

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«25» июля 2014 г.

№ ОМ-184/12-03

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-Кавказского 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 2.2.3.8); 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 Северо-Кавказского федерального округа (СКФО) (по запросам);

3.2. Министерство здравоохранения Ставропольского края (г. Ставрополь);

3.3. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (г. Ставрополь).

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 СКФО 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 СКФО 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 СКФО 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 СКФО 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 СКФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав СКФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в СКФО, 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 СКФО 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 СКФО 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 СКФО 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 СКФО 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 ППГ и производить оценку реализации таких программ, а совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования - территориальных программ ОМС, в соответствии с частью 5 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

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

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

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

8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.

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

На 2012 - 2014 годы все территориальные ПГГ субъектов СКФО утверждены соответствующими нормативными правовыми актами субъектов СКФО. При этом территориальные ПГГ на 2013 Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия – Алания, территориальные ПГГ на 2014 год Республики Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республики утверждены соответственно 29 марта 2013 г., 10 января 2013 г., 27 марта 2013 г., 1 февраля 2013 г., 30 января 2014 г., что не соответствует рекомендованным 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» срокам.

В 2012 году федеральная и территориальные ПГГ утверждались только на один год. Начиная с 2013 года, ПГГ утверждается на текущий год и двухлетний плановый период. Из всех субъектов СКФО только в Карачаево-Черкесской Республике территориальная ПГГ утверждена на один год – 2013, без учета планового периода (2014 и 2015 годы).

По представленным в ходе контрольного мероприятия данным субъектов СКФО 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 и иные нарушения:

1. В нарушение пункта 5 части 2 указанной статьи территориальные ПГГ Кабардино-Балкарской Республики и Карачаево-Черкесской Республики на 2013 год не содержат перечень 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 указанной статьи в территориальной ПГГ Кабардино-Балкарской Республики, Республики Северная Осетия – Алания и

Республики Дагестан отсутствует перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Территориальные ПГГ Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республика Северная Осетия - Алания на 2013 год и на 2014 год содержат перечень видов медицинской помощи и мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4. 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. Однако ни одна территориальная ПГГ субъектов СКФО на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, за исключением территориальной ПГГ Ставропольского края, указанного порядка и размера возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, не содержит.

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

5. Финансовое обеспечение территориальных ПГГ рассчитывается исходя из численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января текущего года и численности застрахованных лиц на 1 апреля предыдущего года.

В то же время в ходе контрольного мероприятия выявлены факты несоответствия численности населения фактическим и прогнозным показателям.

Так, при внесении на утверждение в Правительство Ставропольского края соответствующая территориальная ПГГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов содержала не прогнозную численность населения Ставропольского края по состоянию на 1 января 2013 года, а фактическую по состоянию на 1 января 2012 года - в количестве 2 787 030 человек. При этом фактическая численность населения Ставропольского края по состоянию на 1 января 2013 года составляла 2 790 785 человек. Однако изменения в территориальную программу в течение 2013 года в связи с уточнением численности населения внесены только 30 декабря 2013 года.

Анализ утвержденных подушевых нормативов, которые ниже федеральных значений, свидетельствует о дефиците средств бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, во всех субъектах СКФО.

В 2012 году дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в субъектах СКФО по данным Минздрава России установлен во всех субъектах СКФО и составил 23 728,7 млн. рублей (32,5 % от потребности).

Утвержденная стоимость территориальных ПГГ субъектов СКФО 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 Дагестан	3 027,7	3 027,7	16 519,6	16 519,6
Республика Ингушетия	511,2	511,2	2 040,3	2 040,3
Кабардино-Балкарская Республика	1 301,7	1 301,7	4 706,8	4 706,8
Карачаево-Черкесская Республика	663,2	608,2	2 649,7	2 698,3
Республика Северная Осетия-Алания	1 327,8	1 975,6	4 266,4	6 816,6
Чеченская Республика	1 184,0	1 184,0	7 033,5	7 033,5
Ставропольский край	4 170,0	4 681,3	17 722,2	19 314,3
ИТОГО ПО СКФО	12 185,6	13 289,7	54 938,5	59 129,4
2014 год				
Республика Дагестан	2 775,2	2 775,2	19 083,9	19 083,9
Республика Ингушетия	823,8	823,8	3 164,6	3 164,6
Кабардино-Балкарская Республика	1 396,9	823,8	5 406,3	5 406,3
Карачаево-Черкесская Республика	603,24	603,24	3 016,42	3 016,42
Республика Северная Осетия-Алания	1 276,5	1 276,5	5 203,2	5 203,2
Чеченская Республика	1 183,0	1 183,0	8 831,0	8 831,0
Ставропольский край	4 176,9	4 176,9	20 162,5	20 162,5
ИТОГО ПО СКФО	12 235,5	12 235,5	64 867,9	64 867,9

Анализ утвержденных программ свидетельствует, что с дефицитом средств бюджета утверждены территориальные ПГГ:

Республики Дагестан (-5 302,6 млн. рублей в 2013 году и -7 093,7 млн. рублей на 2014 год);

Республики Ингушетия (-801,0 млн. рублей в 2013 году и -649,6 млн. рублей в 2014 году);

Кабардино-Балкарской Республики (-1 248,9 млн. рублей в 2013 году и -1 465,4 млн. рублей в 2014 году);

Карачаево-Черкесской Республики (-803,5 млн. рублей в 2013 году и -968,9 млн. рублей в 2014 году);

Республики Северная Осетия - Алания (-873,9 млн. рублей в 2013 году и -1 004,7 млн. рублей в 2014 году);

Чеченской Республики (-2 893,0 млн. рублей в 2013 году и -3 421,7 млн. рублей в 2014 году);

Ставропольского края (-4 475,5 млн. рублей в 2013 году и -5 158,9 млн. рублей в 2014 году).

Таким образом, указанными субъектами СКФО не обеспечено достаточное финансирование медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ПТГ.

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что в субъектах СКФО 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 территориального фонда ОМС по строке 395 01 00 «Общегосударственные вопросы», по ЦСР 001 55 00 «Аппараты органов управления государственных внебюджетных фондов».

Так, в территориальную ПТГ Кабардино-Балкарской Республики на 2013 год включены расходы Территориального фонда ОМС Кабардино-Балкарской Республики на содержание аппарата фонда в размере 89,9 млн. рублей, на 2014 – 59,1 млн. рублей. В территориальной ПТГ Республики Дагестан на 2013 год предусмотрены расходы на содержание аппарата Территориального фонда ОМС составили 220,0 млн. рублей, на 2014 год – 195,9 млн. рублей.

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 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 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

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, в ПТГ Республики Северная Осетия – Алания, Кабардино-Балкарской Республики, Республики Ингушетия, Ставропольского края. Учитывая изложенное, территориальные программы ОМС данных субъектов Российской Федерации содержат «скрытый» дефицит средств ОМС, необходимых для формирования адекватного тарифа на оплату медицинской помощи.

Также в ходе проверки в Ставропольском крае выявлено, что в соответствии с Приложением 2 к территориальной ПТГ в Ставропольском крае на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов из средств бюджета Ставропольского края

предусмотрено 562,9 млн. рублей на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС, которые в нарушение части 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в виде межбюджетных трансфертов в бюджет Территориального фонда ОМС Ставропольского края не направлялись. Финансирование медицинских организаций края осуществлялось напрямую из средств бюджета Ставропольского края. Таким образом, в 2013 году в связи с не включением указанных средств в тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС Минздравом Ставропольского края созданы неравные условия для участия в территориальной программе ОМС медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности.

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 СКФО со значениями средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных для Российской Федерации в целом постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». По 2013 году сведения приведены в соответствии с окончательной редакцией территориальных ПГГ.

При этом необходимо учесть, что для ряда субъектов СКФО в соответствии с Методикой распределения субвенций, предоставляемых 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, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462, Федеральным фондом ОМС установлен коэффициент дифференциации, который должен учитываться ими при расчете нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи: Ставропольского края (1,0025 в 2013 году и 1,0024 в 2014 году), Республики Дагестан (1,0052 в 2013 году и 1,0054 в 2014 году) и Республики Северная Осетия-Алания (1,0161 в 2013 году и 1,0162 в 2014 году).

Анализ установленных нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат показал следующее.

В территориальной ПГГ Кабардино-Балкарской Республики на 2013 год норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях установлен без учета условий ее оказания.

Провести анализ нормативов объема медицинской помощи по ПГГ Республики Дагестан на 2013 год не представляется возможным, так как по

указанной ПГГ норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью, за счет средств обязательного медицинского страхования превышает норматив объема медицинской помощи за счет всех источников (2,3 и 2,29 соответственно).

Установленные субъектами СКФО нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью в 2013 году в Республике Ингушетия и в Ставропольском крае, в 2014 году – в республиках Дагестан и Ингушетия, в Карачаево-Черкесской и Чеченской республиках, в Ставропольском крае.

При этом на 2013 и 2014 годы в Республике Ингушетия, Карачаево-Черкесской и Чеченской республиках, в Республике Северная Осетия - Алания нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений ниже установленных федеральных значений. Это говорит о существующем «скрытом» дефиците финансового обеспечения территориальных ПГГ из средств консолидированных бюджетов указанных субъектов СКФО. Также в 2013 году в Республике Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республике выявлено занижение норматива финансирования на единицу профилактического посещения из средств ОМС (250,7 и 206,06 при нормативе 266,3 рубля).

Заниженные нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов СКФО, установлены в 2013 году в Карачаево-Черкесской Республике, в 2014 году – в Республике Ингушетия, Кабардино-Балкарской и Чеченской республиках.

В Кабардино-Балкарской Республике нормативы объема обращений по поводу заболевания и нормативы их финансирования на 2013 год установлены не были.

Провести анализ нормативов объема обращений по поводу заболеваний по ПГГ Республики Дагестан на 2013 и 2014 годы не представляется возможным, так как по указанным в ПГГ норматив объема обращений по поводу заболеваний за счет средств ОМС превышает норматив объема указанной медицинской помощи за счет всех источников (в 2013 году 1,87 и 1,82, в 2014 году – 2,92 и 1,88 соответственно).

Нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме соответствуют средним федеральным нормативам во всех субъектах СКФО, кроме Республики Ингушетия и Чеченской Республики - в 2013 году, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республик - в 2014 году, где указанные нормативы объема установлены ниже федеральных значений. Нормативы финансовых затрат ниже федеральных значений в 2013 году – в Республике Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республике (321,3 и 305,23 рубля при нормативе 340,9 рубля), в 2014 году в Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской Республиках (281,0 и 383,22 рубля при нормативе 407,6 рубля).

Кроме того, в территориальной ПГГ Кабардино-Балкарской Республики на 2013 год норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях и норматив финансовых затрат установлен без учета условий ее оказания.

Нормативы объема пациенто-дней лечения в условиях дневных стационаров, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных значений во всех субъектах СКФО. Занижение нормативов финансовых затрат на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств консолидированных бюджетов установлено в 2013 и 2014 годах в Республике Дагестан, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республиках, а также в Республике Северная Осетия-Алания.

Провести анализ нормативов объема медицинской помощи в условиях дневного стационара за счет средств ОМС по ПГГ Республики Дагестан на 2013 и 2014 годы не представляется возможным, так как указанный норматив превышает норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара за счет всех источников (в 2013 году 0,61 и 0,557 пациенто-дня, в 2014 году – 0,33 и 0,31 пациенто-дня соответственно).

При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на предусмотренные соответствующие нормативы финансовых затрат, во всех территориальных ПГГ субъектов СКФО 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.

Ниже установленных федеральных значений нормативы объема случаев госпитализации, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, отмечены во всех субъектах СКФО, кроме Карачаево-Черкесской Республики. Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов также во всех субъектах СКФО, кроме Республики Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республики.

Провести анализ нормативов объема случаев госпитализации за счет средств ОМС по ПГГ Республики Дагестан на 2014 год не представляется возможным, так как указанный норматив превышает норматив объема случаев госпитализации за счет всех источников (0,176 и 0,167 случая госпитализации соответственно).

На 2013 и 2014 годы нормативы объема койко-дней в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, и нормативы финансовых затрат на 1 койко-день не были установлены в Республике Ингушетия.

В 2014 году нормативы объема медицинской помощи установлены ниже федеральных значений во всех субъектах СКФО, кроме Чеченской Республики. Ниже федеральных нормативы финансовых затрат в Республике Дагестан, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республиках.

Кроме того, в ходе контрольного мероприятия в Территориальном фонде ОМС Ставропольского края было установлено, что по ряду нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Ставропольского края не была произведена корректировка на коэффициент дифференциации, что способствует формированию «скрытого» дефицита территориальной программы ОМС.

Так, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью, в неотложной форме, в стационарных условиях, включая медицинскую реабилитацию, скорой медицинской помощи в Территориальной программе ОМС Ставропольского края на 2014 год установлены без учета коэффициента дифференциации, равного 1,0024.

Таким образом, наряду с утвержденным выявлен «скрытый» дефицит средств консолидированных бюджетов на финансовое обеспечение медицинской помощи в Республике Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республике и Ставропольском крае. «Скрытый» дефицит средств ОМС установлен в Республике Ингушетия, Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республиках, а также по Ставропольскому краю.

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

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

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

распределяет объемы предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями (за исключением медицинских организаций, находящихся за пределами Российской Федерации, включенных 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 СКФО.

Анализ представленных данных по способам оплаты медицинской помощи в рамках территориальных программ ОМС показал, что в субъектах Российской Федерации, включенных в СКФО:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, преимущественно используется оплата по подушевому нормативу финансирования

лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – законченный случай, кроме Кабардино-Балкарской и Чеченской Республик;

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, во всех субъектах СКФО применяется оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболевания;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, преимущественно используется оплата за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболевания, кроме Кабардино-Балкарской и Чеченской Республик;

при оплате скорой медицинской помощи преимущественно применяется оплата по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов. В Республике Дагестан применяется оплата за вызов скорой медицинской помощи, в Кабардино-Балкарской Республике – по подушевому нормативу.

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 СКФО только 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, являющиеся врачами-специалистами, имеющими высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедшие подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС.

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

При этом документов, регулирующих выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений, на федеральном и региональном (за исключением Ставропольского края) уровне не принято. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется только в соответствии с квалификацией эксперта, что повышает риск субъективных подходов к оценке дефектов и нарушений и влияет на объем финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям.

В ходе контрольного мероприятия Территориальным фондом ОМС Ставропольского края представлены документы, регулирующие выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений:

приказ Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 21.03.2011 № 76 «О реализации Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

приказ Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 23.03.2011 № 83 «Об утверждении Порядка расчета стоимости услуг экспертов качества медицинской помощи»;

приказ Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 25.01.2012 № 31 «Об отдельных вопросах расчета стоимости услуг экспертов качества медицинской помощи»;

приказ Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 31.12.2013 № 512 «Об отдельных вопросах расчета стоимости услуг экспертов качества медицинской помощи»;

приказ Ставропольского краевого фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2013 № 25 «О внесении изменений в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования по Ставропольскому краю».

В соответствии с пунктом 9 части 7 статьи 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ территориальные фонды ОМС ведут реестр экспертов качества медицинской помощи, осуществляющих экспертизу качества медицинской помощи в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

При проверке в Ставропольском крае установлено, что всего по одному человеку в реестре экспертов представлены специальности «дерматовенерология», «колопроктология», «профпатология», «пульмонология». В реестре экспертов качества отсутствуют специалисты: «лечебная физкультура и спортивная медицина», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «бактериология», «детская кардиология», «гематология».

При этом следует отметить, что согласно пунктам 81 и 82 приказа Федерального фонда ОМС от 13.12.2011 № 230 эксперт качества медицинской помощи проводит экспертизу качества медицинской помощи по своей основной медицинской специальности, определенной дипломом, свидетельством об аккредитации специалиста или сертификатом специалиста, и не привлекается к экспертизе качества медицинской помощи в медицинской организации, с которой он состоит в трудовых или иных договорных отношениях.

Таким образом, экспертиза качества медицинской помощи не может быть проведена в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность.

8.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СКФО 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 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 СКФО	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 Дагестан	11424,6	96,9	7864,5	94,7	18769,8	97,9	16129	85,9	99,9
Республика Ингушетия	1962,8	86,1	1354,4	81,1	2637,6	84,6	2116,4	80,2	82,9
Кабардино-Балкарская Республика	3740,4	90,9	2248,9	91,6	5870,3	99,3	4500,2	76,7	98,5
Карачаево-Черкесская Республика	2587	96	1650,6	93,4	3035,1	93,2	2431,8	80,1	92,4
Республика Северная Осетия - Алания	3253,7	93,7	1843,1	97,1	5237,5	88,2	3866,1	73,8	85,3
Чеченская Республика	7321,3	92,3	4862,3	93,2	8268,2	99,7	6892,7	83,4	99
Ставропольский край	16222,1	91,8	11157,7	93,2	22211,2	94	17911,6	80,6	94,5
ИТОГО по СКФО	46511,9	92,5	30981,5	92	66029,7	93,8	53847,8	80,1	93,2

Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 41,96%, или 19 517,8 млн. рублей.

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ (в 2012 году – 92,5%, в 2013 году – 93,2%).

В расходах субъектов СКФО на территориальные ПГГ наибольшую долю составляют средства ОМС (80,1%).

В ходе проведения контрольного мероприятия осуществлен выход в ГБУЗ СК «Городская клиническая консультативно-диагностическая поликлиника» г. Ставрополя, ГБУЗ СК «Городская детская поликлиника № 3» г. Ставрополя, ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая больница». При проведении оценки достоверности информации об источниках оплаты медицинской помощи нарушений не установлено.

Анализ структуры расходов в 2013 году показал, что наибольший объем средств 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 за счет средств ОМС на первом месте также оплата труда, далее по значимости и объему средств - поступление нефинансовых активов, где наибольший процент средств приходится также на приобретение медикаментов и перевязочных средств.

8.2.2. Проанализировать плановые и утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СКФО 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. Результаты анализа показали следующее.

Сравнение выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом свидетельствует о сокращении вызовов скорой медицинской помощи по субъектам СКФО, кроме Республики Ингушетия и Кабардино-Балкарской Республики. В Кабардино-Балкарской Республике выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные нормативные значения.

При этом в Республике Дагестан, Республике Северная Осетия – Алания, Чеченской Республике по данным формы № 62 число вызовов скорой медицинской помощи значительно ниже нормативных значений. В то же время в указанных субъектах не отмечено достаточного числа посещений медицинских организаций по неотложной медицинской помощи, которая в Республике Дагестан отсутствует. Это может свидетельствовать о недостаточной организации взаимодействия между станциями (отделениями) скорой медицинской помощи и отделениями,

оказывающими неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которым должна передаваться информация об обращениях граждан с неотложными состояниями, не требующими экстренной медицинской помощи.

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

Оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в целом отвечает установленным требованиям, кроме Республики Ингушетия, где фактически выполненные объемы в 9,7 раза 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 во всех СКФО объемы стационарной медицинской помощи ниже федеральных значений.

При этом объемы платных услуг выросли во всех субъектах СКФО, например, в Республике Дагестан с 146,3 млн. рублей до 337,1 млн. рублей, или на 56,6%, в Чеченской Республике с 33,3 млн. рублей до 77,0 млн. рублей, или на 56,8%, в Карачаево-Черкесской Республике с 91,5 млн. рублей до 109,6 млн. рублей, или на 8,6%.

Это может свидетельствовать об ограничении доступности для населения бесплатной медицинской помощи.

Сравнение фактически сложившейся стоимости единицы объема медицинской помощи за 2012-2013 годы по субъектам СКФО показало имеющиеся различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи по субъектам СКФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется по субъектам СКФО: от 1 140,1 рубля в Республике Ингушетия до 1 328,8 рубля в Чеченской Республике, стоимость койко-дня колеблется от 1 191,1 рубля в Карачаево-Черкесской Республике до 1 998,3 рубля в Республике Ингушетия. Обращает на себя внимание крайне высокая стоимость пациенто-дня при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в Республике Ингушетия – 2 083,8 рубля, что даже выше стоимости койко-дня в условиях круглосуточного стационара (1 998,3 рубля), что свидетельствует о неравных условиях в формировании и финансовом исполнении территориальных ПТГ.

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 СКФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав СКФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в СКФО, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.

В соответствии с ПТГ на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов и ПТГ на 2014 год и на 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.

Таким образом, в близ расположенных регионах, не имеющих выраженных различий, размеры тарифов на оплату медицинской помощи должны быть максимально близки. Однако данные утвержденных и представленных в Счетную плату Российской Федерации тарифных соглашений на 1 января 2013 и 2014 годов свидетельствуют об обратном.

Так, в субъектах СКФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов и с коэффициентом дифференциации 1,0, стоимость обращения к врачу колеблется на несколько десятков процентов. Например, посещение к врачу офтальмологу в Кабардино-Балкарской Республике составляет 355 рублей, что на 29,0% ниже, чем в соседней Карачаево-Черкесской Республике (500,2 рубля).

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения един для всех субъектов Российской Федерации и утвержден приказом Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н. Несмотря на это, например, в Кабардино-Балкарской и Карачаево-Черкесской республиках стоимость случая диспансеризации различается в среднем в 1,4 раза.

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.

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

8.2.4. Оценить достижение эффективности и доступности медицинской помощи, 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 СКФО 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 СКФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций. В 2013 году по сравнению с 2012 годом коечный фонд сократился на 1,4%. Обеспеченность населения койками снизилась с 73,6 до 72,6 на 10 тыс. населения (на 1,36%).

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.

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

К критериям доступности и качества оказанной медицинской помощи в соответствии с федеральными ПГГ 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 СКФО, не достигнуты планируемые показатели ее снижения, предусмотренные в Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р: по смертности населения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Кабардино-Балкарской Республике; по младенческой смертности – в республиках Ингушетия и Северная Осетия-Алания; по смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Кабардино-Балкарской Республике и Ставропольском крае; по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах СКФО, кроме Карачаево-Черкесской и Чеченской республик.

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 не установлено. Как следствие, достоверно оценить данные, представляемые субъектами СКФО, не представляется возможным.

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

Так, при анализе обращений граждан в Министерство здравоохранения Ставропольского края установлено, что в 2013 году общее количество обращений (4 279) незначительно увеличилось по сравнению с 2012 годом (4 195) на 2,0%. Наибольший удельный вес в общей структуре обращений граждан за 2013 год составляют обращения по вопросам оказания медицинской помощи – 1486 жалоб (34,7% от общего числа) и обращения по вопросам качества оказания медицинской помощи – 613 обращений (14,3% от общего числа).

Анализ проведенных жалоб совместно с учетом 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.

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

Уровень средней заработной платы врачей по субъектам СКФО в соответствии с данными Росстата показал, что в целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах СКФО соответствует планируемым значениям, установленным государственной программой «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Отмечается рост заработной платы врачей в 1 квартале 2014 года до 27,6 тыс. рублей, что выше данных за 1 квартал 2013 года (20,2 тыс. рублей) и соответствует уровню заработной платы за 2013 год в целом.

Среди субъектов СКФО в 2014 году наибольший уровень заработной платы врачей по данным Росстата зарегистрирован в Ставропольском крае (31,7 тыс. рублей), наименьший – в Карачаево-Черкесской Республике (25,5 тыс. рублей) и Республике Дагестан (24,5 тыс. рублей).

Во всех субъектах СКФО выявлен рост средней заработной платы среднего медицинского персонала, как по сравнению с первым кварталом 2013 года, так и по 2013 году в целом.

При этом проведенный в ходе контрольных мероприятий анализ уровня средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями Ставропольского края выявил значительные различия.

Так, максимальная среднемесячная начисленная заработная плата всех работников городских больниц для взрослого населения (работающих в системе ОМС) составляет 25 972,29 рубля (ГБУЗ СК «Городская больница № 2» г. Пятигорск), минимальная 16 172,58 рубля (ГБУЗ СК «Городская больница № 2», г. Невинномысск), средняя заработная плата – 20 534,21 рубля.

Максимальная среднемесячная начисленная заработная плата всех работников поликлиник для взрослых составляет 28 165,16 рубля (ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 2» г. Ставрополя), минимальная – 18 745,8 рубля (ГБУЗ СК «Городская поликлиника № 3 г. Пятигорска»).

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

8.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам СКФО 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 проверке в Министерстве здравоохранения Ставропольского края установлено несоответствие данных формы № 62 с данными, приведенными в форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».

Учитывая особенности формирования показателей по форме № 62, куда включаются организации всех форм собственности, участвующие в территориальной программе ОМС, объемы медицинской помощи по форме № 62 должны быть больше, чем по формам федерального статистического наблюдения № 30. Однако объемы медицинской помощи, оказанные в условиях круглосуточного стационара, указанные в форме № 62 за 2013 год, ниже объемов, включённых в форму № 30.

Это ставит под сомнение достоверность данных федерального статистического наблюдения и затрудняет их анализ.

Выявленные расхождения могут свидетельствовать о наличии признаков правонарушения, влекущего ответственность, предусмотренную статьей 13.19 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях и статьей 3 Закона Российской Федерации от 13.05.1992 № 2761-1 «Об ответственности за нарушение порядка предоставления государственной статистической отчетности».

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 639,6 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО 117,25 млн. рублей (18,3%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи.

Общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил 640,7 млн. рублей.

Считаем целесообразным обратить внимание, что наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем средств не направляется медицинским организациям в связи с их удержанием и отказами СМО в оплате медицинской помощи. Всего по СКФО медицинские организации не получили 482,0 млн. рублей средств ОМС.

При этом по данным субъектов СКФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 11,8% 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 связи с этим обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО превышают среднюю заработную плату по субъекту Российской Федерации (свыше 21 тысячи рублей), кроме Республики Ингушетия (18 тыс. рублей).

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 все территориальные ПГГ субъектов СКФО утверждены соответствующими нормативными правовыми актами субъектов. При этом ПГГ на 2013 Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республики Северная Осетия – Алания, ПГГ на 2014 год Республики Ингушетия и Карачаево-Черкесской Республики 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».

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

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

10.2.1. В нарушение пункта 5 части 2 указанной статьи 81 ПГГ Кабардино-Балкарской Республики и Карачаево-Черкесской Республики на 2013 год не содержат перечень 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 указанной статьи в ПГГ Кабардино-Балкарской Республики, Республики Северная Осетия – Алания и Республики Дагестан 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. ПГГ Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Карачаево-Черкесской Республики, Республика Северная Осетия - Алания на 2013 год и на 2014 год содержат перечень видов медицинской помощи и мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

10.2.4. Ни одна территориальная ПГГ субъектов СКФО на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, кроме Ставропольского края, 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 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 федеральном уровне критериев распределения.

10.4. В 2012 году дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ по данным Минздрава России установлен во всех субъектах СКФО и составил 25 466,3 млн. рублей (34,9 % от потребности).

На 2013 и 2014 год территориальные ПГГ субъектов СКФО были утверждены с суммарным дефицитом в размере 16 398,4 млн. рублей и на 2014 год в размере 19 762,0 млн. рублей. То есть в 2014 году по сравнению с 2013 годом дефицит средств бюджета на реализацию территориальных ПГГ вырос.

Следует отметить, что в 2013 году дефицит ПГГ Республики Ингушетия, в 2014 году – ПГГ Республики Ингушетия, Кабардино-Балкарской Республики, Ставропольского края сложился за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации.

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

10.5. Во всех субъектах СКФО 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.

10.6. 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, в ПГГ Республики Северная Осетия – Алания, Кабардино-Балкарской Республики, Республики Ингушетия, Ставропольского края. Учитывая изложенное, территориальные программы ОМС данных субъектов Российской Федерации содержат «скрытый» дефицит средств ОМС, необходимых для формирования адекватного тарифа на оплату медицинской помощи.

10.7. Сравнительный анализ утвержденных на 2013 и 2014 годы нормативов объема медицинской помощи и нормативов их финансовых затрат по субъектам СКФО 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:

10.7.1. Установленные субъектами СКФО на 2013-2014 годы нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, а также нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи за счет консолидированных бюджетов субъектов СКФО на 2013-2014 годы ниже федеральных.

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

10.7.2. В ходе контрольных мероприятий в Территориальном фонде ОМС Ставропольского края было установлено, что по ряду нормативов финансовых

затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС Ставропольского края не была произведена корректировка на коэффициент дифференциации, что формирует «скрытый» дефицит территориальной программы ОМС Ставропольского края.

10.7.3. 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 СКФО 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.

10.8. Анализ тарифных соглашений показал, что при оплате первичной медико-санитарной помощи субъектами СКФО 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 Кабардино-Балкарской Республики, где оплата производится по подушевому нормативу и Республики Дагестан, где применяется оплата за вызов скорой медицинской помощи. Во всех субъектах СКФО оплата стационарной медицинской помощи производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистические группы заболеваний.

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

10.9.1. Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 41,96%, или 19 517,8 млн. рублей.

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ (в 2012 году – 92,5%, в 2013 году – 93,2%).

При этом средства бюджетов субъектов Российской Федерации сократились с 16 647,6 млн. рублей до 12 982,6 млн. рублей (- 3 665,0 млн. рублей). То есть прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

10.9.2. В расходах субъектов СКФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (80,1%, в 2012 году – только 66,6%)

10.9.3. Выявлены различия в фактической стоимости в 2013 году единицы объема медицинской помощи по субъектам СКФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется по субъектам СКФО: от 1 140,1 рубля в Республике Ингушетия до 1 328,8 рубля в Чеченской Республике, стоимость койко-дня колеблется от 1 191,1 рубля в Карачаево-Черкесской Республике до 1 998,3 рубля в Республике Ингушетия.

10.9.4. 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 медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте -

приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

10.9.5. По данным органов исполнительной власти субъектов СКФО на 1 января 2014 года не оплачена кредиторская задолженность медицинских организаций в размере 836,8 млн. рублей. При этом объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС составил в Ставропольском крае 403,9 млн. рублей, за счет средств бюджета – в Кабардино-Балкарской Республике 101,1 млн. рубле) и в Республике Дагестан 103,2 млн. рубле). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг.

10.9.6. Объемы платных услуг выросли во всех субъектах СКФО, например, в Республике Дагестан с 146,3 млн. рублей до 337,1 млн. рублей, или на 56,6%, в Чеченской Республике с 33,3 млн. рублей до 77,0 млн. рублей, или на 56,8%, в Карачаево-Черкесской Республике с 91,5 млн. рублей до 109,6 млн. рублей, или на 8,6%.

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

10.10.1. Во всех субъектах СКФО 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.

10.10.2. В субъектах СКФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов, и имеющих коэффициент дифференциации 1,0, стоимость посещений к врачу различается на несколько десятков процентов, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 1,5 раза.

10.10.3. В 2014 году по сравнению с 2013 годом средний норматив стоимости профилактического посещения увеличился на 19,6%, обращения по поводу заболевания – на 20,8%. Однако в Республике Дагестан и Карачаево-Черкесской Республике стоимость обращений к врачам снизилась.

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

сокращение вызовов скорой медицинской помощи по всем субъектам СКФО, кроме Республики Ингушетия и Кабардино-Балкарской Республики. При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи в Кабардино-Балкарской Республике превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения;

недостаточное развитие во всех субъектах СКФО системы оказания медицинской помощи в неотложной форме;

несоответствие установленным требованиям медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (кроме Ставропольского края), так фактически выполненные объемы ниже нормативных значений от 9,7 раза в

Республике Ингушетия и до 1,1 раза в Карачаево-Черкесской Республике. При этом обращает на себя внимание крайне высокая стоимость пациенто-дня при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в Республике Ингушетия – 2 083,8 рубля, что даже выше стоимости койко-дня в условиях круглосуточного стационара (1 998,3 рубля);

несмотря на снижение в 2013 году смертности населения по всем субъектам СКФО, не достигнуты планируемые показатели ее снижения, предусмотренные в Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы. Так, в Ставропольском крае не достигнуты показатели по снижению смертности населения от болезней системы кровообращения, от новообразований, от дорожно-транспортных происшествий;

выявлен рост в 2013 году по сравнению с 2012 годом обращений населения по вопросам работы учреждений здравоохранения, недостатков в оказании медицинской помощи.

Представленные результаты реализации ПГТ на фоне роста платных медицинских услуг могут свидетельствовать об ограничении доступности для населения медицинской помощи, в первую очередь оказываемой в стационарных условиях.

10.12. Анализ по данным Росстата оплаты труда медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПГТ, показал:

рост заработной платы врачей в 1 квартале 2014 года до 27,6 тыс. рублей, что выше данных за 1 квартал 2013 года (20,2 тыс. рублей) и соответствует уровню заработной платы за 2013 год в целом;

среди субъектов СКФО в 2014 году наибольший уровень заработной платы врачей по данным Росстата в Ставропольском крае (31,7 тыс. рублей), наименьший – в Карачаево-Черкесской Республике (25,5 тыс. рублей) и Республике Дагестан (24,5 тыс. рублей);

рост средней заработной платы среднего медицинского персонала, как по сравнению с первым кварталом 2013 года, так и по 2013 году в целом;

значительные различия уровней средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями Ставропольского края.

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 и региональном (за исключением Ставропольского края) уровнях 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.

10.13.3. В ходе проверки в Территориальном фонде ОМС Ставропольского края выявлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом: «дерматовенерология», «колопроктология», «профпатология», «пульмонология». Кроме того, в реестре экспертов качества Ставропольского края отсутствуют специалисты: «лечебная физкультура и спортивная медицина», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «бактериология», «детская кардиология», «гематология».

Таким образом, в Ставропольском крае экспертиза качества медицинской помощи не может быть проведена в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность, а также не может быть проведена экспертиза качества медицинской помощи, специалисты по которой в крае отсутствуют.

10.13.4. Представленные данные по деятельности СМО показали, что всего за 2013 год указанными организациями были наложены на медицинские организации штрафные санкции в объеме 639,6 млн. рублей, из них направлено на формирование собственных средств СМО 117,25 млн. рублей (18,3%). 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 СМО в оплате медицинской помощи. Всего по СКФО медицинские организации не получили 482,0 млн. рублей средств ОМС.

При этом по данным субъектов СКФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 11,8% всех отказов) являются дефекты оформления первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (31,9%). Однако порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. В данной связи обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

10.13.5. Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО превышают среднюю заработную плату по субъекту Российской Федерации, кроме Республики Ингушетия.

11. Предложения (рекомендации):

11.1. Направить представление губернатору Ставропольского края.

11.2. Направить информационное письмо Полномочному представителю Президента Российской Федерации по Северо-Кавказскому 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.

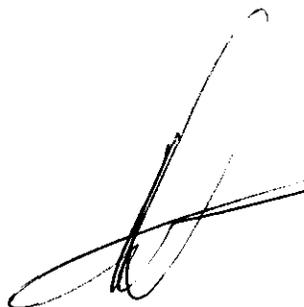
Приложения:

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 4 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко