Приложение № 4.1.

**Анализ нормативных правовых актов, регулирующих способы оплаты и формирование тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС**

Способ оплаты медицинской помощи в системе ОМС – это механизм возмещения затрат медицинской организации при оказании медицинской помощи по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

Тариф на оплату медицинской помощи в системе ОМС – это денежная сумма, определяющая размер возмещения и состав компенсируемых расходов медицинским организациям за оказание медицинской помощи в соответствии с Тарифным соглашением.

Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС, тарифы медицинской помощи, в том числе структура расходов, установлены федеральным законодательством, ведомственными приказами, разъяснительными и рекомендательными письмами Минздрава России и ФФОМС (часть 7 статьи 35 Федерального закона № 326‑ФЗ, пункт 157 Правил № 158н Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в ОМС).

Способ оплаты медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в рамках реализации ТПОМС, является инструментом управления оказанием медицинской помощи, влияющим на достижение текущих и стратегических целей здравоохранения, в том числе обозначенных в федеральных проектах.

Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в системе ОМС, влияют на следующие показатели деятельности медицинской организации:

финансовое состояние (в том числе степень возмещения текущих расходов за счет использования средств ОМС);

выполнение показателей по уровню заработной платы в соответствии с Указом Президента 2012 года;

выполнение утвержденных объемов медицинской помощи с учетом результатов экспертизы качества, объемов и сроков оказания медицинской помощи;

возможность стимулирования медработников за выполнение показателей результативности деятельности

выполнение показателей доступности и качества оказания медицинской помощи в соответствии с видом, условиями оказания медицинской помощи (напр., для амбулаторных условий – профилактическая активность, выявление онкозаболевания на ранней стадии, для стационарных условий – снижение сроков лечения, повышение оборота койки, снижение больничной летальности);

повышение эффективности организации оказания медицинской помощи (снижение доли высокозатратных форм оказания медицинской помощи, в т. ч. посредством развития стационарозамещающих технологий, и др.).

Выбор способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС должен проводиться на основе оценок возможности использования этих способов оплаты в качестве одного из инструментов достижения целей, установленных для каждого этапа оказания медицинской помощи.

Так, критериями выбора способа оплаты амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (ТПОМС), является возможность использовать соответствующий способ оплаты для достижения следующих целей:

повышения доступности амбулаторной медицинской помощи,

формирования приоритета профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни,

выявления заболеваний на более ранних стадиях,

предотвращения обострения хронических заболеваний,

общего улучшения здоровья населения, увеличения продолжительности жизни.

Основная идея реального подушевого принципа финансирования, в соответствии с которой распорядителем средств ОМС должно стать первичное звено.

Основными критериями выбора способа оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара является возможность использовать соответствующий способ оплаты для достижения следующих целей:

повышение справедливости системы финансирования стационаров, заключающейся в более высокой оплате за больший объем оказанных услуг и более сложные и тяжелые случаи;

повышение эффективности оказания стационарной помощи за счет повышения эффективности работы коечного фонда, в том числе за счет сокращения длительности пребывания на койке, увеличения случаев оказания специализированной медицинской помощи;

создание стимулов к улучшению маршрутизации пациентов;

стимулирование использования современных технологий диагностики и лечения, совершенствованию спектра оказанных услуг.

В Методических рекомендациях по способам оплаты на 2020 год (пункт 2.7[[1]](#footnote-1)) отсутствует информация о механизмах расчета фактического размера финансового обеспечения медицинской организации при оплате по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи и по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (как это было представлено в Методических рекомендациях на 2019 год (пункт 3 (3.1 и 3.2))[[2]](#footnote-2)). Так, в соответствии с Методическими рекомендациями 2019 года, при способе оплаты по подушевому нормативу в сочетании за единицу - формирование бюджета МО (предельный объем финансирования) рассчитывается исходя из подушевого норматива и численности прикрепленных, а фактическая оплата осуществляется за оказанные услуги. То есть, по факту, это способ оплаты за выполненные объемы, лимитированные финансированием, рассчитанным исходя из подушевого норматива и количества прикрепленных. Поэтому в ТС субъектов Российской Федерации наблюдается применение различных подходов к оплате по подушевому принципу, что оказывает влияние на разницу финансовых условий оказания идентичной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации.

Можно предположить, что такая ситуация объясняется принятием в 2020 году новых Правил ОМС, в соответствии с подпунктом 10 пункта 139 которых указано, что при оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется на основании счета на оплату медицинской помощи, сформированного исходя из количества прикрепленных к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных лиц и подушевого норматива финансирования медицинской организации. При этом медицинской организацией, оплата медицинской помощи которой осуществляется на основе подушевого норматива финансирования и подушевого норматива финансирования с учетом показателей результативности деятельности, в том числе подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, представляется персонифицированный реестр счета, содержащий сведения о фактически оказанной медицинской помощи (медицинских услугах, посещениях, обращениях, вызовах, законченных случаях лечения заболевания, в том числе на основе КПГ/КСГ) застрахованным лицам, обслуживаемым медицинской организацией.

Таким образом, способы оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся, утвержденные Программой государственных гарантий, отличаются применением или не применением показателей результативности деятельности медицинской организации.

Способ оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, по КСГ развивается с 2012 года с учетом предложений медицинского профессионального общества.

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, финансовая обеспеченность тарифов ОМС определяется размером средств ФОМС, запланированных на соответствующий финансовый год, и наличием финансовых возможностей бюджета субъекта Российской Федерации на расширение базовой программы ОМС (далее также – БПОМС). Так, в соответствии с пунктом 2 статьи 4 Федерального закона № 326-ФЗ установлено, что одним из основных принципов осуществления ОМС является устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС. Таким образом, исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации зависит от размера средств, которые находятся в распоряжении (запланированы) системы ОМС.

Основным источником средств ОМС (90%) являются средства (субвенция) на БПОМС. При расчете субвенции, в соответствии с порядком распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС[[3]](#footnote-3), учитывается общий размер субвенций, установленный в бюджете Фонда на соответствующий финансовый год. Общий же размер субвенций зависит от многих факторов (в том числе, от численности застрахованных лиц, прогноза поступлений страховых взносов на работающее и неработающее население, прогноза социально-экономического развития Российской Федерации, возможностей федерального бюджета обеспечить выпадающие доходы и дополнительное финансирование обязательств ФОМС (напр., финансовое обеспечение оказания медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения)).

На территории субъекта Российской Федерации при распределении объемов финансирования между страховыми медицинскими организациями также осуществляется корректировка в соответствии с общим объемом выделенных средств посредством применения поправочного коэффициента (п.134 Правил ОМС[[4]](#footnote-4)).

Таким образом, средства на базовую программу рассчитываются не на основании потребности в соответствующих расходах на оказание медицинской помощи, а исходя из выделенных объемов. Данное положение вызывает значительное расхождение между объемом ресурсов, которые требуется соблюсти учитывать при оказании медицинской помощи на основании документов, указанных в ст.37 ФЗ 323, и их финансовым обеспечением.

Одним из дефектов оказания медицинской помощи, установленных Правилами ОМС, который приводит к неоплате оказанной медицинской организацией медицинской помощи, является предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования[[5]](#footnote-5). В настоящее время решение спорных вопросов в данной области осуществляется в судебных инстанциях[[6]](#footnote-6). Верховный суд Российской Федерации отказал в удовлетворении требования о признании недействующим пункта 5.3.2 приложения 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утв. приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 г. № 36, так как счел, что предъявление к оплате медпомощи сверх распределенного Комиссией по разработке ТПОМС объема правомерно отнесено к нарушениям в оформлении и предъявлении на оплату счетов и реестров счетов, являющихся основанием для отказа в оплате медпомощи, и соответствует законодательству об ОМС. При этом содержание спорной нормы не допускает неоказания, несвоевременного оказания или оказания медпомощи ненадлежащего качества медицинской организацией. А если административный истец не согласен с конкретным отказом в оплате медицинской помощи, оказанной им сверх установленных объемов, то ему следует обращаться в арбитражный суд за защитой своих прав.

По вопросу оплаты «сверхобъемной» медпомощи из средств ОМС Верховный Суд Российской Федерации в 2018 году постановил, что при отсутствии доказательств того, что оказанные медуслуги не входят в программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медпомощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами.[[7]](#footnote-7)

Соответственно, проблема оплаты «сверхобъемов» остается нерешенной, упирается в финансовую состоятельность системы ОМС, которая, в свою очередь, зависит не только от доходной части ОМС, но и от эффективного и рационального использования средств.

Одной из основных проблем ОМС является отсутствие понятного и ресурсообоснованного содержания тарифов на медицинские услуги, что не позволяет с уверенностью говорить об их финансовой достаточности. Представляется не лишенным оснований мнение, в соответствии с которым тарифы в системе ОМС могут быть не вполне достаточными даже для решения задачи по обеспечению уровня заработной платы медицинским работникам в соответствии с Указами Президента 2012 года. Одним из подтверждений справедливости такого мнения является структура кредиторской задолженности медицинских организаций.

Условия расчета и сроки утверждения тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС установлены статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ. Структура тарифа в рамках БПОМС установлена статьей 35 Федерального закона № 326-ФЗ. Методика расчета тарифов в системе ОМС установлена в Правилах ОМС[[8]](#footnote-8). Она носит общий характер и не определяет конкретные значения показателей, существенно влияющие на результаты расчетов расходов на оплату труда (в том числе, коэффициент совместительства категорий персонала, принимающих участие в оказании медицинской помощи, и доля средств ОМС), исходя из которых осуществляется достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

Однако в Правилах ОМС указано, что в случае наличия утвержденных нормативов затрат, выраженных в натуральных показателях, в том числе нормативов питания, оснащения мягким инвентарем, лекарственными препаратами, норм потребления расходных материалов, нормативов затрат рабочего времени, объемов снижения потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иных натуральных параметров оказания медицинской помощи (медицинской услуги), указанные нормативы затрат, выраженные в натуральных показателях, используются при определении тарифов (пункт 188 Правил ОМС). На сегодняшний день нормативы затрат, выраженные в натуральных нормах, присутствуют в следующих документах:

затраты на оплату труда работников, непосредственно связанных с оказанием медицинской услуги – в соответствии с рекомендованными штатными нормативами, утвержденными порядком оказания помощи по профилю, отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей по специальностям утв. Приказами Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н, от 19 декабря 2016 г. № 973н, от 06.08.2020 № 810н);

расходы на питание – в соответствии с Приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» (для профиля «фтизиатрия»), Приказом Минздрава РФ от 05.08.2003 № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»;

оборудование, используемые в процессе оказания государственной услуги - в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю;

медикаменты – в соответствии с действующими утвержденными стандартами медицинской помощи по профилю;

перевязочный материал - в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 28.08.1985 № 145 «Об утверждении Временных нормативов потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений»;

мягкий инвентарь - в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 15.09.1988 № 710 «Об утверждении табелей оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий».

Нормативные документы, устанавливающие нормы потребления мягкого инвентаря и перевязочного материала являются устаревшими и недостаточными, не обеспечивающими все профили медицинской помощи соответствующей информацией, а рекомендуемые штатные нормативы и стандарты оснащения подразделений медицинских организаций по профилю медицинской помощи не соответствуют ни показателям ПГГ в части объемов медицинской помощи, указанным в Письме Минздрава[[9]](#footnote-9), ни перечню используемого в практике медицинского оборудования.

Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи, может осуществляться разными способами, указанными в п.208 Правил ОМС. Методика расчета тарифов, утвержденная Правилами ОМС, учитывает усредненные значения по медицинским организациям, оказывающим идентичные виды медицинской помощи, а указанные способы распределения общехозяйственных затрат позволяют учесть эти затраты в отношении отдельной медицинской организации, что противоречит принципу утверждения единых тарифов для всех СМО, находящихся на территории субъекта Российской Федерации, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТПОМС, а, значит, и для всех медицинских организаций.

Объем медицинской помощи, который учитывается при расчете тарифа, определяется на основе единых стандартизованных документов - стандартов медицинской помощи. В соответствии с Приказом Минздрава России от 8 февраля 2018 г. № 53н, стандарты медицинской помощи разрабатываются Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг[[10]](#footnote-10). Необходимо отметить, что на многие заболевания (точнее – на модели пациентов по конкретному заболеванию, включающие в том числе информацию о возрастной категории пациента, о виде, условии и форме оказания медицинской помощи, о фазе и степени тяжести заболевания (состояния)), входящие в базовую программу ОМС, стандарты медицинской помощи отсутствуют (напр., на 86% методов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «эндокринология», на 70% методов по профилю «торакальная хирургия»).

Номенклатура медицинских услуг является одним из элементов стандартизации в здравоохранении, на основе которой сформированы единые подходы к формированию стандартов медицинской помощи/протоколов лечения, а также иные документы территориального уровня (напр., прейскурант медицинских услуг для межтерриториальных расчетов).

Однако исследование действующих в 2020 году Тарифных соглашений (далее - ТС) показало, что в ряде субъектов Российской Федерации в прейскурантах на оплату медицинских услуг отсутствует соотнесение с позициями Номенклатуры (напр., Приложение №23 к ТС Ивановской области на 2020 год), а ряд позиций прейскурантов носят комплексный характер, также не соотнесенный или отсутствующий в Номенклатуре медицинских услуг (напр., Приложение №9-11 к ТС Владимирской области на 2020 год).

Несмотря на установленное нормативными документами единство подходов к формированию стандартов медицинской помощи, прейскурантов медицинских услуг, тарифы на идентичные медицинские услуги, оказываемые разными медицинскими организациями в регионах с идентичными территориальными условиями, сильно дифференцированы. В таблице 2.1 представлено сопоставление тарифов на идентичные услуги, установленные ТС в следующих девяти субъектах Российской Федерации на 2020 год с коэффициентом территориальной дифференциации равным «1»:

Волгоградская область

Калининградская область

Карачаево-Черкесская Республика

Костромская область

Новгородская область

Псковская область

Республика Мордовия

Рязанская область

Тамбовская область

Анализ представленных в таблице № 4.1.1. данных показал, что значения минимальных и максимальных тарифов в среднем различаются в 2,3 раза.

Проведенное исследование показало значительную дифференциацию тарифов и на посещение врачей. При расчете тарифа на посещение врача по специальностям, наряду с утвержденными на территории субъекта или на уровне медицинской организации системами оплаты труда, используются нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом. На сегодняшний день такие нормативы времени утверждены всего на 16 из 104 специальностей, утв. Приказом Минздрава России от 07.10.2015 № 700н.

Таблица № 4.1.1. Размер тарифов выборочных медицинских услуг, утвержденных в ТС на 2020 год по отдельным субъектам Российской Федерации

| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Волгоградская область | Калининградская область | Карачаево-Черкесская Республика | Костромская область | Новгородская область | Псковская область | Республика Мордовия | Рязанская область | Тамбовская область |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A06.03.002 | Компьютерная томография лицевого отдела черепа | 2 223,00 | 1 742,50 | 2 769,03 | 3 300,00 | 1 569,00 | 1 420,00 | 1 106,25 | 1 380,29 | 1 673,00 |
| A06.08.009.001 | Спиральная компьютерная томография шеи | 2 223,00 | 1 742,50 | 2 769,03 | 3 300,00 | 1 569,00 | 1 420,00 | 1 106,25 | 1 380,29 | 1 673,00 |
| A06.30.005.001 | Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства | 2 223,00 | 1 300,96 | 2 769,03 | 3 300,00 | 1 569,00 | 1 420,00 | 1 106,25 | 1 380,29 | 1 673,00 |
| A06.03.036.002 | Компьютерная томография нижней конечности с внутривенным болюсным контрастированием | 5 436,00 | 5 951,57 | 5 840,54 | 4 900,00 | 6 019,00 | 5 930,00 | 4 440,30 | 9 527,31 | 6 715,00 |
| A06.20.002.003 | Компьютерная томография органов малого таза у женщин с контрастированием | 5 436,00 | 5 435,91 | 5 840,54 | 4 900,00 | 6 019,00 | 5 930,00 | 4 440,30 | 4 163,89 | 6 715,00 |
| A06.23.004.006 | Компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием | 4 883,00 | 5 435,91 | 5 840,54 | 4 900,00 | 6 019,00 | 5 930,00 | 4 440,30 | 4 163,89 | 6 715,00 |
| A05.04.001 | Магнитно-резонансная томография суставов (один сустав) | 1 957,00 | 1 447,07 | 3 170,85 | 3 610,00 | 1 710,00 | 2 495,00 | 2 010,50 | 2 993,83 | 2 010,00 |
| A05.08.001 | Магнитно-резонансная томография околоносовых пазух | 1 957,00 | 1 447,07 | 3 170,85 | 3 610,00 | 1 710,00 | 2 495,00 | 2 010,50 | 2 993,83 | 2 010,00 |
| A05.23.009.010 | Магнитно-резонансная томография спинного мозга (один отдел) | 1 957,00 | 1 447,07 | 3 170,85 | 3 610,00 | 1 710,00 | 2 495,00 | 2 010,50 | 2 993,83 | 2 010,00 |
| A05.23.009.011 | Магнитно-резонансная томография спинного мозга с контрастированием (один отдел) | 4 920,00 | 6 411,36 | 6 421,58 | 5 649,00 | 6 160,00 | 6 073,00 | 5 985,30 | 6 959,75 | 6 900,00 |
| A04.10.002 | Эхокардиография | 724,00 | 952,22 | 511,23 | 640,50 | 585,00 | 697,00 | 665,00 | 452,34 | 640,50 |
| A04.12.005 | Дуплексное сканирование сосудов (артерий и вен) верхних конечностей | 477,00 | 1 279,86 | 689,54 | 640,50 | 615,00 | 542,00 | 1 055,00 | 898,33 | 640,50 |
| A04.12.005.005 | Дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий | 641,00 | 615,65 | 689,54 | 640,50 | 615,00 | 542,00 | 538,00 | 898,33 | 640,50 |
| A04.12.005.006 | Дуплексное сканирование интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий | 641,00 | 615,65 | 689,54 | 640,50 | 620,00 | 542,00 | 538,00 | 898,33 | 640,50 |
| A03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия | 881,00 | 551,47 | 681,85 | 880,60 | 750,00 | 595,00 | 750,00 | 797,44 | 880,60 |
| A03.18.001 | Колоноскопия | 881,00 | 1 189,88 | 1 022,78 | 880,60 | 990,00 | 960,00 | 1 100,00 | 1 438,53 | 880,60 |
| A03.19.002 | Ректороманоскопия | 881,00 | 294,60 | 1 306,88 | 880,60 | 980,00 | 420,00 | 750,00 | 369,71 | 880,60 |

Стоимость изделий медицинского использования (ИМИ) регулируется законодательством Российской Федерации. Так, согласно Постановлению Правительства РФ от 30.12.2015 № 1517, «начальные (максимальные) цены контрактов на закупку медицинских изделий не могут превышать зарегистрированные предельные отпускные цены производителей на медицинские изделия с учетом установленных предельных размеров оптовых надбавок и налога на добавленную стоимость (для медицинских изделий, облагаемых налогом на добавленную стоимость)». При этом «предельная отпускная цена производителя на медицинское изделие при регистрации не может превышать средневзвешенную отпускную цену соответствующего вида медицинского изделия».

Следует отметить, что информация о предельных и средневзвешенных отпускных ценах на медицинские изделия из Перечня ИМИ, опубликованная в открытом доступе на сайте Росздравнадзора[[11]](#footnote-11), является неполной. Так, из 368 видов Перечня ИМИ, всего по 152 видам установлена средневзвешенная отпускная цена, из них всего по 25 видам ИМИ установлена предельная отпускная цена производителя.

Такая ситуация приводит к нерациональному расходованию государственных средств. Так, например, при выполнении наиболее востребованного метода ВМП по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», включенного в БПОМС, - баллонной вазодилатации с установкой стента в сосуд, в соответствии со стандартами специализированной медицинской помощи[[12]](#footnote-12) применяется электрокардиостимулятор имплантируемый двухкамерный, частотно-адаптивный, входящий в Перечень ИМИ. На данное медицинское изделие предельная отпускная цена Росздравнадзором не установлена. Средневзвешенная стоимость данного медицинского изделия, утвержденная Росздравнадзором, с учетом предельной оптовой надбавки составляет 41332,57 руб. Исследование сайта Казначейства Российской Федерации показало значительный разброс закупочных цен от 53,8 до 90 тыс. рублей, как показано в таблице № 4.1.2., а рассчитанная средневзвешенная цена на данное ИМИ составила 64,6 тыс. руб., что в 1,6 раза превышает средневзвешенную стоимость ИМИ с учетом оптовой надбавки.

Таблица № 4.1.2. Результаты исследования цены на электрокардиостимулятор имплантируемый двухкамерный, частотно-адаптивный по данным сайта Росздравнадзора и Казначейства России

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | Наименование вида медицинского изделия | Средневзвешенная стоимость (Росздравнадзор), руб. | Стоимость ИМИ с учетом оптовой надбавки, руб. | Предельная отпускная цена (Росздравнадзор), руб. | Средневзвешенная по данным сайта Казначейства, руб. | Максимальная стоимость ИМИ, руб. /номер закупки на сайте казначейства | Минимальная стоимость ИМИ, руб./ номер закупки на сайте казначейства. |
| 139070 | Электрокардиостимулятор имплантируемый двухкамерный, частотно-адаптивный | 39 364,35 | 41 332,57  |  нет  | 64 597,67 | 90 000,00/№ 0372100024518000841 | 53 829,33/№ 0818500000819002875 |

Также следует отметить, что опубликованная на сайте Росздравнадзора информация о средневзвешенных отпускных ценах не является актуальной. Из 2953 медицинских изделий, входящих в перечень ИМИ, на которые установлены предельные отпускные цены производителей, только на 3 - с датой государственной регистрации предельной отпускной цены 2019 года, а на 93% медицинских изделий – 2018 года. Несмотря на ежегодную индексацию ФОМС затрат на медицинские изделия в структуре тарифа, закупка указанных товаров должна производиться с учетом цен, утвержденных Росздравнадзором.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) информационным письмом от 23.03.2020 № 02и-477/20, подписанным Врио руководителя Д.В.Пархоменко, довела до сведения медицинских организаций информацию о средневзвешенных ценах медицинских изделий за 2019 год, включающую 2 вида ИМИ:

155800 Стент для коронарных артерий выделяющий лекарственное средство, с нерассасывающимся полимерным покрытием;

218190 Стент для коронарных артерий металлический непокрытый.

Однако цены в реестре Росздравнадзора[[13]](#footnote-13) по указанным в письме видам ИМИ обновлены не были.

Отсутствие в Номенклатуре медицинских услуг информации об используемых медицинских изделиях, в том числе из Перечня ИМИ, не позволяет обосновать тариф на услугу (как указывалось выше, цены на ИМИ регулируются федеральным законодательством). В то же время, исследование отдельных медицинских услуг на наличие соответствующих медицинских изделий, применяемых при оказании этих услуг, позволило обнаружить отсутствующие позиции в Перечне ИМИ, как показано в таблице № 4.1.3.

Таблица № 4.1.3. Перечень медицинских услуг, по которым не найдено соответствия в перечне ИМИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Наименование медицинского изделия, для которого не найдено соответствие в перечне ИМИ |
| A16.28.016 | Имплантация электронного стимулятора в мочевой пузырь | электронный стимулятор в мочевой пузырь |
| A16.28.073.001 | Сфинктеропластика с имплантацией искусственного сфинктера | система протезирования уретрального сфинктера |
| A16.30.005.001 | Пластика диафрагмы с использованием импланта | имплантационные материалы для пластики диафрагмы |
| A16.23.058.002 | Имплантация системы электростимуляции периферических нервов | система электростимуляции периферических нервов |
| A16.20.032.007 | Резекция молочной железы субтотальная с маммопластикой и эндопротезированием | имплантат молочной железы |
| A16.20.049.001 | Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием |
| A16.20.051 | Отсроченная реконструкция молочной железы кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированиемПродолжение таблицы 2.3 |
| A16.20.103 | Отсроченная реконструкция молочной железы с использованием эндопротеза |
| A16.20.085.002 | Маммопластика подгрудным доступом с применением эндопротеза, расположенного подмышечно |
| A16.20.085.003 | Маммопластика подмышечным доступом с применением эндопротеза, расположенного поджелезисто |
| A16.20.085.004 | Маммопластика подмышечным доступом с применением эндопротеза, расположенного подмышечно |
| A16.20.085.005 | Маммопластика периареолярным доступом с применением эндопротеза, расположенного поджелезисто |
| A16.20.085.006 | Маммопластика периареолярным доступом с применением эндопротеза, расположенного подмышечно |
| A16.03.077.004 | Резекция грудной стенки с эндопротезированием | эндопротез грудной стенки |
| A16.03.060.002 | Резекция большой берцовой кости сегментарная с эндопротезированием | эндопротез большой берцовой кости |
| A16.03.061.002 | Резекция малой берцовой кости сегментарная с эндопротезированием | эндопротез малой берцовой кости |
| A16.03.062.002 | Резекция костей голени сегментарная с эндопротезированием | эндопротез костей голени |
| A16.03.065.002 | Резекция костей предплечья сегментарная с эндопротезированием | эндопротез костей предплечья |
| A16.15.021 | Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока | стент для панкреатического протока |
| A16.16.047 | Эндоскопическая имплантация баллона в желудок | желудочный баллон |

Формирование тарифов осуществляется в соответствии с положениями, изложенными в клинических рекомендациях. На сегодняшний день содержание клинических рекомендаций не увязывается с источниками и объемами финансирования. Клинические рекомендации, в частности, по профилю онкология, утверждаются раньше, чем создаются условия для их финансового обеспечения за счет средств ОМС. Субъекты, осуществляющие контроль за выполнением клинических рекомендаций[[14]](#footnote-14), вынуждают медицинские организации обеспечивать оказание такой медицинской помощи, что приводит к дефициту средств у последних.

Методика расчета коэффициентов затратоемкости по КСГ требует совершенствования, так как тарифы КСГ не сбалансированы по затратоемкости случаев, входящих в группу. При расчете коэффициентов затратоемкости, являющихся отношением среднего тарифа законченного случая и стоимости случая лечения, входящего в группу КСГ, используется метод средневзвешенной цены. Это приводит к возникновению так называемых «маржинальных» или доходных КСГ, и групп КСГ, при оплате по которым наблюдается дефицит средств у медицинских организаций.

Особенно явно данная ситуация проявилась по КСГ лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях. В таблице № 4.1.4. представлены данные по затратной КСГ дневного стационара - ds19.032 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)» с КЗ 48,92 (или 600 377,55 руб.). Данные о стоимости схемы лекарственной терапии, плановых данных о количестве случаев по каждой схеме на 2020 год приведены на основании данных ФОМС. Источником данных о фактическом распределении количества случаев в структуре случаев лечения, входящих в соответствующую КСГ, за первое полугодие 2020 года являются материалы публичных выступлений представителей ФОМС[[15]](#footnote-15), как показано в таблице № 4.1.4. Исходя из экспертной оценки, определен состав информации, используемой для обеспечения в нормативно-правовых актах (далее - НПА) полноты регулирования способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС. Полученная информация представлена в виде таблицы № 2.4.5.

Несоответствие фактических и плановых данных о распределении внутри группы количества случаев по каждой схеме лекарственной терапии может привести к перерасходу средств по данной группе по данным за 6 месяцев 2020 года в размере 1,1 млрд. рублей.

Таблица № 4.1.4. Оценка «маржинальности» КСГ дневного стационара ds19.032 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)», 2020 г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код схемы** | **Интервальное описание** | **Стоимость схемы, руб.** | **Тариф КСГ, руб.** | **Кол-во случаев, 6 мес. план., ед.** | **Доля случаев, план, %** | **Доля случаев факт, %** | **Кол-во случаев, 6 мес. факт, ед.** | **Перерасход/недорасход, млн.руб.** |
| sh023 | Вемурафениб + кобиметиниб | 463 773,08 | 600 377,50 | 1 832 | 19,2 | 8,1 | 774 | 490,58 |
| sh049 | Дабрафениб + траметиниб | 492 664,26 | 1 441 | 15,1 | 33,0 | 3 154 | -844,00 |
| sh081 | Ипилимумаб | 805 864,08 | 946 | 9,9 | 2,4 | 229 | 577,49 |
| sh595 | Пембролизумаб + пеметрексед + цисплатин | 436 612,40 | 202 | 2,1 | 1,1 | 105 | 42,29 |
| sh596Продолжение таблицы 2.4 | Пембролизумаб + пеметрексед + карбоплатин | 438 256,27 | 1 313 | 13,7 | 1,9 | 182 | 495,84 |
| sh597 | Пембролизумаб + пеметрексед | 436 612,40 | - | 0,0 | 1,8 | 172 | -75,12 |
| sh604 | Ниволумаб + ипилимумаб | 866 685,15 | 2 568 | 26,9 | 6,7 | 640 | 1 670,63 |
| sh662 | Ниволумаб | 419 430,10 | 1 256 | 13,1 | 45,0 | 4 301 | - 1277,21 |
| ИТОГО | 9 558 | 100 | 100 | 9 558 | 1 081 |

Таким образом, анализ нормативных правовых актов федерального уровня выявил следующие отсутствующие условия, необходимые для полноты регулирования способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС:

Отсутствие однозначного определения в НПА (в т.ч. в Методических рекомендациях) способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепленному населению, по подушевому нормативу финансирования;

Отсутствие в НПА (в т.ч. в Методических рекомендациях) установленного механизма расчета фактического размера финансового обеспечения медицинской организации по способам оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепленному населению, по подушевому нормативу финансирования;

Отсутствие НПА с ресурсным обоснованием наполнения медицинских услуг.

Отсутствие финансового обеспечения вновь утвержденных клинических рекомендаций.

Нормативные документы, в которых содержатся натуральные нормы затрат, расходуемых в процессе оказания медицинской помощи, являются устаревшими, не соответствуют условиям и нормативам объемов оказания медицинской помощи, и требуют пересмотра.

Отсутствие полного обеспечения стандартами медицинской помощи всех видов медицинской помощи, входящих в ОМС.

Отсутствие полного обеспечения нормами времени на посещение врачей всех специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи в системе ОМС.

Отсутствие требований к форме и содержанию прейскурантов медицинских услуг в системе ОМС, в том числе в части требований соответствия позиций прейскурантов Номенклатуре медицинских услуг.

Отсутствие актуальной информации о средневзвешенных ценах на ИМИ.

Отсутствие по 343 видам ИМИ предельной отпускной цены.

Отсутствие в Перечне ИМИ позиций, используемых при оказании медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств ОМС.

Таблица № 4.1.5. Состав информации, используемой для обеспечения в нормативно-правовых актах (НПА) полноты регулирования способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС

| № | Перечень информации | Наличие в НПА/характер[[16]](#footnote-16) /уровень[[17]](#footnote-17) | Перечень НПА | Что устанавливает НПА |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Единые способы оплаты медицинской помощи по условиям предоставления | Есть/обязательный/ федеральный | Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов"Письмо Минздрава России от 24.12.2019 N 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»Приказ ФФОМС от 21.11.2018 N 247 "Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения" | Устанавливает необходимость определения в БПОМС и ТПОМС способов оплаты медицинской помощиУстанавливает структуру тарифаУстанавливает единые способы оплаты медицинской помощи в рамках БПОМС по условиям оказания медицинской помощи,Устанавливает структуру тарифа в рамках БПОМСВ части применения способов оплаты медицинской помощи дано разъяснение о том, что подходы к оплате медицинской помощи по ОМС представлены в Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощиУстанавливает обязательное содержание в ТС сведений о размере и структуре тарифов на оплату медицинской помощи" в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи Тарифы должны рассчитываться в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию |
| 2 | Единая методика расчета способа оплаты медицинской помощи | Есть/рекомендательный/ федеральный | Письмо Минздрава России N 11-7/и/2-11779,ФОМС N 17033/26-2/и от 12.12.2019 "О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" | Устанавливает методику расчета тарифов по способам оплаты медицинской помощи |
| 3 | Наличие НПА, устанавливающих объем и перечень медицинских услуг, возмещаемых за счет государственных средств | Нет/обязательный/ федеральный | Клинические рекомендации[[18]](#footnote-18), стандарты медицинской помощи | Объемы медицинской помощи, в том числе медицинские технологии, по заболеваниюКоличественный состав медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания |
| 4 | Единая номенклатура медицинских услуг | Есть/обязательный/ федеральный | Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" | Используется для формирования перечня и тарифов на медицинские услуги, в том числе входящие в стандарты медицинской помощи, прейскуранты медицинских услуг, утверждаемые в ТС |
| 5 | Единая методика расчета тарифа на единицу медицинской помощи | Есть/обязательный/ федеральный | Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"  | Устанавливает методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию |
| 6 | Наличие НПА, определяющих натуральные нормы расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи, входящих в тариф | Частично, устаревшие/обязательный/федеральный | Порядки оказания помощи по профилюОтраслевые нормы времени, утв. Приказами Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н, от 19 декабря 2016 г. № 973н, от 06.08.2020 № 810нПриказ Минздрава России от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания" (для профиля «фтизиатрия»), Стандарты медицинской помощиПриказ Минздрава РФ от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»Приказ Минздрава СССР от 28.08.№ 145 "Об утверждении Временных нормативов потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений"Приказ Минздрава СССР от 15.09.1988 № 710 "Об утверждении табелей оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий" | Рекомендуемые штатные должности, Стандарты оснащения подразделений, Отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей по специальностямПитаниеЛекарственные препаратыПеревязочный материалМягкий инвентарь |
| 7 | Установление сроков пересмотра тарифов на медицинские услуги, включая пересмотр состава и размера натуральных норм, объема медицинской помощи, включенной в тариф | Нет/обязательный/федеральный |  |  |
| 8 | Учет в методике расчета способов оплаты дифференциации расходов медицинских организаций при оказании медицинской помощиПродолжение таблицы 2.5 | Есть частично/рекомендательный/федеральный, субъекта | Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» | Устанавливает методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи в части общехозяйственных расходов по обязательному медицинскому страхованию |
| 9 | Показатели эффективности способов оплаты | Есть частично/рекомендательный/ федеральный, субъекта | Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» | Установлены рекомендуемые показатели оценки эффективности подушевого способа оплаты амбулаторной помощи и специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара |
| 10 | Мониторинг эффективности способов оплаты | Нет/обязательный/федеральный |  |  |

Используя приведенные выше данные можно обобщить требования к составу информации, необходимой для включения в НПА для регулирования применения существующих способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, как показано в таблице № 4.1.6.

Таблица 4.1.6. Состав информации, необходимой для включения в НПА для регулирования применения существующих способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС

| **№** | **Перечень НПА** | **Состав информации, необходимой для включения в НПА** |
| --- | --- | --- |
|  | Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 № 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»;Письмо Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» | Утвердить использование показателей результативности деятельности для всех вариантов оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу, Исключить из Программы государственных гарантий дублирование способов оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования, оставив оплату по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.Внести показатели эффективности способов оплаты медицинской помощи в перечень показателей ПГГВнести показатель сальдо МТР по ТПОМС в перечень показателей ПГГ |
|  | Приказ ФФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» | Утвердить сроки пересмотра тарифов на медицинские услуги, включая пересмотр состава и размера натуральных норм, объема медицинской помощи, включенной в тариф, утверждаемые в Тарифных соглашениях. |
|  | Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» | Установить обязательный характер письма.Уточнить разницу в расчете подушевого норматива финансирования при разных способах оплаты, установленных в ПГГ, а также механизма расчета фактической оплаты при указанных способах.Необходимо пересмотреть методику расчета коэффициента затратоемкости по КСГ, образованных с использованием затратных ресурсов (лекарственных препаратов).Необходимо уточнить недопустимость применения понижающего коэффициента уровня оказания медицинской помощи для центров амбулаторной медицинской помощи.Показатели результативности деятельности амбулаторных медицинских организаций установить обязательными для всех медицинских организаций, к которым применяется подушевой способ финансирования |
|  | Клинические рекомендации[[19]](#footnote-19), стандарты медицинской помощи | Утвердить НПА по всем заболеваниям (стандартизованным моделям пациентов), входящим в БПОМС. В стандартах медицинской помощи необходимо указывать все высокозатратные ресурсы, используемые при оказании медицинской помощи, в расчете на единицу объема (законченный случай). |
|  | Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» | В Номенклатуру включить показатель трудозатрат по основным категориям медработников по всем медицинским услугам, в том числе по наиболее часто используемым для межтерриториальных расчетов. |
|  | Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» | Утвердить порядок учета в расчете тарифа на единицу медицинской помощи планируемого уровня заработной платы.Установить периодичность изменения тарифов, методику индексации тарифов.Установить единую методику учета дифференциации расходов. медицинских организаций, носящих общехозяйственный характер, при расчете тарифов. |
|  | НПА, в которых установлены натуральные показатели для расчета тарифов | Необходимы периодически обновляемые НПА, в которых утверждены натуральные показатели потребляемых ресурсов, входящих в состав тарифа, по всем видам медицинской помощи, входящим в оплату за счет средств ОМС.Необходимо утвердить порядок утверждения и обновления средневзвешенных и предельных отпускных цен на ИМИ. |
|  | Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 №О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования№ | Должны иметь обязательный характер для каждого из условий предоставления медицинской помощи независимо от применяемого способа оплаты. |

**На территории субъекта Российской Федерации** основным документом, устанавливающим способы оплаты, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи Российской Федерации, является тарифное соглашение (далее – ТС), заключаемое между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона № 323-ФЗ и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии по разработке ТПОМС (часть 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ).

Содержание тарифных соглашений регулируется Приказом ФОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее также – Требования).

В соответствии с Требованиями, в разделе ТС «Общие положения» должны содержаться сведения об основаниях заключения ТС (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение). Анализ выборочных ТС показал неоднородный состав таких НПА (таблица № 4.1.7.)

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с Требованиями должны определяться в зависимости от форм, видов и условий оказания медицинской помощи и рассчитываться в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – Правила ОМС).

Минздравом России утвержден Приказ от 28 января 2019 г. № 25н ««Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы», предусматривающий четкий порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений. Данный документ позволяет контролировать единообразие содержания ТС в соответствии с положениями действующего законодательства.

Как было показано выше, основной проблемой, оказывающей негативное влияющей на финансовую устойчивость ТПОМС, в том числе при межтерриториальных расчетах, является отсутствие единых ресурсообоснованных тарифов на наиболее востребованные медицинские услуги в системе ОМС.

В виду рекомендательного характера ряда нормативных документов федерального уровня по способам оплаты медицинской помощи (Методические рекомендации), а также ввиду установленной Правилами ОМС вариативности в методике расчета тарифов на медицинские услуги, в субъектах Российской Федерации отмечаются значительные различия организации оказания и оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

Так, анализ ТС Калужской, Томской, Владимирской, Тверской, Мурманской, Калининградской областей. Краснодарского, Пермского краев, показало вариативность организации способов оплаты амбулаторной помощи, как показано в таблице № 4.1.8.

В ТС Мурманской и Калининградской областей, где установлен способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, подразумевающий установление перечня показателей результативности, данные показатели в ТС не установлены.

В единичных ТС установлены механизмы осуществления оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи по подушевому нормативу, как показано в таблице № 4.1.8., различен и механизм организации учета и оплаты стимулирующих выплат по результатам деятельности медицинской организации. Так, в ТС Калужской области установлено, что средства ежемесячного финансового обеспечения за вычетом 3% средств, предназначенных для перечисления медицинской организации по результатам деятельности. В ТС Мурманской области размер стимулирования медицинской организации (SАПП\_стим) за первый и второй месяц каждого квартала принимается равным 0, а при определении размера финансового обеспечения медицинской организации за третий месяц каждого квартала определяется по итогам оценки достигнутых значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации по формуле:

SАППстим = Σ(ДПНФАППстимi × Чi / 12) × КРЕЗ ,

где:

ДПНФАППстимi – дифференцированный подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (стимулирующая часть), установленный настоящим Тарифным соглашением для данной медицинской организации на 01 число i-ого месяца квартала оценки, рублей;

Чi – численность прикрепленного населения на 01 число i-го месяца квартала оценки, человек;

i – месяц квартала оценки;

12 – число месяцев.

Также было отмечено, что субъекты РФ в тарифных соглашениях в рамках предусмотренной законодательством структуры тарифов самостоятельно детализируют состав расходов медицинских организаций оплачиваемых и не оплачиваемых за счет средств ОМС (например, ТС на 2020 г. Краснодарского, Пермского края, Мурманской области).

Исследование ТС субъектов на предмет имеющихся противоречий по оплате специализированной медицинской помощи, показало, что несмотря на подробное изложение механизмов оплаты специализированной медицинской помощи в условиях стационара и круглосуточного стационара в Методических рекомендациях, отмечены разные подходы к оплате, в том числе и онкологической помощи. Так, с 2019 года в оказании специализированной медицинской помощи участвуют Центры амбулаторной онкологической помощи. В функционал данных учреждений входит оказание и лекарственной терапии. Однако, ввиду того, что данные медицинские организации отнесены к первому уровню оказания медицинской помощи, а в модели КСГ предусмотрен корректирующий механизм в виде коэффициента уровня стационара (учитывает различия в расходах на медицинскую помощь в зависимости от уровня ее оказания), в ТС части субъектов РФ устанавливается понижающий коэффициент (ниже единицы) для данных медицинских организаций, что в итоге не позволяет в полном объеме возместить им расходы на дорогостоящие схемы лечения (напр., ТС Московской области).

Исключение составляет ТС г.Москва, где оплата специализированной медицинской помощи осуществляется по медико-экономическому стандарту. Данная территория и по-другому организовала механизм возмещения затрат на химиотерапию по локализациям злокачественных новообразований (ЗНО), оказывающим наибольшее влияние на показатель смертности в г. Москве, - по усредненному тарифу (30 тыс. руб.) в сочетании с оплатой фактических затрат на назначенную схему лечения. Такой подход обеспечивает наибольшее соответствие фактических затрат медицинской организации и возмещаемых средств, но его распространение на оплату медицинской помощи по другим нозологических формам и масштабирование в других субъектах РФ потребует дополнительных финансовых средств.

Различия в условиях оплаты оказанной медицинской помощи, выявленные при изучении тарифных соглашений субъектов Российской Федерации, обусловлены отсутствием регулирования данных вопросов на федеральном уровне. Подтверждением служит и ежегодное количество разъяснительных писем ФОМС к ТФОМС по вопросам целевого использования средств ОМС, например:

Письмо ФОМС от 25.07.2019 № 9052/30-1/и «Об оплате вызова скорой медицинской помощи за счет средств ОМС в случае смерти застрахованного лица до прибытия бригады СМП»;

Письмо ФОМС от 11.09.2019 № 10335/21-2/5087 «О расходах медицинских организаций на содержание объектов недвижимого имущества»;

Письмо ФОМС от 30.05.2018 № 6628/26-1/и «По вопросам расходования средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования»;

Письмо ФОМС от 17.02.2016 № 1195/26/и (о недопущении нецелевого использования средств обязательного медицинского страхования на оплату проезда пациентов к месту получения сеансов гемодиализа);

Письмо ФОМС от 29.07.2016 № 6402/21-2/3231 (о целевом расходовании средств обязательного медицинского страхования);

Письмо ФОМС от 06.07.2016 № 5113/21-2/2814 (о целевом расходовании средств обязательного медицинского страхования).

Таким образом, на эффективность реализации способов оплаты и формирование тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС оказывают влияние нерешенные вопросы и проблемы нормативного характера, а также неоднозначная трактовка положений федерального законодательства, регулирующего состав расходов, возмещаемых и не возмещаемых за счет средств ОМС, рекомендательный характер документов, регулирующих способы оплаты медицинской помощи (Методические рекомендации, разъяснительные письма ФОМС).

Таблица № 4.1.7. Нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение выборочных субъектов Российской Федерации

| Перечень НПА, на основе которых разработано Тарифное соглашение  | ТС Краснодарского края | ТС г.Москвы | ТС Московской области | ТС Владимирской области | ТС Калужской области | ТС Пермского края | ТС Томской области | ТС Тверcкой области | ТС Калиниградской области | ТС Мурманской области | ТС Красноярского края |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Федеральный закон от 21 ноября 2011 года No 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,  | v | v | v | v | v |   |   | v | v | v | v |
| Федеральный закон от 29 ноября 2010 года No 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», | v | v | v | v | v |   | v | v | v | v | v |
| Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года No 1610 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов»  | v |   | v | v | v | v |   | v |   | v | v |
| Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" |   | v | v | v | v | v |   | v | v | v |   |
| Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» |   |   |   |   |   |   |   | v |   | v |   |
| Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2012 №1355н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;  |   |   |   |   |   |   |   |   |   | v |   |
| Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» |   |   |   |   |   |   |   |   |   | v |   |
| Приказ Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» |   |   |   |   | v |   |   |   |   |   |   |
| Письмо Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов» |   |   |   |   | v |   |   |   |   | v |   |
| Письмо Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» |   |   |   |   | v | v |   | v |   | v |   |
| Приказ ФФОМС от 21.11.2018 No 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» |   |   |   |   | v |   |   | v | v | v |   |
| Приказ ФОМС от 28.02.2019 No 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» |   |   |   | v | v | v |   |   |   | v |   |
| НПА О территориальной программе государственных гарантий | v | v | v | v | v | v | v |   | v | v | v |
| НПА О бюджете ТФОМС |   | v |   |   |   |   |   |   | v |   |   |

Таблица № 4.1.8 – Утверждение в ТС механизмов организации способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях прикрепленным застрахованным лицам

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Механизмы организации подушевого способа оплаты | ТС Калужской области | ТС Краснодарского края | ТС Калининградской области | ТС Владимирской области | ТС Пермкого края | ТС Тверской области | ТС Томской области | ТС Мурманской области |
| Вариант способа оплаты | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации | с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации |
| Методика расчета фактического размера финансового обеспечения  | Средства ежемесячного финансового обеспечения за вычетом 3% Резерва[[20]](#footnote-20) | не указан | не указан | не указан | не указан | указан | Доля основной части дифф подушевого норматива составляет 93% , стимулирующей - ?% - за выполнение показателей результативности, в т.ч. По проекту "Бережливая поликлиника" |  Размер стимулирования медицинской организации за первый и второй месяц каждого квартала принимается равным 0, а при определении размера финансового обеспечения медицинской организации за третий месяц каждого квартала определяется по итогам оценки достигнутых значений целевых показателей результативности деятельности медицинской организации по формуле |
| Наличие показателей результативности в соответствии с установленным способом оплаты | Установлены |  Не требуется |  Не указаны | Не требуется | Не требуется | Не требуется | Установлены | Не установлены |

1. и Письмо Минздрава России N 11-7/и/2-11779, ФФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [↑](#footnote-ref-1)
2. Письмо от 21.11.2018 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» [↑](#footnote-ref-2)
3. Постановление Правительства РФ 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» [↑](#footnote-ref-3)
4. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" [↑](#footnote-ref-4)
5. Приказ ФФОМС от 28.02.2019 N 36 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию" [↑](#footnote-ref-5)
6. Решение Верховного Суда РФ от 11 ноября 2019 г. № АКПИ19-729 [↑](#footnote-ref-6)
7. П. 28 Обзора судебной практики Верховного Суда РФ № 4, утв. Президиумом ВС РФ 26 декабря 2018 г. [↑](#footnote-ref-7)
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108 «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». [↑](#footnote-ref-8)
9. Приложение 8 Письма Минздрава России от 24.12.2019 № 11-7/И/2-12330 «О направлении разъяснений по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов». [↑](#footnote-ref-9)
10. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг». [↑](#footnote-ref-10)
11. https://roszdravnadzor.gov.ru/services/micode\_price [↑](#footnote-ref-11)
12. Приказ Минздрава России от 01.07.2015 N 405ан"Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при нестабильной стенокардии, остром и повторном инфаркте миокарда (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)"ST электрокардиограммы), Приказ Минздрава России от 01.07.2015 N 404ан "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром инфаркте миокарда (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)" [↑](#footnote-ref-12)
13. https://roszdravnadzor.gov.ru/services/micode\_price [↑](#footnote-ref-13)
14. Приказ ФОМС от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». [↑](#footnote-ref-14)
15. Из выступления начальника Управления модернизации системы ОМС Царевой О.В. 13.10.2020 о реализации Федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями» [↑](#footnote-ref-15)
16. НПА могут носить как обязательный, так и рекомендательный характер. [↑](#footnote-ref-16)
17. Уровень НПА может быть как федеральным, так и региональным. [↑](#footnote-ref-17)
18. http://cr.rosminzdrav.ru/#!/ [↑](#footnote-ref-18)
19. http://cr.rosminzdrav.ru/#!/ [↑](#footnote-ref-19)
20. Под «Резервом» в данном документе понимается размер средств на осуществление стимулирующих выплат МО, имеющим прикрепленное население, т.е. средства, предназначенные для перечисления медицинской организации по результатам деятельности [↑](#footnote-ref-20)