн. рублей до 15 962,3 млн. рублей или на 12,7%. В г. Санкт-Петербурге объемы медицинской помощи, оказанной на платной основе, в 2013 году по сравнению с 2012 годом выросли с 6 332,2 млн. рублей до 7 436,7 млн. рублей или на 17,4%. Число посещений, выполненных на платной основе, выросло с 2 343,9 тыс. до 3 042,9 тыс. посещений или на 29,8 %.

Также проведен анализ фактически сложившейся стоимости единицы объема медицинской помощи в 2012-2013 годах, который показал, что имеются различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи в субъектах СЗФО, не имеющих установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется от 1 569,4 рублей в Калининградской области до 2 146,9 рублей в Ленинградской области, стоимость койко-дня колеблется от 1 704,4 рублей в Новгородской области до 2 068,0 рублей в Ленинградской области, что свидетельствует о неравных условиях в формировании и финансовом исполнении территориальных ПГГ.

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

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

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

В субъектах СЗФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов и с коэффициентом дифференциации 1,0 имеются значительные различия в стоимости посещений к врачу. Например, стоимость посещения к врачу-кардиологу в Ленинградской области составляет 810,24 рублей, в Псковской области – 285,00 рублей, в Новгородской области – 761,7, к врачу эндокринологу (взрослые) в Ленинградской области составляет – 896,04 рублей, в Псковской области – 427,00 рублей, в Новгородской области – 1380,42.

Выборочный анализ стоимости проведения гемодиализа в субъектах СЗФО выявил, что стоимость 1 сеанса в Ленинградской области составляет 5 283,91 рублей, в Псковской области – 3630,00 рублей, в Новгородской области – 4 844,37 рублей.

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

Однако существуют различия в стоимости проведения диспансеризации в ряде субъектов СЗФО. Например, диспансеризация женщин в возрасте 21 и 36 лет в 2014 году в Калининградской области составляет – 627,65 рубля; в Новгородской области – 1359,18 рублей, мужчин в возрасте 42 лет в Калининградской области составляет – 586,00 рубля; в Новгородской области – 1 078,76 рубля.

Тарифная политика в системе ОМС регулируется статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Однако проведенный анализ свидетельствует о различных подходах к формированию и расчету тарифов на оплату медицинской помощи.

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

Анализ представленных органами исполнительной власти субъектов СЗФО данных свидетельствует о ежегодном росте численности медицинских организаций, участвующих в территориальных ПТГ, а также в территориальных программах ОМС. При этом численность государственных (муниципальных) медицинских организаций ежегодно снижается в связи с проводимыми регионами мероприятиями по реструктуризации сети.

Наряду с реструктуризацией медицинских организаций в субъектах СЗФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций в 2013 году на 2,4% с 113 484 коек до 110 762 коек. Обеспеченность койками сократилась с 82,7 до 80,7 на 10 тыс. населения. Наибольшее сокращение коек отмечено в Псковской области на 9,9 % с 90,7 до 82,0 на 10 тыс. населения и Новгородской области на 8,8% с 94,5 до 86,2 на 10 тыс. населения.

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

В ходе контрольного мероприятия в Санкт-Петербурге выявлено, что для ряда федеральных медицинских организаций объемы медицинской помощи были установлены намного ниже запрошенных значений. Например, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации запросил у территориального фонда ОМС г. Санкт-Петербурга 134 491 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, 12 920 случаев госпитализации и 263 случая лечения в рамках ВМП. Подтверждено было только 74 000 обращений (55,0% от запрошенного), 8 646 случаев госпитализации (66,9% от запрошенного) и 120 случаев лечения в рамках ВМП (45,6% от запрошенного).

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

Несмотря на снижение в 2013 году смертности населения, в Архангельской, Вологодской, Калининградской, Ленинградской и Новгородской областях не

достигнуты планируемые показатели ее снижения, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р. По младенческой смертности не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Архангельской, Вологодской, Новгородской областях и Ненецком автономном округе.

По смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Республиках Карелия и Коми, Калининградской, Ленинградской и Вологодской областях, по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах СЗФО, кроме Вологодской области.

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

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

Так, в ходе контрольного мероприятия в Санкт-Петербурге установлено, что в 2013 году зарегистрировано 1747 обращений жителей на «горячую линию» Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, которые преимущественно связаны с длительными сроками ожидания диагностических исследований, а также доступностью записи на прием к врачам специалистам.

Анализ достигнутых демографических показателей и результатов деятельности медицинских организаций за 2013 год свидетельствует о проблемах в течение 2013 года в организации деятельности медицинских организаций и обеспечении доступности бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС.

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

В целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах СЗФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Калининградской области ниже, чем за 2013 год в целом. Во всех субъектах СЗФО уровень заработной платы врачей выше уровня средней заработной платы по субъекту.

По итогам первого квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Ненецком автономном округе (102 725 рублей), в котором районный коэффициент к заработной плате с особыми климатическими условиями является самым высоким среди всех субъектов СЗФО (2,3). Самый низкий уровень заработной платы зарегистрирован в Псковской области (33 062 рублей). В 1 квартале 2014 года во всех субъектах СЗФО уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций субъекта превышает уровень заработной платы федеральных медицинских организаций, например в Калининградской области в 1,5 раза (41 352 рубля и 26 438 рублей соответственно), в Республике Карелия на 12,0 % (45 823 рубля и 40 904 рубля соответственно).

По данным Росстата в целом по СЗФО по итогам 1 квартала 2014 г. самый высокий уровень заработной платы врачей зарегистрирован в медицинских организациях муниципальной формы собственности (56 273 рубля). Вместе с тем, в ряде субъектов СЗФО уровень заработной платы врачей муниципальных медицинских организаций в несколько раз ниже уровня зарплаты в целом по СЗФО, а также медицинских организаций других форм собственности, например, в Псковской области (8 544 рубля), Вологодской области (14 833 рубля), Республике Карелия (15 689 рублей) и Калининградской области (16 040 рублей).

Это стало следствием выявленного «скрытого» дефицита средств территориальных ППГ в субъектах СЗФО.

Уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала в целом по СЗФО в соответствии с данными Росстата свидетельствует о росте средней заработной платы среднего медицинского персонала по сравнению с первым кварталом 2013 года на 16,1%, однако ее уровень ниже средней заработной платы по субъекту (28 203 рубля и 33 001 рубль соответственно). Аналогичная ситуация отмечается по всем субъектам СЗФО, кроме Ненецкого автономного округа.

При этом следует обратить внимание на то, что по итогам 1 квартала 2014 года уровень заработной платы среднего медицинского персонала муниципальных медицинских организаций в Псковской области выше уровня заработной платы врачей указанных медицинских организаций (11 686 рублей и 8 544 рубля соответственно), а в Республике Карелия приблизительно одинаков ((15 689 рублей и 16 688 рублей соответственно). Это ставит под сомнение достоверность предоставляемых данных субъектами Российской Федерации.

В ходе контрольных мероприятий проведен анализ уровня средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями Санкт-Петербурга, который выявил ряд различий.

Так, например, в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107» среднемесячная начисленная заработная плата врачей в 2013 году составила 62 968,9 рубля, в СПб ГАУЗ «Городская поликлиника № 40» - 23 228 рублей, различия составляют 2,9 раза.

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

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

Основными документами, на основе которых осуществляется мониторинг и учет формирования и реализации территориальных ППГ, являются установленные Росстатом формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения, основной из которых является форма № 62.

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

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

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

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

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

Всего за 2013 год было наложено на медицинские организации штрафных санкций в объеме свыше 5 432,0 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО свыше 761 млн. рублей (14%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил около 1 280,0 млн. рублей.

Считаем целесообразным обратить внимание, что наряду с применением штрафных санкций, также большой объем целевых средств ОМС не направляется медицинским организациям в связи с их удержанием и отказами СМО в оплате медицинской помощи. Всего по СЗФО медицинские организации не получили 2 489,67 млн. рублей средств ОМС.

По данным субъектов СЗФО основными причинами отказов являются нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (32,8%) наряду с ошибками при

заполнении реестров счетов (40,1%) и дефектами оформления первичной медицинской документации (22,8%). Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. Поэтому обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Средняя заработная плата экспертов СМО колеблется от 11,0 тыс. рублей (Республика Карелия) до 53,8 тыс. рублей (Мурманская область). Однако, учитывая объем собственных средств СМО и численность работающих специалистов, представленные значения по средней заработной плате экспертов СМО по ряду субъектов СЗФО вызывают сомнения.

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

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

10. Выводы:

10.1. На 2012-2014 годы территориальные ПГГ субъектов СЗФО утверждены соответствующими нормативными правовыми актами органами исполнительной субъектов СЗФО до 1 января текущего года, на который утверждаются программы, кроме Республики Карелия, и Новгородской области, где территориальные ПГГ утверждены позднее сроков, рекомендованных постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», на 1 месяц и на 2,5 месяца соответственно.

10.2. Анализ территориальных ПГГ выявил ряд нарушений положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

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

10.2.2. В нарушение пункта 9 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ Санкт-Петербурга на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов отсутствует перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

10.2.3. В нарушение пункта 6 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ПГГ Санкт-Петербурга на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов не содержат перечня медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной ПГГ.

10.2.4. Территориальные ПГГ Архангельской, Вологодской, Ленинградской Новгородской, Калининградской и Псковской областей, республик Карелия и Коми на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов, а также на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи, мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

10.3. Анализ расчетной и утвержденной стоимости территориальных ПГГ субъектов СЗФО показал, что в 2013 – 2014 годах территориальные ПГГ утверждены с дефицитом финансового обеспечения за счет средств бюджетов субъектов и/или средств ОМС в Республике Карелия, Архангельской области, Псковской области, Мурманской области, Ленинградской области, Республике Коми, Новгородской области.

Таким образом, указанными субъектами СЗФО не обеспечено достаточное финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ПГГ.

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

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

10.5. В территориальных ПГГ Архангельской, Вологодской, Мурманской областей, республик Карелия и Коми в целях их финансового обеспечения не предусмотрены межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

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

10.6.1. Установленные территориальными ПГГ субъектов СЗФО на 2014 год нормативы объема медицинской помощи с профилактической целью, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью в большинстве субъектов, кроме территориальной ПГГ Архангельской области. При этом в территориальной программе ПГГ Санкт-Петербурга на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов указанный норматив превышает установленные федеральной ПГГ значения, вместе с тем, норматив финансовых затрат на единицу объема указанной помощи ниже среднего федерального норматива (1,44 против 0,5 и 318,7 рублей против 360,4 рублей соответственно).

10.6.2. Территориальной ПГГ Вологодской области нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях и ее финансового обеспечения ниже средних нормативов, установленных федеральной ПГГ (0,01 против 0,021 и 47 154,0 рублей против 61 732,8 рубля соответственно). Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов выявлены также по территориальным ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов Санкт-Петербурга и Архангельской области (45 426 рублей и 41 502 рубля соответственно).

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

10.6.3. При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на утвержденные соответствующие нормативы финансовых затрат за счет средств ОМС, во всех территориальных ПГГ субъектов СЗФО общий объем средств на финансовое обеспечение применения вспомогательных репродуктивных технологий не указан. Это, в том числе стало следствием, того, что рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных ПГГ указанных положений не содержат.

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

10.7.1. Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПТГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 21,1% или 32,65 млрд. рублей. При этом значительный прирост расходов обеспечен ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС – на 66,7%.

10.7.2. Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении средств территориальных ПТГ в целом по СЗФО в 2012 и 2013 годах – 96,0% и 95,7% соответственно. При этом из 11 субъектов, входящих в СЗФО, в 2012 году не полностью освоили средства территориальных ПТГ 8 субъектов, в 2013 году – 9 субъектов.

В 2012 году в Республике Карелия, Ленинградской и Новгородской областях, а в 2013 году в г. Санкт-Петербурге и Ленинградской области, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальной ПТГ не производилась. В результате процент исполнения территориальной ПТГ превысил 100 %.

10.7.3. В расходах субъектов СЗФО на территориальные ПТГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (от 70,1 % в Республике Коми до 96,5 % в Калининградской области).

10.7.4. Выявлены различия в фактической стоимости в 2013 году единицы объема медицинской помощи по субъектам СЗФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется до 2146,9 рублей в Ленинградской области, стоимость койко-дня колеблется от 1704,4 рублей в Новгородской области до 2068,0 рублей в Ленинградской области, что свидетельствует о неравных условиях в формировании и финансовом исполнении территориальных ПТГ.

10.7.5. Наибольший объем средств территориальных ПТГ в 2013 году направлялся на оплату труда работников медицинских организаций. На втором месте – поступление нефинансовых активов, где наибольший процент средств приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

10.7.6. По данным органов исполнительной власти субъектов СЗФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла за счет средств бюджетов субъектов и средств ОМС 1 196,6 млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Республике Коми (330,0 млн. рублей), Вологодской области (202,2 млн. рублей), Мурманской области (253,9 млн. рублей), Новгородской области (330,0 млн. рублей) и Калининградской области (133,7 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Вместе с тем в Новгородской и Вологодской областях, а также Республике Коми выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 156,5, 105,4 и 281,0 млн. рублей соответственно.

10.8. Анализ тарифных соглашений и фактической стоимости тарифов на оплату медицинской помощи показал следующее.

10.8.1. Во всех субъектах СЗФО структура и содержание тарифных соглашений различна. При этом требования к структуре и содержанию тарифных соглашений Федеральным фондом ОМС, являющимся уполномоченным органом по их установлению, не утверждены.

10.8.2. Выявлены различия в стоимости проведения диспансеризации в ряде субъектов СЗФО. Например, диспансеризация женщин в возрасте 21 и 36 лет в 2014 году в Калининградской области составляет – 627,65 рубля; в Новгородской области – 1359,18 рублей, мужчин в возрасте 42 лет в Калининградской области составляет – 586,00 рубля; в Новгородской области – 1 078,76 рубля.

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

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

сокращение вызовов скорой медицинской помощи во всех субъектах СЗФО, за исключением Архангельской области, при этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения во всех субъектах СЗФО (объем вызовов скорой медицинской помощи в СЗФО в расчете на 1 жителя по итогам 2013 года составил 0,0331 (норматив 0,318);

объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, превышает соответствующие средние нормативы, установленные Правительством Российской Федерации, как по количеству посещений с профилактической и иными целями, так и по количеству обращений в связи с заболеваниями. В целом фактический объем медицинской помощи в амбулаторных условиях составил: 3,244 посещения на 1 жителя (при нормативе 2,44) и 2,08 обращения на 1 жителя (при нормативе 2,1). Превышение отмечено в основном для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации;

объем медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (с учетом паллиативной медицинской помощи), увеличился с 2,434 койко-дня на 1 жителя в 2012 году до 2,467 койко-дня на 1 жителя в 2013 году, что на 6,4 % ниже соответствующего федерального среднего норматива (2,635). Следует отметить, что фактический объем медицинской помощи в стационарных условиях (без учета паллиативной медицинской помощи), оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов СЗФО, составляет 0,579 койко-дня на 1 жителя, что на 29,2 % ниже федерального среднего норматива (0,818), при этом объем медицинской помощи, оказанной за счет средств обязательного медицинского страхования (1,85 койко-дня на 1 застрахованное лицо в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования), превышает соответствующий федеральный средний норматив на 6,3% (1,74);

объем медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, увеличился с 0,649 пациенто-дня на 1 жителя в 2012 году до 0,674 пациенто-дня на

1 жителя в 2013 году, что на 7,0% выше среднего норматива, установленного федеральной ПГГ (0,63);

несмотря на снижение в 2013 году смертности населения в Архангельской, Вологодской, Калининградской, Ленинградской и Новгородской областях не достигнуты планируемые показатели ее снижения, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р. По младенческой смертности не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Архангельской, Вологодской и Новгородской областях и Ненецком автономном округе, по смертности населения от болезней кровообращения - в Республиках Карелия и Коми, Калининградской, Ленинградской и Вологодской областях. По смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах СЗФО, кроме Вологодской области. Наиболее низкий уровень достижения установленных целевых показателей отмечается в Ненецком автономном округе и Республике Карелия.

10.10. В 2013 году по сравнению с 2012 годом во всех субъектах СЗФО выросли объемы платных медицинских услуг с 14 161,4 млн. рублей до 15 962,3 млн. рублей или на 12,7%. В г. Санкт-Петербурге объемы медицинской помощи, оказанной на платной основе, в 2013 году по сравнению с 2012 годом выросли с 6 332,2 млн. рублей до 7 436,7 млн. рублей или на 17,4%. Число посещений, выполненных на платной основе, выросло с 2 343,9 тыс. до 3 042,9 тыс. посещений или на 29,8 %. Анализ фактически выполненных объемов медицинской помощи в сравнении с утвержденными значениями и данными 2012 года свидетельствует об ограничении доступности и качества медицинской помощи в связи с сокращением числа медицинских организаций, коечного фонда и снижением численности медицинского персонала на фоне сохраняющейся высокой востребованности медицинской помощи населением.

10.11. Анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПГГ, по итогам 1 квартала 2014 года показал следующее.

10.11.1. В целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах СЗФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Калининградской области ниже, чем за 2013 год в целом. Во всех субъектах СЗФО уровень заработной платы врачей выше уровня средней заработной платы по субъекту.

10.11.2. По итогам первого квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Ненецком автономном округе (102 725 рублей), в котором районный коэффициент к заработной плате с особыми климатическими условиями является самым высоким среди всех субъектов СЗФО (2,3). Самый низкий уровень заработной платы зарегистрирован в Псковской области (33 062 рублей). В 1 квартале 2014 года во всех субъектах СЗФО уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций субъекта превышает уровень заработной платы врачей федеральных медицинских организаций.

10.11.3. В ряде субъектов СЗФО уровень заработной платы врачей муниципальных медицинских организаций в несколько раз ниже уровня зарплаты в целом по СЗФО, а также медицинских организаций других форм собственности, например, в Псковской области (8 544 рубля), Вологодской области (14 833 рубля), Республике Карелия (15 689 рублей) и Калининградской области (16 040 рублей), что является следствием выявленного «скрытого» дефицита средств территориальных ПГГ в субъектах СЗФО.

10.11.4. Выявлены значительные различия уровней средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями, расположенными в субъектах СЗФО. Так, например, в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 107» среднемесячная начисленная заработная плата врачей в 2013 году составила 62 968,9 рубля, в СПб ГАУЗ «Городская поликлиника № 40» - 23 228 рублей, различия составляют 2,9 раза.

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

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

10.12.1. В ходе проверки при анализе реестров экспертов качества медицинской помощи установлено, что ряд медицинских специальностей в реестрах представлены единственным экспертом. Например, в Санкт-Петербурге такой специальностью является «клиническая фармакология». Таким образом, в тех медицинских организациях, где работает эксперт качества, являющийся единственным представителем медицинской специальности, экспертиза качества медицинской помощи по данной специальности проведена быть не может. Кроме того, в списке экспертов качества в Санкт-Петербурге отсутствуют специалисты: «рентгенолог», «лечебная физкультура и спортивная медицина», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «бактериология», «детская кардиология», что делает невозможным осуществление экспертизы качества медицинской помощи по данным специальностям.

10.12.2. Представленные данные по деятельности СМО показали, что всего за 2013 год указанными организациями были наложены на медицинские организации штрафные санкции в объеме 5 432,0 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО более 761 млн. рублей (14 %). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил около 1 280,0 млн. рублей. Всего по СЗФО медицинские организации не получили 2 489,67 млн. рублей средств ОМС.

По данным субъектов СЗФО основными причинами отказов СМО являются нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (32,4%) наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (40,2%) и дефектами оформления первичной медицинской документации (22,9%). Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а

стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В связи с этим обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

10.12.3. Средняя заработная плата экспертов СМО колеблется от 11,0 тыс. рублей (Республика Карелия) до 53,8 тыс. рублей (Мурманская область). Однако, учитывая объем собственных средств СМО и численность работающих специалистов, представленные значения по средней заработной плате экспертов СМО по ряду субъектов СЗФО вызывают сомнения.

11. Предложения (рекомендации):

11.1. Направить представление губернатору г. Санкт-Петербурга.

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

11.3. Направить обращение в Генеральную прокуратуру Российской Федерации.

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

Приложения:

1. Перечень законов и иных нормативных правовых актов, исполнение которых проверено в ходе контрольного мероприятия на 3 л. в 1 экз.

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

3. Карта итогов контрольного мероприятия на 5 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко