

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

№ 15» *шом* 2014 г.

№ ОМ-135/12-03

ОТЧЕТ

О РЕЗУЛЬТАТАХ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ

«Аудит формирования и финансового обеспечения в 2013 – 2014 годах и реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в состав Сибирского 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 2.2.3.10); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26 ноября 2013 г. № 3.5.-23/1450, п. 9.

2. Предмет контрольного мероприятия:

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

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

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

3. Объекты контрольного мероприятия:

3.1. Высшие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав Сибирского федерального округа (по запросам);

3.2. Департамент здравоохранения Томской области (г. Томск);

3.3. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Томской области (г. Томск).

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, проживающим на территории Сибирского федерального округа (далее – СФО), 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 СФО 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 СФО 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 СФО 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).

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 СФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав СФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в СФО, 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 СФО 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 СФО 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 СФО 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 ПТГ) и территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) субъектов СФО в сравнении с аналогичными показателями 2012 года.

Формирование территориальной ПТГ 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 ПТГ) органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные ПТГ, включающие в себя территориальные программы ОМС, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Финансовое обеспечение территориальных ПТГ 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 2011 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 ППГ и производит оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ ОМС, предусмотренными частью 5 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

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

Территориальная программа ОМС в рамках реализации базовой программы ОМС определяет на территории субъекта Российской Федерации способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, содержит реестр

медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи.

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

8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.

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

На 2012-2014 годы все территориальные ПГГ субъектов СФО утверждены соответствующими нормативными правовыми актами субъектов СФО до 1 января текущего года, на который утверждаются программы.

По представленным в ходе контрольного мероприятия данным субъектов СФО 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 требований статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ и иные недостатки.

1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальными ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов Томской и Кемеровской областей, Алтайского края, Республики Алтай, Республики Тыва не установлен Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

2. В нарушение пункта 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ на 2014 год Республики Алтай, Иркутской, Кемеровской, Томской областей и Красноярского края не установлены порядок и размер возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

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.

3. При анализе территориальной ПГГ Республики Хакассия на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов выявлено, что установление времени ожидания плановых диагностических исследований, включая сложные и дорогостоящие, делегировано определять должностным лицам медицинской организации по формуле «вправе», без указания конкретных сроков ожидания, что является коррупциогенным фактором определенным подпунктом б) пункта 3 Методики проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.02.2010 №96.

4. В нарушение части 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальную ПГГ Республики Тыва на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов внесено медицинское изделие, не зарегистрированное в установленном порядке на территории Российской Федерации (катетер – «толкач»). Аналогичные нарушения отмечены в территориальных ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов: Чукотского автономного округа (медицинские изделия «космопоры», «напалечники»); Красноярского края (лекарственные препараты «анестезин», «альфакаин», «биосед»).

5. В нарушение части 2 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ постановлением Правительства Иркутской области от 25.12.2013 № 613-пш «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» Министерству здравоохранения Иркутской области делегировано право утверждать Порядки организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи не по территориально-участковому принципу.

6. В большинстве субъектов СФО размер утвержденных подушевых нормативов, формирующихся за счет средств бюджета субъектов, ниже установленных федеральных значений, что свидетельствует о дефиците средств бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в 2013-2014 годах на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС.

Утвержденная стоимость территориальных ПГГ субъектов СФО 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				
Республика Алтай	457,67	446,69	2 290,89	2356,55
Республика Бурятия	2 415,7	2 415,70	9 016,90	9 016,90
Республика Тыва	1 146,07	1 146,07	3 535,55	3 905,21
Республика Хакасия	792,0	941,71	4855,1	5 642,23
Алтайский край	3 909,3	4 027,90	1 6123,3	16 768,30
Забайкальский край	1 846,6	1 846,60	9 554,72	9 554,72
Красноярский край	6 551,5	6 945,10	31051,2	33 528,50
Иркутская область	6 060,0	6 676,80	22 778,8	24 276,20
Кемеровская область	7 614,6	6825,3	20 480,2	21436,7
Новосибирская область	6 872,65	6 872,65	20 183,06	21 348,90
Омская область	4 539,7	4 539,7	16 360,76	17 362,40
Томская область	2 840,6	3 755,00	9 447,6	10 258,60
ИТОГО ПО СФО	45 046,39	46 439,22	156 230,48	165 196,61
2014 год				
Республика Алтай	306,4	306,4	2 603,5	2 603,5
Республика Бурятия	2 699,4	2 699,4	10 137,9	10 137,9
Республика Тыва	1 146,07	1 146,07	3 905,24	3 905,24
Республика Хакасия	1 401,8	1 401,81	5 799,1	6 031,7
Алтайский край	4 996,2	5 032,7	19 084,2	19 084,2
Забайкальский край	1 758,9	1 758,9	11 717,2	11 717,2
Красноярский край	4 191,4	4 191,4	40 510,2	40 510,2
Иркутская область	7 619,7	7 619,7	26 690,2	26 690,2
Кемеровская область	6 570,0	6 570,0	24 131,4	24 360,3
Новосибирская область	7 049,17	7 049,17	23 569,3	23 569,3
Омская область	4 338,4	4 338,4	16 518,3	17 618,3
Томская область	3 102,8	3 102,8	11 420,7	11 420,7
ИТОГО ПО СФО	45 180,24	45 216,35	196 087,24	197 648,3

Таким образом, все территориальные ПГГ субъектов, расположенных на территории СФО, приняты в 2013-2014 годах с дефицитом средств консолидированных бюджетов. Исключение составляет лишь Забайкальский край. Средний дефицит территориальных программ составляет 12,15%.

Наибольший дефицит территориальной программы отмечается в Иркутской области 15,3% от расчётной стоимости, в Алтайском крае – 14,81%, в Республике Алтай – 14,34%, в Томской области – 14,28%. В 2014 году отмечен дефицит территориальных ПГГ Республики Алтай на 14,34%, Республики Тыва на 9,06%, Кемеровской области на 13,01%, Томской области – 14,28%.

За период 2013-2014 годов наблюдается нарастание дефицита территориальных ПГГ Республики Алтай, Алтайского края, Кемеровской области за счет средств соответствующих бюджетов субъектов Российской Федерации.

Учитывая изложенное, республиками Алтай, Тыва, Алтайским краем, Кемеровской и Томской областями не обеспечено достаточное финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ПГГ.

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во всех субъектах СФО 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».

Это привело к завышению в территориальных ПТГ фактического размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

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

В соответствии с пунктом 2 части 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 полного тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 указанного Федерального закона. Однако данные межбюджетные трансферты на покрытие полного тарифа предусмотрены только в территориальных ПТГ Республики Алтай, Алтайского края, Красноярского края, Кемеровской и Новосибирской областей.

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

С 1 января 2013 г. принцип формирования нормативов объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу ее оказания был изменен. Поэтому в ходе контрольных мероприятий проведен сравнительный анализ утвержденных на 2013 и 2014 годы нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат по субъектам СФО 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 ПГТ.

В 2013 году в Забайкальском крае норматив финансового обеспечения на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях за счет средств консолидированного бюджета края установлен ниже федеральных (220,6 руб. при нормативе 271,0 руб.). Аналогичная ситуация отмечена в 2014 году. Так, при федеральном нормативе 360,0 руб., в Республике Алтай указанный показатель составляет 81,0 руб., в Забайкальском крае - 220,8 руб., в Кемеровской области 287,7 руб. В Красноярском крае данный норматив финансового обеспечения за счет средств бюджета края на 2014 год не устанавливался.

Также заниженные нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов СФО, установлены на 2013 год во всех субъектах СФО за исключением Республики Бурятия, Республики Тыва, Алтайского и Забайкальского краёв, Кемеровской области. В территориальной ПГТ Красноярского края на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов нормативы объема обращений по поводу заболевания и нормативы их финансирования за счёт средств соответствующих бюджетов установлены не были, что противоречит рекомендациям, изложенным в письме Минздрава России от 08.11.2013 № 11-9/10/2-8309.

Нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме соответствуют средним федеральным нормативам во всех субъектах СФО, за исключением в 2013 году Республики Тыва, Республики Хакасия, Забайкальского края, в 2014 году Алтайского края, где указанные нормативы объема установлены ниже федеральных значений, что свидетельствует о нарушении требований Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ и как следствие дефиците средств ОМС в указанных субъектах Российской Федерации.

Нормативы объема пациенто-дней лечения в условиях дневных стационаров, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, также ниже федеральных значений во всех субъектах СФО, за исключением Забайкальского края и Республики Тыва. Занижение нормативов финансовых затрат на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств консолидированных бюджетов установлено во всех субъектах СФО за исключением Омской и Томской областей, Алтайского края и Республики Бурятия.

При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на утвержденные соответствующие нормативы финансовых затрат за счет средств ОМС, в большинстве территориальных ПГТ субъектов СФО 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 ПГТ указанных положений не содержат.

Ниже установленных федеральных значений нормативы объема случаев госпитализации, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, отмечены в Республике Бурятия, Республике Тыва, Алтайском крае, Кемеровской, Новосибирской, Омской и Томской областях. Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов в 2014 году установлены в Республике Бурятия, Республике Тыва, Республике Хакасия, Алтайском крае, Забайкальском крае, Кемеровской, Новосибирской областях в 2013 году и в Республике Алтай, Забайкальском крае Кемеровской области в 2014 году.

Стоимость 1 случая госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов в Республике Алтай в 3,8 раза ниже федеральных нормативов финансовых затрат.

В 2013 и 2014 году нормативы объема койко-дней в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) установлены ниже федеральных значений в Республике Тыва, Алтайском крае, Иркутской и Томской областях. В 2013 году ниже федеральных нормативы финансовых затрат в Республике Бурятия, Республике Хакасия, Алтайском крае, Забайкальском крае, Красноярском крае и Иркутской области в 2014 году – в Республике Тыва, Республике Хакасия, Забайкальском крае, Красноярском крае и Иркутской области.

Таким образом, кроме утвержденного, выявлен «скрытый дефицит» средств консолидированных бюджетов на финансовое обеспечение медицинской помощи в Республике Бурятия, Республике Хакасия, Республике Тыва, Алтайском крае, Забайкальском крае, Красноярском крае, Иркутской и Томской областях.

В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 09.03.2013 № 324-р и от 26.02.2014 № 264-р на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, было выделено из федерального бюджета бюджетам субъектов СФО 575,1 млн. рублей в 2013 году и 357,9 млн. рублей в 2014 году.

Однако в приложениях к территориальным ПГТ Красноярского края и Омской области средства на оказание гражданам высокотехнологичной медицинской помощи отдельно не указаны.

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

Комиссии по разработке территориальной программы ОМС утверждены во всех субъектах СФО. В соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, комиссия по разработке территориальной программы ОМС, кроме разработки проекта территориальной программы ОМС, также:

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

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

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

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

В соответствии со статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ППГ формируются с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. В соответствии с положениями статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 1 января 2013 года медицинская помощь оказывается на основании стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Стандарты медицинской помощи утверждены Минздравом России в 2012 году, прошли государственную регистрацию в январе-мае 2013 года и вступили в силу с 1 сентября 2013 года.

При этом в ходе контрольных мероприятий выявлено, что в Томской области в нарушение пункта 33 Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н, и стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи), утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.08.2007 № 513, в штате отделения ОГБУЗ «Асиновская районная больница» отсутствуют логопед и социальный работник, в связи с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.04.2013 № 2281/30-4, где указано, что работа указанных специалистов не включена в базовую программу ОМС и должна финансироваться за счёт ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации.

При оплате первичной медико-санитарной помощи в основном используются все три способа оплаты, установленные федеральной ППГ, при этом приоритет отдается подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Также по подушевому нормативу финансирования в сочетании за вызов оплачивается скорая медицинская помощь, за исключением Томской области, где применяется способ оплаты скорой медицинской помощи только по подушевому нормативу. При оплате специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, используется способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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 СФО Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

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

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

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

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

8.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СФО 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 СФО	2012 год				2013				
	Средства территориальных ПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства территориальных ПГГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТПГГ	% освоения
Сибирский ФО	160 406,25	97,16	100 693,56	96,03	255 164,05	96,4	203 246,41	79,65	97,2
Республика Алтай	1 679,29	96,84	1 165,85	96,84	2 072,45	87,1	2 464,38	118,9	88,9
Республика Бурятия	7 869,44	100,97	4 187,16	98,78	11 347,79	100,6	8 615,38	75,92	97,1
Республика Тыва	3 336,38	96,19	2 071,86	94,85	50 939,36	97,6	40 311,73	79,14	99,8
Республика Хакасия	4 143,45	89,19	2 422,84	81,80	5 673,91	87,8	4 818,19	84,92	87,3
Алтайский край	16 800,75	99,94	10 433,06	101,40	20 892,35	101,9	16 856,50	80,68	102,4
Забайкальский край	9 967,95	97,94	5 651,00	112,17	11 953,41	106,3	10 329,79	86,42	110,0
Красноярский край	29 285,56	93,08	21 412,71	91,75	41 197,96	99,9	33 044,94	80,21	101,1
Иркутская область	22 100,77	102,03	11 762,29	97,82	28 471,10	93,5	22 007,83	77,30	92,6
Кемеровская область	21 608,59	99,16	12 006,46	96,32	26 471,00	95,4	20 451,85	77,26	97,8
Новосибирская область	20 449,36	97,68	13 275,97	96,61	23 343,16	88,9	19 346,15	82,88	91,9
Омская область	14 824,64	92,15	10 538,13	91,80	20 286,61	93,8	15 469,58	76,26	90,5
Томская область	8 340,06	97,88	5 766,23	97,97	12 514,95	94,6	9 530,09	76,15	94,4

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ субъектов СФО (в 2013 году - 97,23%, в 2012 году – 96,03%). В 2012 году в Республике Бурятия, и Иркутской области, а в 2013 году в Республике Бурятия, Алтайском и Забайкальском краях, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальной ПГГ в течение 2012 и в 2013 году не

производилась. В результате процент исполнения территориальной ПТГ превысил 100 %.

Анализ структуры расходов в 2013 году показал, что наибольший объем средств территориальных ПТГ направляется 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.

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

В ходе выборочной проверки установлено, что в субъектах СФО вместо покупки мягкого инвентаря осуществляется его аренда за счёт средств обязательного медицинского страхования, что не соответствует положениям части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, в соответствии с которой в структуру тарифа на оплату медицинской помощи включены расходы на приобретение мягкого инвентаря.

Так, в ОГБУЗ «Асиновская районная больница» (Томская область) с ООО «Глянец» заключён государственный контракт от 03.02.2014 № 2014.159 на оказание услуг по аренде мягкого инвентаря в 2014 году на сумму 1 119,5 тыс. рублей за счёт средств ОМС.

По данным органов исполнительной власти субъектов СФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла более 2,2 млрд. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Алтайском крае (728,82 млн. руб.), Красноярском крае (184,8 млн. руб.), Республике Хакасия (197,3 млн. руб.).

Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются обязательства по приобретению основных средств и оплате услуг, в рамках заключенных государственных контрактов. В Республике Хакасия, Алтайском и Красноярском краях выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 99,5 млн. рублей, 135,46 млн. рублей, 16,4 млн. рублей соответственно.

8.2.2. Проанализировать плановые и утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СФО 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 по субъектам СФО, кроме Забайкальского края (рост с 0,290 до 0,294 вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя).

При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения Республике Тыва и Алтайском крае. Одновременно с этим в этих же субъектах СФО число обращений к врачам по поводу заболеваний также выше федеральных средних нормативов, что может говорить о неэффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов.

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

Целесообразно отметить недостаточное развитие во всех субъектах СФО системы оказания медицинской помощи в неотложной форме за исключением Томской и Кемеровской областей, где отмечено превышение выполненных объемов над нормативными значениями.

Оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в целом отвечает установленным требованиям, кроме Новосибирской области, Республики Хакасия, Иркутской и Томской областей, где фактически выполненные объемы от 1,09 до 1,24 раза соответственно ниже нормативных значений.

Результаты оказания медицинской помощи в стационарных условиях для возможности ее сравнения с данными 2012 года оценивалось с учетом выполненных объемов по паллиативной медицинской помощи. При этом в большинстве субъектов, входящих в СФО, фактические объемы медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, выше нормативных значений. Исключение составляет Республика Бурятия, где указанные объемы ниже.

Данные о финансовом обеспечении паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях не приведены по формам № 62 Алтайского и Забайкальского краев, Новосибирской, Омской и Томской областей.

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 СФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в

состав СФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в СФО, 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 имеющих 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.

Например, стоимость первого этапа диспансеризации в Алтайском крае в 2,45 раза ниже, чем в имеющем близкий по значению коэффициент дифференциации Забайкальском крае (например, для мужчин в возрасте 21 года на 31.12.2013 стоимость первого этапа диспансеризации составляла 298,0 и 730,12 рубля соответственно).

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

В то же время анализ тарифных соглашений на медицинскую помощь, оказываемую по территориальной программе ОМС, на 2014 год показал, что стоимость тарифа на ВМП по близ расположенным субъектам Российской Федерации значительно колеблется. Так, например, стентирование коронарных артерий в Красноярском крае в 2 раза выше, чем в Алтайском крае (129,0 и 60,0 тыс. рублей соответственно).

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

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

Анализ представленных органами исполнительной власти субъектов СФО данных свидетельствует о ежегодном росте численности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных ППГ, 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 СФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций. За 2013 год по сравнению с 2012 годом численность коек сократилась на 2,4%. Обеспеченность населения койками снизилась с 88,7 до 86,6 на 10 тыс. населения. При этом наибольшее сокращение коечного фонда отмечено в Кемеровской области – 4,1% с 85,0 до 80,9 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 на региональном уровне не установлены.

Каких-либо ограничений в участии медицинских организаций федеральной и иной формы собственности выявлено не было. Заявки указанных медицинских организаций учтены при распределении объемов на 98,3-100,0%.

К критериям доступности и качества оказанной медицинской помощи в соответствии с федеральными ППГ 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 по всем субъектам УФО, не достигнуты планируемые показатели, предусмотренные в Государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р, по снижению: смертности населения - в Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Омской областях и Республике Хакасия; материнской

смертности - в Забайкальском крае и Томской области; младенческой смертности - в Забайкальском крае и Иркутской области; смертности от болезней системы кровообращения - в Красноярском крае и Новосибирской области; смертности от туберкулеза - в Красноярском крае, Омской области, Республике Алтай; по смертности от новообразований (в том числе злокачественных) - в Алтайском, Красноярском и Забайкальском краях, Иркутской и Кемеровской областях, Республике Алтай, Республике Тыва, Республике Хакасия.

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

На фоне выявленных проблем в обеспечении доступности и качества медицинской помощи во всех субъектах СФО выросли объемы платных услуг, кроме Республики Бурятия и Новосибирской области: в Республике Алтай со 129,9 млн. руб. до 164,4 млн. руб. или на 21,0%, в Алтайском крае с 1 056,1 млн. руб. до 1298,8 млн. руб. или на 18,7%, в Забайкальском крае с 641,2 млн. руб. до 750,1 млн. руб. или на 14,5%, в Томской области с 622,3 млн. рублей до 708,8 млн. рублей или на 12,2%, в Республике Хакасия с 280,2 млн. рублей до 321,4 млн. рублей, или на 12,8 %, в Кемеровской области с 2 564,8 млн. рублей до 2 894,7 млн. рублей, или на 11,4%.

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 и бесплатности медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС.

Также в ходе контрольного мероприятия выявлено наличие недостатков в нормативном правовом регулировании вопросов оказания медицинской помощи иностранным работникам – гражданам Китайской Народной Республики.

Так, согласно части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ право на медицинскую помощь иностранных граждан, проживающих и пребывающих на территории Российской Федерации, устанавливается законодательством Российской Федерации и соответствующими международными договорами Российской Федерации.

Частью 2 статьи 8 Соглашения между Правительством Российской Федерации и Правительством Китайской Народной Республики о принципах направления и приема китайских граждан на работу на предприятиях, в объединениях и организациях России, ратифицированного постановлением Правительства Российской Федерации от 03.09.1992 № 662 «О заключении Соглашения между Правительством Российской Федерации и Правительством Китайской Народной Республики о принципах направления и приема китайских граждан на работу на предприятиях, в объединениях и организациях России», предприятия России обеспечивают китайских граждан медицинским

обслуживанием на условиях, предусмотренных для рабочих и служащих Российской Федерации.

Вместе с тем, согласно части 1 статьи 12 Соглашения между Правительством Российской Федерации и Правительством Китайской Народной Республики о временной трудовой деятельности граждан Российской Федерации в Китайской Народной Республике и граждан Китайской Народной Республики в Российской Федерации, ратифицированного постановлением Правительства Российской Федерации от 25.07.2000 № 557, вопросы медицинского страхования (обеспечения) работников – граждан Китайской Народной Республики, осуществляющих временную трудовую деятельность на территории Российской Федерации, регулируются законодательством Китайской Народной Республики.

8.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СФО 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 СФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Однако, несмотря на рост в СФО в I квартале 2014 года по сравнению с I кварталом 2013 года заработной платы врачей на 17,33%, ее уровень в Республике Бурятия, Алтайском крае, Забайкальском крае, Красноярском крае, Кемеровской области, Новосибирской области, Томской области оказался ниже, чем за 2013 год в целом.

При этом по данным Росстата за I квартал 2014 года по сравнению с 2013 годом во всех субъектах СФО отмечено снижение уровня средней заработной платы врачей в федеральных медицинских организациях. Например, в Забайкальском крае средняя заработная плата врачей в I квартале 2014 года снизилась по сравнению с 2013 годом на 5,02% или 1,93 тыс. рублей. В Республике Алтай по итогам I квартала 2014 года уровень средней заработной платы врачей федеральных медицинских организаций снизился по сравнению с 2013 годом в целом на 19,9% и стал ниже показателей I квартала 2013 года на 1,5 тыс. рублей или на 5,4%. Аналогичная ситуация выявлена в Иркутской области, где заработная плата врачей в федеральных медицинских организациях по итогам I квартала 2014 года по сравнению с 2013 годом снизилась на 8,3%, а по сравнению с I кварталом 2013 года – на 1,9%.

Среди субъектов СФО по данным I квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Красноярском крае (46,2 тыс. рублей) и Иркутской области (45,9 тыс. рублей), наименьший – в Алтайском крае (31,6 тыс. рублей), Омской области (33,5 тыс. рублей) и Забайкальском крае (36,5 тыс. рублей).

Различия в уровне заработной платы врачей напрямую влияют на обеспеченность врачами в субъектах СФО. Так, по СФО в целом обеспеченность врачами в 2013 году по сравнению с 2012 годом снизилась на 1,6% с 43,1 до 41,5 на 10 тыс. населения. При этом, например, в Алтайском крае снижение обеспеченности врачами составило 6,0% с 46,4 до 40,4 на 10 тыс. населения (сокращение на 1444 врача). В Республике Алтай и Новосибирской области в 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечен рост обеспеченности врачами соответственно с 39,6 до 41,5 на 10 тыс. населения и с 44,1 до 44,3 на 10 тыс. населения.

Во всех субъектах СФО выявлен рост средней заработной платы среднего медицинского персонала, как по сравнению с первым кварталом 2013 года, так и по итогам 2013 года в целом, кроме Республики Бурятия, Алтайского и Забайкальского краёв и в Томской области. Например заработная плата средних медицинских работников Забайкальского края в I квартале 2014 года была на 6% ниже (20 888 руб.), чем по итогам 2013 года (22 284 руб.).

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

Так, выборочной проверкой начисления средней заработной платы медицинскому персоналу ОГАУЗ «Поликлиника № 3» установлено, что за I квартал 2014 года средняя заработная плата врача терапевта участкового составила 68 856,15 рублей, врача ультразвуковой диагностики – 50 720,09 руб.

В тоже время в ОГБУЗ «Асиновская районная больница» за аналогичный период заработная плата составила для врача терапевта участкового – 50 850 руб., врача ультразвуковой диагностики – 45665 руб. Таким образом, различия в уровне заработной платы составляют 1,36 раза.

8.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СФО 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 ПТГ, являются установленные Росстатом формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения, основной из которых является форма № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» (далее – форма № 62).

Сравнительный анализ данных формы федерального статистического наблюдения № 30, представленной Департаментом здравоохранения Приморского края, в ходе проверки с данными формы федерального статистического наблюдения № 62 за 2013 год показал несоответствие данных, представленных в форме № 62 с данными формы № 30.

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 СФО штрафных санкций в объеме **3 703,78 млн. рублей**, из них направлено на формирование собственных средств СМО 223,16 млн. рублей (6,03%). 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 1 523,7 млн. рублей.

Объём средств, не полученных медицинскими организациями в связи с отказами в оплате медицинской помощи, в 2013 году составил 10 657,7 млн. руб. При этом по данным субъектов СФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 13,7% всех отказов) являются дефекты оформления первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. Поэтому обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО соответствуют средней заработной плате по регионам. Так в Республике Бурятия средняя заработная плата за 2013 год составляла 48 821 рубль 85 коп., что на 14,4% выше средней заработной платы врача. Наиболее низкая средняя заработная плата в 2013 году сложилась в Алтайском крае и составила 5 500 руб.

Данные о средней заработной плате специалистов СМО в Омской и Томской областях не представлены.

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

10.1.1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов Томской и Кемеровской областей, Алтайского края, Республики Алтай, Республики Тыва не установлен Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

10.1.2. В нарушение пункта 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов Республики Алтай, Иркутской, Кемеровской, Томской областей и Красноярского края не установлены порядок и размер возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

10.1.3. В нарушение части 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 г.

№ 323-ФЗ в территориальную ПГГ на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов Республики Тыва внесено медицинское изделие, не зарегистрированное в установленном порядке на территории Российской Федерации. Аналогичные нарушения отмечены в территориальных ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов Чукотского автономного округа и Красноярского края, включающих лекарственные препараты и или медицинские изделия, не зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации, либо с аннулированными Росздравнадзором и Минздравом России регистрационными удостоверениями.

10.1.4. При анализе территориальной ПГГ Республики Хакасия на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов выявлено, что установление времени ожидания плановых диагностических исследований, включая сложные и дорогостоящие, делегировано определять должностным лицам медицинской организации по формуле «вправе», без указания конкретных сроков ожидания, что является коррупциогенным фактором определенным подпунктом б) пункта 3 Методики проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 26.02.2010 № 96.

10.1.5. В нарушение части 2 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ постановлением Правительства Иркутской области от 25.12.2013 № 613-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» Министерству здравоохранения Иркутской области делегировано право утверждать Порядки организации оказания первичной медико-санитарной помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения

первичной медико-санитарной помощи не по территориально-участковому принципу.

10.2. Анализ формирования и деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС показал, что распределение объемов медицинской помощи и объемов ее финансового обеспечения в рамках территориальной программы ОМС проводится комиссиями по разработке территориальной программы ОМС при отсутствии утвержденных на региональном уровне критериев распределения.

10.3. Все территориальные ПТГ субъектов, расположенных на территории СФО, приняты в 2013-2014 годах с дефицитом средств консолидированных бюджетов, за исключением Забайкальского края. Средний дефицит территориальных программ составляет 12,15%.

Наибольший дефицит территориальной программы отмечается в Иркутской области 15,3% от расчётной стоимости, в Алтайском крае – 14,81%, в Республике Алтай – 14,34%, в Томской области – 14,28%. В 2014 году отмечен дефицит территориальных ПТГ Республики Алтай на 14,34%, Республики Тыва на 9,06%, Кемеровской области на 13,01%, Томской области – 14,28%.

За период 2013-2014 годов наблюдается нарастание дефицита территориальных ПТГ Республики Алтай, Алтайского края, Кемеровской области за счет средств соответствующих бюджетов.

Таким образом, республиками Алтай, Тыва, Алтайским краем, Кемеровской и Томской областями не обеспечено достаточное финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ПТГ.

10.4. Во всех субъектах СФО 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».

Это привело к завышению в территориальных ПТГ фактического размера подушевого норматива финансового обеспечения территориальных программ ОМС.

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

10.5. В территориальных ПТГ Республики Алтай, Алтайского края, Красноярского края, Кемеровской и Новосибирской областей не предусмотрена передача межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов ОМС 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 СФО со значениями средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных для Российской Федерации в целом постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» показал, что нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на единицу ее оказания сформированы не из фактической потребности, а с учетом имеющейся сети медицинских организаций и фактических объемов финансового обеспечения их деятельности, сложившихся в предыдущие годы:

10.6.1. Установленные субъектами СФО на 2013-2014 годы нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов, а также нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи за счет консолидированных бюджетов субъектов СФО на 2013-2014 годы ниже нормативных значений в Республике Бурятия, Республике Хакасия, Республике Тыва, Алтайском крае, Забайкальском крае, Красноярском крае, Иркутской и Томской областях, что формирует дефицит средств консолидированных бюджетов указанных субъектов СФО.

10.6.2. При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на утвержденные соответствующие нормативы финансовых затрат за счет средств ОМС, в большинстве территориальных ПТГ субъектов СФО 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 ПТГ указанных положений не содержат.

10.7. При оплате первичной медико-санитарной помощи субъектами СФО приоритет отдается подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, во всех субъектах СФО оплата производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. При этом анализ, проведенный

в ходе контрольного мероприятия, свидетельствует о том, что стоимость оказанной медицинской помощи, рассчитанная с применением тарифов по КСГ, в большинстве случаев меньше стоимости медицинской помощи, определенной с применением МЭС (от 1,4% до 2,7 раз).

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

10.8.1. Финансовое обеспечение территориальных ПГГ за счет средств консолидированных бюджетов субъектов СФО сократились с 36 437,0 млн. рублей до 26 489,0 млн. рублей (- 9 948,0 млн. рублей). То есть прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС, которые в расходах субъектов СФО на территориальные ПГГ в 2013 году составляют 74,5% (в 2012 году – только 55,63%).

10.8.2. Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ субъектов СФО (в 2013 году - 97,23%, в 2012 году – 96,03%).

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

10.8.4. Средства ОМС вместо закупки мягкого инвентаря направляются медицинскими организациями субъектов СФО на его аренду, что не соответствует положениям части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

10.8.5. По данным органов исполнительной власти субъектов СФО на 1 января 2013 г. не оплачена кредиторская задолженность медицинских организаций в размере более 2,2 млрд. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Алтайском крае (728,82 млн. руб.), Красноярском крае (184,8 млн. руб.), Республике Хакасия (197,3 млн. руб.). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются обязательства по приобретению основных средств и оплате услуг, в рамках заключенных государственных контрактов. В то же время в Республике Хакасия, Алтайском и Красноярском краях выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 99,5 млн. рублей, 135,4,06 млн. рублей, 16,4 млн. рублей соответственно.

10.9. Выявлен рост объема платных услуг во всех субъектах СФО, кроме Республики Бурятия и Новосибирской области. Так, например, в Республике Алтай со 129,9 млн. руб. до 164,4 млн. руб. или на 21,0%, в Алтайском крае с 1 056,1 млн. руб. до 1298,8 млн. руб. или на 18,7%, в Забайкальском крае с 641,2 млн. руб. до 750,1 млн. руб. или на 14,5%, в Томской области с 622,3 млн. рублей до 708,8 млн. рублей или на 12,2%, в Республике Хакасия с 280,2 млн. рублей до 321,4 млн. рублей, или на 12,8 %, в Кемеровской области с 2 564,8 млн. рублей до 2 894,7 млн. рублей, или на 11,4%.

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

10.10.1. Во всех субъектах СФО структура и содержание тарифных соглашений различна. При этом в нарушение установленных полномочий Федеральный фонд ОМС не установил требований к структуре и содержанию тарифных соглашений.

10.10.2. Выявлены различия в фактической стоимости в 2013 году единицы объема медицинской помощи по субъектам СФО, имеющим аналогичные районные коэффициенты. Так, стоимость обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет в Камчатском крае 4 573,15 рубля, в Республике Саха (Якутия) – 1990,6 рубля.

10.10.3. В субъектах СФО, имеющих аналогичные районные коэффициенты и коэффициенты дифференциации, стоимость посещений к врачу различается от 1,7 до 1,23 раза, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 2,32 раза.

10.10.4. Стоимость тарифа на ВМП по близ расположенным субъектам Российской Федерации значительно колеблется. Так, например, стентирование коронарных артерий в Красноярском крае в 2 раза выше, чем в Алтайском крае (129,0 и 60,0 тыс. рублей соответственно).

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

рост численности медицинских организаций, участвующих в территориальных ПИТ, а также в территориальных программах ОМС, на фоне снижения числа государственных (муниципальных) медицинских организаций и их коечного фонда, что ограничивает право граждан на выбор врача и медицинской организации;

сокращение вызовов скорой медицинской помощи по всем субъектам СФО, При этом фактически выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи в Омской области, Республике Алтай, Республике Бурятия и Республике Хакасия значительно ниже установленных Правительством Российской Федерации федеральных средних нормативных значений (от 1,67 раза в Омской области до 1,25 раза в Республике Алтай).

недостаточное развитие в субъектах СФО системы оказания медицинской помощи в неотложной форме;

недостижение планируемых показателей, предусмотренных в Государственной программе «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р, по снижению: смертности населения - в Иркутской, Кемеровской, Новосибирской, Омской областях и Республике Хакасия; материнской смертности - в Забайкальском крае и Томской области; младенческой смертности - в Забайкальском крае и Иркутской области; смертности от

болезней системы кровообращения - в Красноярском крае и Новосибирской области; смертности от туберкулеза - в Красноярском крае, Омской области, Республике Алтай; по смертности от новообразований (в том числе злокачественных) - в Алтайском, Красноярском и Забайкальском краях, Иркутской и Кемеровской областях, Республике Алтай, Республике Тыва, Республике Хакасия;

снижение во всех субъектах СФО обеспеченности врачами на 1,6% с 43,1 в 2012 году до 41,5 на 10 тыс. населения в 2013 году, за исключением Республики Алтай и Новосибирской области.

Анализ фактически выполненных объемов медицинской помощи в сравнении с утвержденными значениями и данными 2012 года на фоне роста платных медицинских услуг 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.

10.12. Анализ данных Росстата по оплате труда медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПТГ, показал, что:

несмотря на рост в I квартале 2014 года по сравнению с 2013 годом заработной платы врачей, ее уровень в Республике Бурятия, Алтайском крае, Забайкальском и Красноярском краях, Кемеровской, Новосибирской, Омской и Томской областях ниже, чем за 2013 год в целом;

по данным Росстата за I квартал 2014 года по сравнению с 2013 годом во всех субъектах СФО отмечено снижение уровня средней заработной платы врачей в федеральных медицинских организациях на 12,3%;

по данным I квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Красноярском крае (46,2 тыс. рублей) и Иркутской области (45,9 тыс. рублей), наименьший – в Алтайском крае (31,6 тыс. рублей), Омской области (33,5 тыс. рублей) и Забайкальском крае (36,5 тыс. рублей);

во всех субъектах СФО выявлен рост средней заработной платы среднего медицинского персонала, как по сравнению с первым кварталом 2013 года, так и по итогам 2013 года в целом, кроме Республики Бурятия, Алтайского и Забайкальского краёв и в Томской области, где уровень заработной платы среднего медицинского персонала ниже, чем за 2013 год в целом.

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.

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

10.13.1. Требования к учебным программам, а также сами учебные программы по подготовке экспертов качества медицинской помощи

отсутствуют. Порядок подготовки экспертов качества медицинской помощи Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не установлены.

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

10.13.3. Представленные данные по деятельности СМО показали, что всего за 2013 год указанными организациями были наложены на медицинские организации штрафные санкции в объеме 1 453,06 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО 101,13 млн. рублей (6,96%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. При этом наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем средств не направляется медицинским организациям в качестве оплаты оказанной медицинской помощи в связи с их удержанием и отказами в оплате медицинской помощи. Всего по СФО медицинские организации не получили 1 167,23 млн. рублей средств ОМС.

При этом по данным субъектов СФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 18% всех отказов) являются дефекты оформления первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи. Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В данной связи обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

11. Предложения (рекомендации):

11.1. Направить представление губернатору Томской области.

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

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

11.4. Направить отчет о результатах контрольного мероприятия и информацию об основных итогах контрольного мероприятия в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

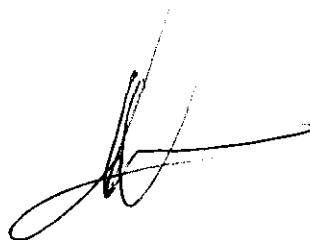
Приложения:

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 3 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко