

# СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«25» июля 2014 г.

№ ОМ-128/12-03

## 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 Центрального 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 2.2.3.4.); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20.11.2013 г. № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26.11.2013 № 3.5.-23/1450, п. 9.

#### **2. Предмет контрольного мероприятия:**

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

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

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

#### **3. Объекты контрольного мероприятия:**

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

3.2. Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (г. Москва);

3.3. Департамент здравоохранения города Москвы (г. Москва);

3.4. Министерство здравоохранения Московской области (г. Красногорск);

3.5. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области (г. Москва).

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

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

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

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

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

**8. По результатам контрольного мероприятия установлено следующее.**

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

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

В 2012 году федеральная и территориальные ПГГ утверждались только на один год. Начиная с 2013 года, территориальные ПГГ утверждаются на текущий год и двухлетний плановый период.

Из всех субъектов ЦФО только в Московской и Костромской областях территориальные ПГГ утверждены только на один год – 2013, без учета планового периода (2014 и 2015 годов), 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 плановый период 2014 и 2015 годов».

По представленным в ходе контрольного мероприятия данным субъектов ЦФО 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 федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ, от 29.11.2010 № 326-ФЗ, а также иные недостатки.

1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ Владимирской, Воронежской, Курской и Московской областей, утвержденных на 2013 год, а также территориальных ПГГ Воронежской и Московской областей на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, отсутствуют перечни лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

2. Московская областная ПГГ на 2013 год и Московская областная ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи, мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

3. 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 ЦФО, кроме г. Москвы, на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов указанного порядка и размера возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, не содержит. Постановлением Правительства Москвы от 17 июля 2014 г. № 400-ПП внесены изменения в территориальную ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов в части установления особенностей возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, за счет средств ОМС. Однако размер указанного возмещения, а также порядок оплаты экстренной медицинской помощи за счет средств бюджета г. Москвы не установлен.

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 ПТГ, в том числе совместно с Федеральным фондом ОМС - в части, касающейся формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, соответствующих рекомендаций субъектам Российской Федерации не доводил.

4. Пунктом 7 части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в перечень страховых случаев, при которых медицинская помощь оказывается в рамках программы ОМС включены «отдельные нарушения вовлекающие иммунный механизм». Однако Московская областная программа ОМС в составе Московской областной ПТГ на 2013 год указанного страхового случая не содержит.

В то же время, в проекте Московской областной программы ОМС на 2013 год, направленной в Министерство здравоохранения Московской области письмом Территориального фонда ОМС Московской области от 29.07.2012 № 04-03-12/6444, оказание за счет средств ОМС медицинской помощи при «болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм» было предусмотрено. В дальнейшем, при формировании Московской областной ПТГ на 2013 год «отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» из территориальной программы ОМС Министерством здравоохранения Московской области были исключены (ответственным за формирование Московской областной ПТГ на 2013 год являлся Министр здравоохранения Московской области Тришкин Д.В.).

В Московской областной ПТГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов «отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм» включены в территориальную программу ОМС.

5. Финансовое обеспечение территориальных ПТГ рассчитывается исходя из численности населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января текущего года и фактической численности застрахованных лиц на 1 апреля предыдущего года. В то же время в ходе контрольного мероприятия из всех субъектов ЦФО по г. Москве и Московской области выявлены факты несоответствия численности населения и застрахованных лиц прогнозным и фактическим показателям.

Так, пунктом 39 территориальной ПТГ в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов указана численность: жителей Москвы – 11 798 028 человек. В то же время в соответствии со статистическим бюллетенем Росстата «Численность и миграция населения Российской Федерации в 2012 году», опубликованном в 2013 году, а также в соответствии с данными, предоставленными Департаментом здравоохранения города Москвы в ходе проверки, численность жителей Москвы на 1 января 2012 года составляла 11 856 578 человек (с учетом изменения границ) и на 1 января 2013 года – 11 979 529 человек, что больше, чем указано в территориальной программе на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов.

Законом города Москвы от 11.04.2012 № 11 были внесены изменения в Закон города Москвы от 15 октября 2003 года № 59 «О наименованиях и границах внутригородских муниципальных образований в городе Москве», предусматривающие расширение границ города с включением ряда населенных пунктов, ранее относящихся к Московской области, что привело к увеличению численности населения и числу застрахованных лиц.

Однако, в соответствии с информацией Департамента здравоохранения города Москвы от 06.03.2014, при формировании территориальной ПГГ города Москвы на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов были использованы данные сборника Росстата «Демографический ежегодник России», опубликованного ранее, – 11 613,0 тыс. человек (без учета численности присоединенных территорий).

Таким образом, выявлены расхождения в численности населения, указанной в территориальной ПГГ с данными Росстата на 181,5 тыс. человек.

При этом изменения в территориальную ПГГ в течение 2013 года в связи с уточнением численности населения не вносились.

По данным Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС (письмо от 24.07.2014 № 10-15-2835/14-2/4-42) указанное замечание будет устранено при подготовке территориальной ПГГ на 2015 год и на плановый период 2016-2017 годов.

В соответствии с приложениями к Московским областным ПГГ указана численность застрахованных граждан: на 2013 год – 7 422 607 человек; на 2014 год – 7 373 588 человек.

В то же время в соответствии с данными Федерального фонда ОМС и приложением № 6 к Федеральному закону от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» расчет субвенции из Федерального фонда ОМС в бюджет территориального фонда ОМС Московской области на 2013 год рассчитывался на численность застрахованных – 7 176 479 человек (на 246 128 застрахованных меньше).

По пояснениям Территориального фонда ОМС Московской области (письмо от 18.06.2014 № 03-01-17/5100) принятое решение об изменении границ г. Москвы и Московской области с 1 июля 2012 года совпало по срокам с формированием проекта бюджета Территориального фонда ОМС Московской области на очередной 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов. Изменение численности населения в связи с изменением границ г. Москвы и Московской области было учтено Территориальным фондом ОМС Московской области при представлении в Федеральный фонд ОМС сведений о численности лиц, застрахованных по ОМС в Московской области. Указанные сведения были использованы Федеральным фондом ОМС при расчете размера субвенции для Московской области на 2013 год, что нашло отражение в приложении №6 Федерального закона от 03.12.2012 № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

В то же время 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 (далее – Методика распределения субвенций), распределение субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС, осуществляется из расчета численности застрахованного по обязательному медицинскому страхованию населения субъекта Российской Федерации на 1 апреля года, в котором



рассчитывается субвенция на очередной финансовый год, по сведениям Федерального фонда ОМС.

Расчетная величина субвенции для Московской области на 2013 год, рассчитанная в соответствии с Методикой распределения субвенций, исходя из численности населения на 1 апреля 2012 года (7 422 607 человек) составляет 50 015,0 млн. руб. Однако величина субвенции, предусмотренная в приложении № 6 Федерального закона от 03.12.2012 г. № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», рассчитанная исходя из меньшей численности застрахованных, составила 48 356,5 млн. руб., т.е. на 1 658,5 млн. руб. ниже расчетной.

Кроме того, в соответствии с данными формы статистического наблюдения № 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» численность застрахованного населения в Московской области на 1 января 2013 года составила 7 581 758 человек, что соответствует данным, указанным в приложении № 2 к Московской областной ПТГ на 2013 год.

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

В 2012 году дефицит финансового обеспечения территориальных ПТГ в субъектах ЦФО по данным Минздрава России установлен в 14 субъектах ЦФО и составил 20 983,8 млн. рублей (15,8 % от потребности). Бездефицитные территориальные ПТГ – в городе Москве, Калужской, Московской и Ярославской областях. Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных ПТГ в 2012 году сохранялся в Тамбовской области (32,7 %), Брянской области (31,1 %), Ивановской области (24,5 %), Курской области (22,7 %) и Костромской области (21,9 %).

Утвержденная стоимость территориальных ПТГ субъектов ЦФО 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
<b>2013 год</b>				
Белгородская область	4 142,10	4 045,80	9 576,80	9 882,60
Брянская область <sup>1</sup>	1 676,00	1 636,40	8 163,40	8 164,70
Владимирская область	4 292,60	4 292,60	8 738,30	8 869,20
Воронежская область	5 310,80	5 310,80	15 156,60	15 156,60
Ивановская область	1 478,30	1 460,50	6 760,50	7 535,60
Калужская область	2 231,90	2 267,20	7 550,60	8 064,10
Костромская область	1 012,80	1 112,70	4 461,10	4 833,30
Курская область	2 409,30	2 409,30	7 721,20	7 949,60
Липецкая область	3 110,70	3 110,70	7 602,00	8 096,30
Московская область	26 506,80	28 067,00	63 431,30	67 606,50

<sup>1</sup> По данным Администрации Брянской области, так как утвержденные территориальные ПТГ по области таких данных не содержат.

Субъект Российской Федерации	За счет средств соответствующих бюджетов		За счет средств ОМС	
	в первоначальной редакции	в окончательной редакции	в первоначальной редакции	в окончательной редакции
Орловская область	1 937,80	2 607,90	4 994,90	6 424,60
Рязанская область	1 465,90	1 686,90	8 824,30	9 042,00
Смоленская область	1 816,20	1 928,30	6 156,40	6 387,10
Тамбовская область	1 244,40	1 279,70	6 389,10	6 745,30
Тверская область	4 561,00	4 857,90	7 903,00	8 194,80
Тульская область	3 900,50	3 322,80	10 324,90	11 700,70
Ярославская область	2 881,90	3 017,00	9 384,70	9 575,50
г. Москва	141 263,70	141 263,70	119 712,80	119 712,80
<b>ИТОГО ПО ЦФО</b>	<b>211 242,7</b>	<b>213 677,2</b>	<b>312 851,9</b>	<b>323 941,3</b>
<b>2014 год</b>				
Белгородская область	3 978,1	4 511,0	11 200,9	11 200,9
Брянская область	1 272,4	1 272,4	9 253,4	9 253,4
Владимирская область	4 495,1	4 495,1	10 379,9	10 379,9
Воронежская область	5 719,5	5 719,5	17 299,3	17 299,3
Ивановская область	1 476,3	1 476,3	7 906,9	7 906,9
Калужская область	2 930,9	2 930,9	8 483,6	8 483,6
Костромская область	1 002,0	1 010,2	5 231,4	5 387,6
Курская область	3 254,5	3 254,5	8 218,6	8 218,6
Липецкая область	3 326,5	3 326,5	8 959,8	9 069,9
Московская область	26 180,3	27 183,6	74 464,5	79 289,7
Орловская область	2 831,9	2 831,9	7 462,5	7 462,5
Рязанская область	1 701,9	1 701,9	9 224,7	9 224,7
Смоленская область	1 919,5	1 919,5	7 167,5	7 167,5
Тамбовская область	1 645,5	1 613,1	7 517,1	7 546,2
Тверская область	4 729,0	4 729,0	9 498,0	9 498,0
Тульская область	4 751,2	4 751,2	11 577,6	11 577,6
Ярославская область	2 903,2	3 147,4	10 520,2	10 880,0
г. Москва	138 261,3	138 261,3	149 291,6	149 291,6
<b>ИТОГО ПО ЦФО</b>	<b>212 379,1</b>	<b>214 135,4</b>	<b>373 657,5</b>	<b>379 137,9</b>

Анализ утвержденных программ свидетельствует, что в 2013-2014 годах с дефицитом средств бюджета были утверждены территориальные ПТГ:

Брянской области (-1 614,7 млн. рублей в 2013 году и -2 210,3 млн. рублей в 2014 год);

Воронежской области (-1 910,8 млн. рублей в 2013 году и -918,0 млн. рублей в 2014 году);

Ивановской области (-1 136,7 млн. рублей в 2013 году и -1 504,2 млн. рублей в 2014 году);

Костромской области (-527,75 млн. рублей в 2013 году и -853,72 млн. рублей в 2014 году);

Рязанской области (-75,56 млн. рублей в 2013 году и -984,97 млн. рублей в 2014 году);

Смоленской области (-1 197,4 млн. рублей в 2013 году и -1 318,8 млн. рублей в 2014 году);

Тамбовской области (-1 839,2 млн. рублей в 2013 году и -1 641,1 млн. рублей в 2014 году);

Тульской области (-798,1 млн. рублей в 2013 году);

Ярославской области (-912,5 млн. рублей в 2013 году и -1 089,9 млн. рублей в 2014 году).

Также территориальной ПГГ Воронежской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов был утвержден дефицит средств ОМС в размере -46,2 млн. рублей на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

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

В 2013 году бюджетам территориальных фондов ОМС субъектов ЦФО из бюджета Федерального фонда ОМС были предоставлены дополнительные субвенции из средств нормированного страхового запаса в объеме 10 553,8 млн. рублей, в том числе 3 912,8 млн. рублей – бюджету Московского городского фонда ОМС. При этом не были внесены соответствующие корректировки в стоимость территориальных программ ОМС Воронежской области и г. Москвы.

В ходе контрольных мероприятий выявлено, что во всех субъектах ЦФО 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 на 2013-2014 годы 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».

Так, по г. Москве в территориальную программу ОМС на 2013 год были включены расходы Московского городского фонда ОМС на содержание аппарата фонда в размере 1 178,227 млн. рублей, на 2014 год – в размере 1 210,460 млн. рублей.

По данным Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС (письмо от 24.07.2014 № 10-15-2835/14-2/4-42) указанное замечание будет устранено при подготовке территориальной ПГГ на 2015 год и на плановый период 2016-2017 годов.

По Московской области указанные расходы были включены в территориальную программу ОМС в размере 674 000,0 тыс. рублей на 2013 год и 703 659,0 тыс. рублей в 2014 году.

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

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

В соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 данного Федерального закона. Однако из 18 субъектов ЦФО указанные межбюджетные трансферты предусмотрены только в территориальных ПГГ Калужской, Курской, Орловской, Рязанской, Смоленской, Тверской, Ярославской и Московской областей.

При этом по г. Москве в ходе проверки установлено, что в соответствии с Приложением 2 к территориальной ПГТ в городе Москве на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов из 141 263,69 млн. рублей средств бюджета города Москвы в 2013 году за счет средств бюджета города Москвы в нарушение установленного частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ механизма напрямую направлено субъектовым медицинским организациям на оплату расходов, подлежащих включению в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, 47 575,4 млн. рублей.

Исходя из этого, финансовое обеспечение территориальной программы ОМС по г. Москве в 2013 году должно было составить:

96 393,92 млн. рублей субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования + 21 300,0 млн. рублей межбюджетных трансфертов на оплату скорой медицинской помощи + 47 575,35 млн. рублей средств бюджета города Москвы на содержание медицинских организаций = 165 269,27 млн. рублей.

В соответствии с численностью застрахованных лиц, указанных в территориальной программе, 12 477 773 человек, подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС должен был составить 13 245,09 рублей на 1 застрахованное лицо, что на 23,5% выше установленного на 2013 год территориальной программой подушевого норматива (10 721,3 рублей на 1 застрахованное лицо).

Таким образом, в 2013 году Департаментом здравоохранения города Москвы (основным разработчиком территориальной ПГТ) созданы неравные условия для участия в территориальной программе ОМС медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности.

В 2014 году предполагается в нарушение механизма, установленного частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ направить из бюджета г. Москвы на расходы, подлежащие включению в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в рамках ОМС, 1 170,9 млн. рублей.

Учитывая изложенное, утвержденное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Ивановской, Костромской, Липецкой, Тамбовской и Тульской областей ниже необходимого для формирования адекватного тарифа на оплату медицинской помощи, а территориальная программа ОМС г. Москвы не учитывает затраты, направляемые из бюджета города на содержание деятельности государственных медицинских организаций г. Москвы, что приводит к «искусственному» занижению размера тарифов на оплату медицинской помощи и формированию «скрытого» дефицита территориальной программы ОМС.

**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 ЦФО 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 учитывались данные в соответствии с окончательной редакцией территориальных ПГГ.

При этом необходимо учесть, что для г. Москвы и Московской области в соответствии с Методикой распределения субвенций Федеральным фондом ОМС установлен коэффициент дифференциации, который должен учитываться ими при расчете нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. Коэффициент дифференциации для Московской области составил 1,1339 в 2013 году и 1,1279 в 2014, для г. Москвы - 1,3 в 2013 году и 1,42 в 2014 году.

Установленные субъектами ЦФО нормативы объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующих бюджетов, ниже федеральных средних нормативов объема посещений с профилактической целью во всех субъектах ЦФО, кроме Воронежской и Тамбовской областей. При этом в Брянской, Воронежской, Ивановской, Калужской, Костромской, Рязанской, и Смоленской областях нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже федеральных. Это говорит о существующем «скрытом» дефиците финансового обеспечения территориальных ПГГ из средств консолидированных бюджетов указанных субъектов ЦФО. Также по Брянской области выявлено занижение норматива финансирования на единицу профилактического посещения из средств ОМС (306,8 против 318,4 рублей на 1 посещение).

Кроме того, в ходе контрольных мероприятий в Минздраве Московской области выявлены несоответствия между текстом Московских областных ПГГ и приложениями к ним, утверждающими стоимость ПГГ по условиям оказания медицинской помощи. Так, в соответствии с разделом V Московской областной ПГГ на 2013 год норматив объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 2,8 посещений, из них 2,4 посещения в рамках Программы ОМС. Следовательно, за счет бюджета области норматив посещений с профилактической целью составляет  $= 2,8 - 2,4 = 0,4$  посещения на 1 жителя. Однако в соответствии с приложением № 2 данной территориальной ПГГ указанный норматив посещений составляет только 0,261 (0,260 в окончательной редакции постановления Правительства Московской области от 27.12.2013 № 1165/57).

То же выявлено и по Московской областной ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов. В соответствии с разделом V указанной программы норматив объема посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 2,77 посещений, из них 2,27 посещений в рамках Программы ОМС. Следовательно, за счет бюджета области норматив посещений с профилактической целью составляет  $= 2,77 - 2,27 = 0,5$  посещений на 1 жителя. Однако в соответствии с приложением № 1 данной территориальной ПГГ указанный норматив посещений составляет только 0,4.

Аналогичные несоответствия выявлены и по другим нормативам объема медицинской помощи на 2013 и 2014 годы. Как следствие, были занижены размеры

подушевых нормативов и объемы финансирования медицинской помощи за счет средств бюджета Московской области.

При этом рекомендации Минздрава России, направленные по итогам мониторинга формирования и экономического обоснования Московской областной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов, указанные нарушения не учитывают.

Заниженные нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов ЦФО, установлены по Ивановской, Калужской, Костромской, Курской, Липецкой, Тамбовской, Ярославской и Московской областям. В территориальной ПГГ Брянской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов норматив объема обращений по поводу заболевания за счет средств ОМС выше, чем суммарно по всем источникам финансирования: 2,03 обращения на 1 застрахованное лицо из 1,771 обращения, что делает невозможным оценку адекватности планирования указанного вида помощи за счет средств бюджета области.

В Воронежской, Тамбовской областях и в г. Москве на 2013 год нормативы объема обращений по поводу заболевания и нормативы их финансирования установлены не были.

Также выявлено занижение в 2014 году норматива объема обращений по поводу заболеваний и норматива финансовых затрат на одно обращение за счет средств ОМС по Белгородской области (1,855 обращений на 1 застрахованного и 923,5 рублей за 1 обращение против 1,92 и 932,8 рублей на 1 обращение, установленных ПГГ на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов).

Нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме и нормативы ее финансового обеспечения соответствуют средним федеральным нормативам во всех субъектах ЦФО, кроме Белгородской, Калужской и Смоленской областях, где указанные нормативы объема установлены ниже федеральных значений.

Нормативы объема пациенто-дней лечения в условиях дневных стационаров, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов ЦФО, также ниже федеральных значений в Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Калужской, Курской, Московской, Рязанской, Тамбовской, Тверской и Ярославской областях. Занижение нормативов финансовых затрат на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств консолидированных бюджетов установлено в Белгородской, Брянской, Воронежской, Ивановской, Костромской, Рязанской, Смоленской и Тамбовской областях.

Также выявлено занижение в 2014 году норматива финансовых затрат на один пациенто-день лечения в условиях дневного стационара за счет средств ОМС по Брянской, Ивановской, Калужской, Липецкой, Смоленской и Ярославской областях.

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 ЦФО общий объем средств на финансовое обеспечение применения вспомогательных репродуктивных технологий не указан.

В то же время, например, по данным Территориального фонда ОМС Московской области в 2013 году осуществлено 154 процедуры экстракорпорального оплодотворения на сумму 16 363,1 тыс. рублей.

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 ЦФО, кроме Курской, Липецкой, Орловской, Рязанской, Тверской, Тульской областях и г. Москвы. Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов также отмечены во всех субъектах ЦФО, кроме Владимирской, Калужской, Липецкой, Орловской, Тверской, Тульской, Ярославской областях и г. Москве.

Ниже федеральных нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС в Брянской и Воронежской областях.

На 2013 год 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 Брянской, Ивановской, Орловской и Ярославской областях. В 2014 году нормативы объема медицинской помощи установлены ниже федеральных значений в Белгородской, Брянской, Воронежской, Ивановской, Калужской, Костромской, Рязанской, Смоленской областях и г. Москве. Ниже федеральных нормативы финансовых затрат в Белгородской, Брянской, Ивановской, Калужской, Костромской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской областях и г. Москве.

Кроме того, в ходе контрольных мероприятий в Департаменте здравоохранения г. Москвы было установлено, что по ряду нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС города Москвы на 2013 и 2014 год не была произведена корректировка на коэффициент дифференциации, установленный в соответствии с Методикой распределения субвенций, что формирует «скрытый» дефицит территориальной программы ОМС по г. Москве.

Так, в территориальной ПГГ в городе Москве на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов не учтен коэффициент дифференциации для нормативов финансовых затрат на:

1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями);

1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями);

1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях.

При анализе территориальной ПГГ в городе Москве на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов выявлено, что коэффициент дифференциации не учтен для нормативов финансовых затрат на:

1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями);

1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров;

1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения);

1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций.

Ниже установленных значений (1,42) применен коэффициент дифференциации для нормативов финансовых затрат на:

1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) - 1,03;

1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях - 1,37.

По данным Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС (письмо от 24.07.2014 № 10-15-2835/14-2/4-42) указанное замечание будет устранено при подготовке территориальной ПТГ на 2015 год и на плановый период 2016-2017 годов.

Таким образом, выявлен «скрытый» дефицит средств консолидированных бюджетов на финансовое обеспечение медицинской помощи в Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Ивановской, Калужской, Костромской, Курской, Московской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской, Тверской и Ярославской областях. «Скрытый» дефицит средств ОМС установлен по Брянской, Белгородской, Воронежской областям и г. Москве.

Так, например, по результатам проведенных контрольных мероприятий в Минздраве Московской области при анализе Московских областных ПТГ также выявлен «скрытый» дефицит финансового обеспечения программ (с учетом их редакции):

на 2013 год в размере не менее 4 099,2 млн. рублей, в том числе 843,9 млн. рублей средств ОМС (без учета средств ОМС, необходимых для оплаты применения вспомогательных репродуктивных технологий);

на 2014 год в размере 400,9 млн. рублей за счет средств бюджета Московской области. Оценить дефицит (профицит) средств ОМС не представляется возможным в связи с отсутствием предполагаемых средств на применение вспомогательных репродуктивных технологий.

В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 09.03.2013 № 324-р и от 26.02.2014 № 264-р на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, было выделено из федерального бюджета бюджетам субъектов ЦФО 987,1 млн. рублей в 2013 году и 633,7 млн. рублей в 2014 году. Однако в приложениях к территориальным ПТГ Брянской, Воронежской, Московской, Орловской и Тульской областей средства на оказание гражданам высокотехнологичной медицинской помощи отдельно не указаны.



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

В соответствии с частью 2 статьи 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ отдельные полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья могут быть переданы ими для осуществления органам местного самоуправления в соответствии с Федеральным законом от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации». В этом случае оказание медицинской помощи гражданам осуществляется медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

Пунктом 6 статьи 26.3 Федерального закона от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» установлено, что органы местного самоуправления могут наделяться отдельными государственными полномочиями субъекта Российской Федерации законами субъекта Российской Федерации в порядке, определенном федеральным законом, устанавливающим общие принципы организации местного самоуправления в Российской Федерации, с передачей органам местного самоуправления необходимых материальных и финансовых ресурсов.

Среди субъектов ЦФО передача полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам местного самоуправления осуществлена только в Белгородской (Закон Белгородской области от 25.12.2012 № 171) и Московской областях (Закон Московской области от 7 декабря 2011 г. № 220/2011-ОЗ).

Законом Московской области от 10.11.2012 № 166/2012-ОЗ «О бюджете Московской области на 2013 год» и Законом Московской области от 12.12.2013 № 152/2013-ОЗ «О бюджете Московской области на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» субвенции бюджетам муниципальных образований Московской области на организацию оказания медицинской помощи на территории муниципального образования предусмотрены в размере 7 319,2 млн. рублей на 2013 год и 6 486,6 млн. рублей на 2014 год.

Порядок расходования субвенции из бюджета Московской области бюджетам муниципальных районов и городских округов Московской области на обеспечение переданных органам местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Московской области отдельных государственных полномочий Московской области по организации оказания медицинской помощи утвержден постановлением Правительства Московской области от 27.12.2012 № 1594/47.

В соответствии со статьей 5 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» противотуберкулезная помощь больным туберкулезом в противотуберкулезных диспансерах, других специализированных медицинских противотуберкулезных организациях и иных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации организуется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Возможность оказания противотуберкулезной помощи в муниципальных учреждениях здравоохранения не предусмотрена.

Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденным приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 932н, установлено, что специализированная медицинская помощь больным туберкулезом осуществляется только в противотуберкулезных диспансерах, туберкулезных больницах, Центрах, Клиниках, санаториях для лечения туберкулеза всех форм.

Однако в соответствии с информацией Минздрава Московской области в ряде муниципальных медицинских организаций развернуты противотуберкулезные отделения, что не соответствует положениям статьи 5 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом. На оплату оказываемой в них медицинской помощи в качестве субвенции из бюджета Московской области на 2013 год предусмотрены средства в объеме 101 303,1 тыс. рублей.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» лицензионными требованиями, предъявляемыми к соискателю лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее – лицензия), являются, в том числе, соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии – юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций.

Лицензионными требованиями, предъявляемыми к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности, являются требования, предъявляемые к соискателю лицензии, а также соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

Учитывая изложенное, муниципальные медицинские организации, имеющие в своем составе туберкулезные отделения, не соответствуют лицензионным требованиям, предъявляемым к лицензиату при осуществлении ими медицинской деятельности.

Аналогичная ситуация выявлена по оказанию медицинскими организациями Московской области специализированной психиатрической медицинской помощи населению.

Приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (далее – Порядок) четко регламентирован перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь при психических расстройствах и расстройствах поведения. В то же время в Московской области на базе ряда муниципальных медицинских организаций развернуты психиатрические и психоневрологические отделения, что не соответствует положениям указанного Порядка, а также лицензионным требованиям, предъявляемым к медицинским организациям, оказывающим психиатрическую помощь населению.

На оплату оказываемой в данных организациях медицинской помощи в субвенции из бюджета Московской области на 2013 год предусмотрены средства в объеме 310 751,8 тыс. рублей.

02.06.2014 принят Закон Московской области № 56/2014-ОЗ «О прекращении осуществления органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Московской области отдельных государственных полномочий Московской области по организации оказания медицинской помощи на территории Московской области и о внесении изменений в Закон Московской области «О здравоохранении в Московской области»», в соответствии с которым все полномочия по организации медицинской помощи относятся к ведению соответствующего органа исполнительной власти Московской области. Закон вступает в силу с 1 января 2015 года. Переходные положения к Закону не предусмотрены.

В то же время в отсутствие переходных положений, учитывая период до вступления Закона в действие, высок риск нарушений и злоупотреблений, связанных с использованием органами местного самоуправления имущества передаваемых в ведение Минздрава Московской области медицинских организаций, земельных участков, на которых они расположены, с распоряжением имеющимися ресурсами, включая кадровые.

### **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 ноября 2010 г. № 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 ЦФО. Однако анализ их состава показал, что, например, в Московской области и г. Москве в состав комиссий по разработке территориальных программ ОМС входят только представители профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации и не входят представители иных медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории г. Москвы и Московской области, что не соответствует положениям части 9 статьи 36

Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. Кроме того, представительство в комиссиях по разработке территориальных программ ОМС медицинских организаций в указанных субъектах ограничено только государственными региональными медицинскими организациями без учета представителей медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности, что создает риски необъективного подхода при формировании тарифов на оплату медицинской помощи и распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

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

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

В соответствии со статьей 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ территориальные ППГ формируются с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. В соответствии с положениями статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 1 января 2013 года медицинская помощь оказывается на основании стандартов медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья по утверждению и внедрению стандартов медицинской помощи законодательно не установлено.

Стандарты медицинской помощи, утвержденные Минздравом России в 2012 году, прошли государственную регистрацию в январе-мае 2013 года и вступили в силу к 1 сентября 2013 года.

Однако в нарушение статьи 37 указанного Федерального закона в соответствии с приложением 3 к тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС города Москвы на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов медицинские организации города Москвы в своей деятельности используют городские стандарты медицинской помощи, утвержденные Департаментом здравоохранения города Москвы. Инструкция по применению медицинских стандартов в больничных учреждениях и учету медицинской помощи в дневных стационарах (всех типов) в системе ОМС города Москвы утверждена совместным приказом Департамента здравоохранения города Москвы и МГФОМС от 13.05.2013 № 445/63.

Стоимость случаев лечения в соответствии с указанными городскими стандартами медицинской помощи включена в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, утвержденный в составе приложения к тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2014 год.

Анализ применяемых в субъектах ЦФО способов оплаты медицинской помощи показал следующее.

При оплате первичной медико-санитарной помощи в субъектах ЦФО в основном используются все три возможных способа оплаты, предусмотренных федеральной ППГ, при этом приоритет отдается подушевому нормативу

финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Также по подушевому нормативу финансирования в сочетании за вызов оплачивается скорая медицинская помощь, за исключением г. Москвы, где оплата производится за каждый вызов. Во всех субъектах ЦФО, кроме Московской области и г. Москвы, в 2014 году оплата стационарной медицинской помощи производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистические группы заболеваний.

В то же время пунктом 6 Решения, утвержденного протоколом заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС города Москвы от 25.12.2013 № 14, одобрена базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) в размере 21 043,76 рублей. В соответствии с Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, с 1 января 2014 года в рамках реализации Территориальной программы ОМС вводится в действие пилотный проект по переходу на учет медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по системе КСГ. При этом включенные в проект медицинские организации ведут дополнительный учет медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по системе КСГ на базе разработанного программного обеспечения. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, на основе КСГ тарифным соглашением не предусмотрена.

Это было подтверждено в ходе выезда в ГБУЗ города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы». Руководством учреждения представлены агрегированные данные из реестра счетов на оказанную медицинскую помощь по числу случаев лечения, предъявленных к оплате в феврале 2013 года по медико-экономическим стандартам, и сводные данные по числу случаев лечения, сформированных в соответствии с КСГ. Произведен сравнительный расчет финансовых объемов оказанной за февраль медицинской помощи в соответствии с используемой методикой (по тарифам на основании городских стандартов медицинской помощи) и в соответствии с КСГ на основании коэффициентов, указанных в справке по счетам.

За прошедший период февраля 2014 года было пролечено за счет средств ОМС 3 812 больных. Выставлено реестров счетов на сумму 69 633 057,2 рубля. Расчет потребности в средствах ОМС при использовании КСГ показал сумму средств на оплату медицинской помощи в размере 88 367 377,87 рублей, что на 26,9% больше, чем объем средств, выставленных по реестру счетов.

Таким образом, внедрение системы оплаты медицинской помощи на основе КСГ без предварительно проведенной оценки может привести к завышению расходов, предъявляемых медицинскими организациями к оплате и формированию дефицита средств территориальных программ ОМС.

**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 ЦФО Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления

медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

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

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

Территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи. При этом документы, регулирующие выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений, на федеральном уровне не утверждены. Экспертиза качества медицинской помощи осуществляется только в соответствии с квалификацией эксперта, что повышает риск субъективных подходов к оценке дефектов и нарушений и влияет на объем финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям.

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

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

Расходование в 2012-2013 годах средств, выделенных на реализацию территориальных ППГ, 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 ЦФО	2012				2013				
	Средства ТППГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства ТППГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТППГ	% освоения
Белгородская область	9 911,4	103,9	5 075,1	100,7	12866,1	92,6	8695,0	67,6	89,5
Брянская область	6 533,7	102,1	4 673,9	103,0	9257,9	95,4	7621,5	82,3	94,9

Субъекты ЦФО	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
Владимирская область	9 177,8	96,5	5 745,7	95,3	10361,8	94,2	8120,9	78,4	93,3
Воронежская область	14 385,8	100,4	7 781,5	102,4	19188,1	95,6	13989,6	72,9	94,7
Ивановская область	5 995,6	94,7	3 128,0	91,5	7987,8	90,0	6521,3	81,6	88
Калужская область	8 395,9	93,5	5 139,7	93,2	9684,5	94,9	7392,4	76,3	93,2
Костромская область	3 866,5	87,9	2 978,2	88,6	5082,4	87,6	4099,4	80,7	86,6
Курская область	6 580,5	77,3	5 106,7	84,3	9125,8	89,1	7708,8	84,5	98,5
Липецкая область	8 497,2	96,2	5 288,8	94,1	10437,8	94,5	7616,0	73,0	96,0
Московская область	76 801,6	95,8	39 409,2	92,6	85569,9	88,8	57986,6	67,8	87,4
Орловская область	5 334,7	93,3	2 786,0	91,6	6468,8	92,3	4909,7	75,9	89
Рязанская область	8 188,8	97,1	6 108,0	96,1	10284,2	97,8	8600,4	83,6	97,4
Смоленская область	6 114,3	92,6	4 077,1	92,6	8133,6	98,5	6177,8	76,0	98,5
Тамбовская область	5 482,8	98,4	4 270,1	97,3	7223,7	91,2	5980,2	82,8	90,0
Тверская область	9 162,9	86,8	5 980,9	95,7	11897,2	92,5	8707,2	73,2	95,3
Тульская область	11 126,4	91,6	7 423,9	91,6	13546,3	91,7	10466,6	77,3	91,4
Ярославская область	9 857,5	99,9	7 178,1	99,4	11694,8	94,2	8941,1	76,5	95,2
г. Москва	217 542,0	91,7	56 129,8	83,2	260136,9	100,7	120567,4	46,3	102,9
<b>ИТОГО по ЦФО</b>	<b>422955,2</b>	<b>93,3</b>	<b>178281,0</b>	<b>90,5</b>	<b>508948,0</b>	<b>96,1</b>	<b>304102,0</b>	<b>59,8</b>	<b>95,7</b>
по ЦФО без г. Москвы	205413,2	95,1	122151,0	94,3	248810,7	91,8	183534,4	73,8	91,5

Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 20,3% или 85,99 млрд. рублей. При этом средства бюджетов субъектов Российской Федерации кроме города Москвы сократились с 75 920,1 млн. рублей до 65 276,3 млн. рублей (-10 643,8 млн. рублей). То есть прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ (в 2013 году 91,8% без учета средств территориальной ПГГ г. Москвы, в 2012 году – 95,1%). Исключение представляет только г. Москва, где, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальной ПГГ в течение 2013 года не производилась, в результате процент исполнения территориальной ПГГ превысил 100 %.

В расходах субъектов ЦФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (73,8%, в 2012 году – только 59,5%) за исключением г. Москвы, где наибольший процент средств составляют средства бюджета города.

В ходе анализа представленных Департаментом здравоохранения города Москвы данных за 2013 год по ряду медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, было выявлено, что часть расходов медицинских организаций, включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, произведена за счет средств бюджета города.

Так, у ряда медицинских организаций на начало 2013 года на счетах находились остатки средств субсидий, не использованных в 2012 году. Данные средства были

подтверждены медицинским организациям на расходование в целях погашения кредиторской задолженности 2012 года. При этом некоторые медицинские организации в нарушение условий соглашений направили эти средства на оплату текущих расходов 2013 года по статьям затрат, входящим в тариф на оплату медицинской помощи. Например, ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы» из 7,002 млн. рублей, оставшихся на счетах на 01.01. 2013, направила в 2013 году на оплату услуг, не подлежащих оплате за счет средств бюджета г. Москвы, 3,531 млн. рублей. ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» из 6,894 млн. рублей, оставшихся на счетах на 01.01.2013, направила на оплату услуг, не подлежащих оплате за счет средств бюджета г. Москвы, 3,870 млн. рублей.

Данные нарушения были подтверждены Департаментом здравоохранения г. Москвы. Указанными медицинскими организациями подготовлены и переданы 14.03.2014 в органы казначейства г. Москвы платежные поручения на перечисление 7,401 млн. рублей, неправомерно направленных на оплату расходов, включенных в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС, в доход бюджета как бюджетные суммы прошлых лет.

Также в целях уточнения представленной Минздравом Московской области информации осуществлен выход в ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер». Выявлено, что среди 143 больных, которым в 2013 году была оказана высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств бюджета области, по 9 больным Московским областным онкологическим диспансером были дополнительно направлены в территориальный фонд ОМС реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи за счет средств ОМС на общую сумму 551 905 рублей. Таким образом, выявлены факты неправомерных действий со стороны Московского областного онкологического диспансера и завышения оплаты оказанной медицинской помощи в рамках ВМП.

Анализ структуры расходов в 2013 году показал, что наибольший объем средств территориальных ПГГ направляется на оплату труда работников медицинских организаций. На втором месте – поступление нефинансовых активов, где наибольший процент средств приходится на приобретение медикаментов и перевязочных средств. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

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

По данным органов исполнительной власти субъектов ЦФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла 2 367,95 млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Брянской области (217,92 млн. рублей), Орловской области (370,34 млн. рублей), Смоленской области (182,74 млн. рублей), Тверской области (112,10 млн. рублей) и г. Москве (436,37 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Однако в Смоленской и Тверской областях выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 62,18 млн. рублей и 18,06 млн. рублей соответственно.



По данным Департамента здравоохранения г. Москвы и Московского городского фонда ОМС (письмо от 24.07.2014 № 10-15-2835/14-2/4-42) вся кредиторская задолженность погашена.

В рамках контрольных мероприятий в Департаменте здравоохранения г. Москвы и Минздраве Московской области проведено сравнение стоимости единицы объема медицинской помощи за 2013 год по ряду медицинских организаций субъектов в соответствии с данными форм федерального статистического наблюдения № 62 (выборочно).

Анализ данных в разрезе учреждений показал, что в однотипных учреждениях здравоохранения г. Москвы и Московской области в 2013 году имеется значительная разница в единице стоимости выполненного объема медицинской помощи.

Так, среди городских больниц, в том числе детских, г. Москвы (финансирование которых осуществляется за счет средств бюджета субъекта и ОМС) максимальная стоимость койко-дня составила из всех источников 6 475,05 рубля (ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31» Департамента здравоохранения г. Москвы), минимальная – 1 619,2 рубля (ГБУЗ «Городская клиническая больница № 9» Департамента здравоохранения г. Москвы).

Среди городских и районных больниц Московской области максимальная стоимость койко-дня составила 2 326,9 рубля (МБУЗ «Шаховская Центральная районная больница»), минимальная - 1 670,9 рубля (МУЗ «Центральная районная больница» г. Серпухов).

Указанные различия в стоимости единицы фактически выполненных объемов свидетельствуют об отсутствии единой методики расчета стоимости медицинских услуг и тарифов на оплату медицинской помощи, различиях в оплате медицинской помощи и ее оказании, а также об отсутствии контроля за эффективностью расходования средств со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.

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

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

Сравнение выполненных объемов скорой медицинской помощи в 2013 году по сравнению с 2012 годом свидетельствует о сокращении вызовов скорой медицинской помощи по субъектам ЦФО, кроме Московской, Тульской областей и г. Москвы.

При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения в Ивановской, Московской, Смоленской, Тверской,

Тулеской, Ярославской областях и г. Москве. Одновременно с этим в этих же субъектах ЦФО число обращений к врачам по поводу заболеваний также выше федеральных средних нормативов, что может говорить о неэффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов.

Одновременно считаем целесообразным отметить недостаточное развитие во всех субъектах ЦФО системы оказания медицинской помощи в неотложной форме.

В Воронежской, Курской, Липецкой, Рязанской и Тамбовской областях 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. 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. При этом необходимо обратить внимание на недостоверность данных по Костромской области, где уровень посещений значительно выше нормативных значений и данных по другим субъектам ЦФО.

Оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в целом отвечает установленным требованиям, кроме г. Москвы, где фактически выполненные объемы в 2,7 раз 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 только в Брянской, Ивановской, Калужской, Курской, Московской, Орловской, Смоленской и Ярославской областях фактические объемы медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, выше нормативных значений. В остальных субъектах ЦФО объемы оказания медицинской помощи в стационарных условиях значительно ниже федеральных нормативов, в первую очередь в г. Москве, где по итогам 2013 года объемы оказания медицинской помощи в стационарных условиях оставил всего 2,07 койко-дней на 1 жителя, что на 23,8% ниже федеральных нормативов (2,635 с учетом паллиативной медицинской помощи).

При этом по данным раздела VI формы № 62 в 2013 году по сравнению с 2012 годом во всех субъектах ЦФО выросли объемы платных медицинских услуг с 19 127,5 млн. рублей до 25 105,1 млн. рублей или на 31,3%. В г. Москве объемы медицинской помощи, оказанной на платной основе, в 2013 году по сравнению с 2012 годом выросли с 3 667,66 млн. рублей до 6 670,31 млн. рублей или в 1,8 раза. Число пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, выросло с 34 917 человек до 47 241 человека или на 35,3 %. В Ивановской области рост объема платной медицинской помощи составил 16,9% с 466,8 млн. рублей до 545,9 млн. рублей, число пациентов, пролеченных в стационарных условиях на платной основе выросло с 2,5 до 4,5 тысяч человек.

Таким образом, проведенный анализ говорит о несбалансированности медицинской помощи по видам и формам ее оказания, а также может свидетельствовать об ограничении доступности для населения специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в рамках программы ОМС.

Также проведен анализ фактически сложившейся стоимости единицы объема медицинской помощи за 2012-2013 годы, который показал имеющиеся различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи по субъектам ЦФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется по субъектам ЦФО от 1 212,7 рублей в Орловской области до 1 935,8 рублей в Рязанской области, стоимость койко-дня колеблется от 1 337,1 рубля в Ивановской области до 1 850,6 рублей в Липецкой области. Различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи стали следствием отсутствия в 2013 году единой методики расчета стоимости медицинской услуги и тарифа на оплату медицинской помощи.

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

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

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

Так, в субъектах ЦФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов и с коэффициентом дифференциации 1,0 стоимость посещений к врачу может колебаться на несколько десятков процентов.

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 Воронежской и близлежащей Костромской областях стоимость случая диспансеризации различается в среднем в 1,5 раза.

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, например, в Воронежской области стоимость обращений к врачам и стоимость одного случая диспансеризации не изменились. Не изменилась и стоимость одного случая диспансеризации в Костромской области.

В 2014 году 459 видов ВМП были переданы в систему ОМС. При этом анализ тарифных соглашений на медицинскую помощь, оказываемую по территориальной программе ОМС, на 2014 год показал, что стоимость тарифа на ВМП по близ расположенным субъектам Российской Федерации значительно колеблется.

Так, например, стентирование коронарных артерий в Липецкой и Курской областях в 3 раза ниже, чем в рядом расположенной Тамбовской области, не имеющей каких-либо различий в социально-экономическом положении.

При этом в большинстве субъектов Российской Федерации установленная стоимость тарифов на ВМП кратно ниже, чем стоимость высокотехнологичных методов лечения, оплачиваемых в 2013 году федеральными медицинскими организациями за счет средств федерального бюджета.

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.

Также в ходе контрольных мероприятий была проведена оценка тарифных соглашений по г. Москве, содержащих в качестве приложения Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, который по состоянию на 1 января 2014 года включал 6 497 медицинских услуг, в том числе 1 089 городских стандартов медицинской помощи.

Анализ, проведенный Счетной палатой, показал, что наименования и коды медицинских услуг, включенные в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, не соответствуют наименованиям и кодам медицинских услуг, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

В соответствии с частью 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ не включены в базовую программу обязательного медицинского страхования заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, а также психические расстройства и расстройства поведения. Указанные заболевания также не включены и в территориальную программу ОМС г. Москвы. Однако в 2013 году в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС были включены услуги по заболеваниям, не входящим в территориальную программу ОМС (с 1 июля 2013 года исключены из реестра согласно дополнительному соглашению от 11.07.2013 к Тарифному соглашению), по которым за первое полугодие 2013 года была произведена оплата за счет средств ОМС на общую сумму **6 863 359,89** рублей.

В соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» включение в реестр счетов и оплата медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, является нарушением, не допускается и влечет за собой отказ в оплате медицинской помощи.

В соответствии с приказом Московского городского фонда ОМС от 13.03.2014 № 24 указанные средства восстановлены в бюджете Московского городского фонда ОМС.

**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 ЦФО данных свидетельствует о ежегодном росте численности медицинских организаций, участвующих в территориальных ППГ, а также в территориальных программах ОМС. При этом численность государственных (муниципальных) медицинских организаций ежегодно снижается в связи с проводимыми регионами мероприятиями по реструктуризации сети. Наибольший процент снижения числа государственных медицинских организаций в связи с реструктуризацией отмечен в г. Москве. Реорганизации подлежало 564 медицинские организации, в том числе 402 медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь. В рамках реорганизации 418 медицинских организаций были присоединены к 146 медицинским организациям города Москвы.

Наряду с реструктуризацией медицинских организаций в субъектах ЦФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций с 318,0 тыс. коек до 308,8 тыс. коек. Обеспеченность населения койками сократилась на 2,9% (с 82,2 до 79,8 на 10 тыс. населения). Наибольшее сокращение обеспеченности койками отмечено по г. Москве - 3,7% (с 81,0 до 78,0 на 10 тыс. населения).

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

Так, по 2013 году выявлено, что ряд медицинских организаций запрашивал у Комиссии по разработке территориальной программы ОМС г. Москвы объемы медицинской помощикратно меньше выделенных. И наоборот, по ряду медицинских организаций отмечено выделение объемов медицинской помощи меньше запрашиваемых значений. В основном меньше запрашиваемых значений были доведены объемы до федеральных медицинских организаций. Например, ФГБУ «Клиническая больница № 85 ФМБА России» представил заявку в комиссию по разработке территориальной программы ОМС на выделение ему в 2013 году 205 тыс. посещений и 40,0 тыс. койко-дней, по решению комиссии по разработке территориальной программы ОМС было выделено всего 169,0 тыс. посещений и 18,7 тыс. койко-дней, которые были выполнены в полном объеме. На 2014 год ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца

Минздрава России» представил заявку на 3,7 тыс. обращений и 1,6 тыс. госпитализаций, однако учреждению было выделено решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС 2,3 тыс. обращений и 984 случая госпитализации.

При этом ОАО «Медицине», которая на 2014 год представила заявку на 16,2 тыс. посещений, 30,0 тыс. обращений и 90 случаев госпитализации, объемы были выделены выше запрошенных – 32,2 тыс. посещений, 59,6 тыс. обращений и 179 случаев госпитализации.

В то же время при проверке в Московской области каких-либо ограничений в участии медицинских организаций федеральной и иной формы собственности выявлено не было. Заявки указанных медицинских организаций учтены при распределении объемов на 97,1-100,0%.

Одним из законодательно предложенных способов, позволяющих обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь является государственно-частное партнерство, которое наряду с включением медицинских организаций частной формы собственности в территориальные программы ОМС предполагает такую форму партнерства, как передача объектов здравоохранения в концессию в соответствии с положениями Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях».

Концессионные соглашения в субъектах ЦФО заключены в Тверской области (строительство детской поликлиники на 200 посещений в смену в г. Твери) и в г. Москве (реконструкция объекта здравоохранения, где ранее располагалась городская клиническая больница № 63 им. М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы).

Также в соответствии с постановлениями Правительства Московской области от 24.04.2014 № 273/13 и № 272/13 планируется в рамках концессии создание 2-х онкорadiологических центров в г. Подольске и г. Балашихе.

При этом проведенная в ходе контрольного мероприятия оценка заключенного между Департаментом городского имущества города Москвы и ЗАО «ЮропианМедикалСентер» концессионного соглашения о реконструкции и эксплуатации объекта здравоохранения от 14 мая 2013 года (номер не указан), которое зарегистрировано в Едином реестре контрактов и торгов города Москвы 31 мая 2013 года за № 17-000003-5001-0012-00000-13, показала следующее.

1. Переданный в концессию с целью реконструкции объект здравоохранения, находящийся в оперативном управлении ГБУЗ «Городская клиническая больница № 63 Департамента здравоохранения города Москвы», в соответствии с данными формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и сведениями конкурсной документации по проведению конкурса, включающей проект концессионного соглашения, не находился в аварийном состоянии и не требовал соответствующей реконструкции, так как износ включенных в объект четырех зданий составлял от 23 % до 38 %, износ одного здания – 74%.

В то же время в соответствии с письмом Концессионера (ЗАО «ЮропианМедикалСентер») от 09.12.2013 № 412-12-2013 в адрес заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам экономической политики и имущественно-земельных отношений, было проведено предварительное обследование объектов концессионного соглашения, согласно которому проведение реконструкции объектов с учетом требований законодательства Российской Федерации, в том числе технических регламентов по пожарной безопасности, невозможно. По мнению

Концессионера, наиболее оптимальным вариантом является снос объектов и новое строительство современного медицинского комплекса.

2. Конкурсной документацией и заключенным концессионным соглашением по г. Москве предусмотрено, что концессионер обязан оказать медицинские услуги по тарифам обязательного медицинского страхования и высокотехнологичной медицинской помощи, начиная с шестого года эксплуатации объекта концессионного соглашения в пределах установленных данным соглашением объемов с учетом количества возможных потребителей данных услуг. При этом концессионер обязан обеспечить сдачу в эксплуатацию реконструированного объекта соглашения в течение 4 лет с даты передачи ему объекта соглашения, и приступить к осуществлению деятельности, определенной соглашением, в течение 100 календарных дней после ввода объекта соглашения в эксплуатацию.

Исходя из условий концессионного соглашения деятельность по оказанию медицинских услуг по тарифам обязательного медицинского страхования будет начата не менее, чем через 10 лет с момента передачи концессионеру объекта соглашения.

3. Проверкой установлено несоответствие условий указанного заключенного концессионного соглашения условиям утвержденной конкурсной документации, неотъемлемой частью которой является проект концессионного соглашения.

Так, в нарушение части 3 статьи 36 Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», протокола заседания конкурсной комиссии открытого конкурса на право заключения концессионного соглашения о реконструкции и эксплуатации объекта здравоохранения от 01.02.2013 № 2/2013, в соответствии с которым концессионное соглашение должно быть заключено в соответствии с конкурсной документацией, распоряжения Департамента городского имущества города Москвы от 11.03.2013 № 434-р, которым не предполагалось внесение каких либо изменений в концессионное соглашение в процессе его заключения, в соответствии с пунктом 11 заключенного концессионного соглашения был изменен предмет концессионного соглашения, в связи с чем концессионер вправе осуществить снос зданий, входящих в состав Объекта соглашения в порядке, предусмотренном постановлением Правительства Москвы от 29.06.2010 № 540-ПП «Об утверждении Положения об управлении объектами нежилого фонда, находящимися в собственности города Москвы» и создать на их территории новые объекты недвижимости. Таким образом, вместо реконструкции объекта здравоохранения Концессионер вправе осуществить строительство новых объектов, что конкурсной документацией предусмотрено не было.

В ходе контрольных мероприятий проведена оценка доступности и качества медицинской помощи, оказанной в рамках территориальных ППГ, в том числе на основании демографических показателей, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и Государственной программой «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 г. № 2511-р.

Несмотря на снижение в 2013 году смертности населения по всем субъектам ЦФО, не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Белгородской, Брянской, Воронежской, Курской, Смоленской, Тамбовской и Ярославской областях, по младенческой смертности – во всех субъектах ЦФО, кроме Белгородской, Калужской, Липецкой, Московской, Орловской и Ярославской областях.

По смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Белгородской, Костромской, Орловской и Тверской областях, по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений по ее снижению во всех субъектах ЦФО, кроме Воронежской, Курской, Липецкой, Московской и Тамбовской областях.

Одним из критериев доступности медицинской помощи является срок ее ожидания. Однако возможности мониторинга и контроля за указанным критерием ограничены, так как единой методики сбора и оценки сроков ожидания медицинской помощи на федеральном уровне не установлено.

В ходе контрольного мероприятия произведена оценка числа обращений в органы управления здравоохранением субъектов ЦФО.

Так, при анализе обращений граждан в Департамент здравоохранения г. Москвы выявлено, что в 2013 году общее количество обращений (51386) увеличилось по сравнению с 2012 годом (44727) на 15,0%, в том числе по вопросам о работе учреждений здравоохранения на 61%; о недостатках в оказании медицинской помощи на 21%; о содействии в бесплатном лечении на 26%.

Анализ письменных обращений граждан, поступивших в Министерство здравоохранения г. Москвы, свидетельствует, что в 2013 году общее количество обращений (12264) увеличилось по сравнению с 2012 годом (11519) на 6,5%, в том числе по вопросам об обеспечении лекарственными средствами и предметами медицинского назначения на 40%; о недостатках в работе органов и учреждений здравоохранения на 6,5%; о неудовлетворительном оказании медицинской помощи взрослому населению на 124,8%.

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.

Кроме того, проверкой выявлено оказание медицинской помощи гражданам Московской области без лицензии на осуществление медицинской деятельности муниципальным учреждением здравоохранения «Тропаревская амбулатория», которая по данным главного врача МУЗ «Можайская центральная районная больница» С.П.Ванева от 17.06.2014 № 762 (к которому планируется присоединить указанную амбулаторию), не имея лицензии на медицинскую деятельность, в 2013 году выполнила 4807 посещений фельдшера и 2483 посещений зубного врача.

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

В целом по итогам 2013 года заработная плата врачей в субъектах ЦФО соответствует планируемому значению, установленному государственной программой «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Ивановской, Костромской, Курской, Ярославской областях и г. Москве ниже, чем за 2013 год в целом.



При этом в ходе выезда в медицинские организации города Москвы было выявлено, что в нарушение раздела VI ППГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932, в заработную плату врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не были включены денежные выплаты за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, ранее выплачиваемые в рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и региональной программы модернизации г. Москвы.

По результатам выявленных нарушений издан приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 12 марта 2014 г. № 228 «О выплатах стимулирующего характера врачам-специалистам и специалистам со средним медицинским образованием, участвующим в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и качества оказываемых услуг».

Среди субъектов ЦФО, кроме Московской области и г. Москвы, по данным 1 квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей по данным Росстата зарегистрирован в Калужской области (42,3 тыс. рублей), наименьший – в Белгородской (30,7 тыс. рублей), Брянской (32,1 тыс. рублей), Воронежской (29,9 тыс. рублей) и Смоленской (30,0 тыс. рублей) областях. При этом на фоне единых принципов предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов результаты оценки представленных органами исполнительной власти субъектов ЦФО данных по уровню заработной платы врачей различных специальностей, работающих в медицинских организациях, участвующих в территориальных программах ОМС, показали значительные различия. Так, в Калужской области средняя заработная плата врача акушера-гинеколога составляет 39 291,25 рублей, а в Брянской области только 29 219,75 рублей, по врачам-педиатрам указанные различия составляют 39 832,78 рублей в Калужской области и 28 740,46 рублей в Брянской области. Также выраженные различия установлены по врачам-кардиологам (42 525,28 рублей против 27 283,9 рублей), врачам – хирургам (43 228,5 рублей против 31 694,88 рублей) и врачам других специальностей.

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

Различия в уровне заработной платы врачей напрямую влияют на обеспеченность врачами в субъектах ЦФО. Так в Калужской области в 2013 году по сравнению с 2012 годом отмечен рост обеспеченности врачами с 31,8 до 32,1 на 10 тыс. населения. При этом, например, в Брянской области выявлено снижение обеспеченности врачами с 33,7 до 33,4 на 10 тыс. населения, в Смоленской области – с 45,5 до 44,8 на 10 тыс. населения. Наибольшее сокращение врачей отмечено в Тверской области – 859 человек, где по итогам 2013 года обеспеченность врачами по сравнению с 2012 годом снизилась с 47,0 до 40,5 на 10 тыс. населения (снижение на -13,8%).

Уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала по субъектам ЦФО в соответствии с данными Росстата свидетельствует о росте 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 Московской области и г. Москвы также выявил значительные различия. Так, например, в Московской области максимальная

среднемесячная начисленная заработная плата всех работников больниц (работающих в системе ОМС) составляет 36 093,6 рубля (МБУ ГО Балашиха «Центральная районная больница»), минимальная – 22 475,8 рубля (МБУЗ «Шаховская центральная районная больница»), различия составляют 1,6 раза.

Аналогичная ситуация выявлена и по медицинским организациям г. Москвы. Максимальная среднемесячная начисленная заработная плата всех работников городских больниц для взрослого населения (работающих в системе ОМС) составляет 73 903,3 рублей (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 54 Департамента здравоохранения города Москвы»), минимальная – 42 638,0 рублей (Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Коммунарская больница Департамента здравоохранения города Москвы»).

При этом в г. Москве в отличие от Московской области средняя заработная плата врачей в поликлиниках значительно ниже средней заработной платы врачей, работающих в городских больницах.

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

**8.2.6. Оценить организацию учета, отчетности и систем мониторинга формирования и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ЦФО 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, в соответствии с которыми осуществляется мониторинг и учет формирования и реализации территориальных ПГГ, являются установленные Росстатом формы федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения, основной из которых является форма № 62.

При этом в ходе контрольного мероприятия установлено, что Министерством здравоохранения Московской области ведется сбор и анализ форм № 62 только в части финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств соответствующих бюджетов Московской области, данные о результатах оказания и оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, Минздравом Московской области не собираются и не анализируются.

В данной связи Минздравом Московской области ненадлежащим образом осуществлены полномочия, установленные Положением о Министерстве здравоохранения Московской области, утвержденным постановлением Правительства Московской области от 17.10.2007 № 790/28, в части осуществления учета деятельности медицинских организаций Московской области.

Также выявлены нарушения при заполнении форм № 62. Например, в Минздраве Московской области выявлено, что формы № 62 за 2013 год по медицинским организациям и по субъекту в целом не содержат сведений о результатах оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, и ее оплате.

При проверке в Департаменте здравоохранения г. Москвы установлено несоответствие данных формы № 62 с данными, приведенными в формах федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», № 14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» и № 40 «Отчет станции скорой медицинской помощи».

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 и 14-ДС. Однако объемы медицинской помощи, оказанные в условиях дневного стационара, указанные в форме № 62 за 2012 год, ниже объемов, включённых в форму 14-ДС. Сравнительный анализ данных форм федерального статистического наблюдения № 30 и 14-ДС с представленными в ходе проверки данными формы федерального статистического наблюдения № 62 за 2013 год также показал несоответствия значений фактически оказанных объемов медицинской помощи.

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».

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 в субъектах ЦФО.

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.

Вместе с тем, в ходе проверки в Московском городском фонде ОМС выявлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом: «бактериология», «гематология», «детская кардиология», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «психиатрия», «психиатрия-наркология», «лечебная физкультура и спортивная медицина».

Таким образом, в г. Москве 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.

Аналогичные факты выявлены и при проверке Московского областного фонда ОМС.

### **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.

Полномочия по контролю за использованием СМО средств ОМС возложены на территориальные фонды ОМС. План проверок СМО медицинских организаций согласовывается территориальными фондами ОМС.

В то же время в соответствии с представленными данными органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации вызывают сомнения в достоверности сведения по деятельности СМО по Смоленской и Ивановской областям.

Всего за 2013 год было наложено на медицинские организации штрафных санкций в объеме **2 011,3 млн. рублей**, из них направлено на формирование собственных средств СМО 736,9 млн. рублей (36,6%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи.

В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил **3 514,1 млн. рублей**.

Считаем целесообразным обратить внимание, что наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем целевых средств ОМС не направляется медицинским организациям в связи с их удержанием и отказами в оплате медицинской помощи. Всего по ЦФО медицинские организации не получили **2 589,2 млн. рублей** средств ОМС.

По данным субъектов ЦФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 12% всех отказов) являются дефекты оформления первичной медицинской документации и нарушения в выполнении необходимых мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи (32,1%). В то же время порядки оказания медицинской помощи полных алгоритмов оказания медицинской помощи не содержат, а стандартами медицинской помощи охвачено не более трети всех заболеваний. При этом в ходе проверки в Московском городском фонде ОМС было выявлено, что экспертиза качества медицинской помощи осуществляется с использованием городских стандартов медицинской помощи, применение которых не соответствует требованиям статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ. В связи с этим обоснованность отказов в оплате оказанной медицинской помощи вызывает сомнения.

Как следствие, можно сделать вывод, что территориальные фонды ОМС не исполняют в полном объеме свои полномочия по контролю за использованием СМО средств ОМС.

Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО соответствуют средней заработной плате по региону. Однако их достоверность спорна. Например, по Воронежской области средняя заработная плата показана, как 18,5 тыс. рублей. При этом в 3 СМО области работает 307 сотрудников. Если предположить, что в среднем 50 % всех средств СМО направляется на заработную плату, то в данном случае ее уровень должен составлять 177,5 млн. рублей / 307 / 12

месяцев = 48 181 рублей. Для того, чтобы обеспечить уровень заработной платы в размере 18,5 тысяч, руководство СМО должно было направляться на фонд оплаты труда не более 25% собственных средств СМО, что вызывает сомнение.

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

Представлены замечания (пояснения) руководителя Департамента здравоохранения города Москвы (письмо от 21.03.2014 № 61-11-39) и Директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования (письмо от 21.03.2014 № 1650), которые носят поясняющий характер и не противоречат тексту отчета.

#### **10. Выводы:**

10.1. На 2012-2014 годы все территориальные ПГГ субъектов ЦФО утверждены соответствующими нормативными правовыми актами субъектов ЦФО до 1 января текущего года, на который утверждаются программы. Начиная с 2013 года, территориальные ПГГ утверждаются на текущий год и двухлетний плановый период. Однако в Московской и Костромской областях территориальные ПГГ утверждены только на один год – 2013, без учета планового периода (2014 и 2015 годов), 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 плановый период 2014 и 2015 годов».

10.2. Анализ территориальных ПГГ выявил ряд нарушений положений федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также иные недостатки:

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

10.2.2. Московская областная ПГГ на 2013 год и Московская областная ПГГ на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов содержат перечень видов медицинской помощи, мероприятий, финансируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, что не соответствует пункту 2 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

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

10.2.4. Московская областная программа ОМС в составе Московской областной ПГГ на 2013 год в нарушение пункта 7 части 6 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в перечне страховых случаев, при которых медицинская помощь

оказывается в рамках программы ОМС, не включены «отдельные нарушения вовлекающие иммунный механизм».

10.2.5. В ходе контрольного мероприятия из всех субъектов ЦФО выявлены факты несоответствия на 2013 год численности населения и застрахованных лиц прогнозным и фактическим показателям по г. Москве и Московской области, что создает «скрытый» дефицит территориальных ПГГ.

10.3. Анализ формирования и деятельности комиссий по разработке территориальных программ ОМС показал, что:

10.3.1. В Московской области и г. Москве в состав комиссий по разработке территориальных программ ОМС входят только представители профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации и не входят представители иных медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов) и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), осуществляющих деятельность на территории г. Москвы и Московской области, что не соответствует части 9 статьи 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Кроме того, представительство в комиссиях по разработке территориальных программ ОМС медицинских организаций в указанных субъектах ограничено только государственными региональными медицинскими организациями без учета представителей медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности, что создает риски необъективного подхода при формировании тарифов на оплату медицинской помощи и распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;

10.3.2. 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. Как следствие, выявлены случаи необоснованного занижения и завышения предоставляемых объемов, не соответствующих заявкам медицинских организаций и их мощностям.

10.4. В 2012 году дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в субъектах ЦФО по данным Минздрава России установлен в 14 субъектах ЦФО и составил 20 983,8 млн. рублей (15,8 % от потребности). Бездефицитные территориальные ПГГ – в городе Москве, Калужской, Московской и Ярославской областях. Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в 2012 году сохранялся в Тамбовской области (32,7 %), Брянской области (31,1 %), Ивановской области (24,5 %), Курской области (22,7 %) и Костромской области (21,9 %).

На 2013 и 2014 год территориальные ПГГ были утверждены с дефицитом средств консолидированного бюджета в Брянской, Воронежской, Ивановской, Костромской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской и Ярославской областях. Суммарный дефицит бюджета утвержден на 2013 год в размере 10 012,7 млн. рублей и на 2014 год в размере 10 520,99 млн. рублей. То есть в 2014 году по сравнению с 2013 годом дефицит средств консолидированного бюджета на реализацию территориальных ПГГ вырос.

Также территориальной ПГГ Воронежской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов был утвержден дефицит средств ОМС в размере -46,2 млн. рублей на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

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

10.5. В 2013 году бюджетам территориальных фондов ОМС субъектов ЦФО из бюджета Федерального фонда ОМС были предоставлены дополнительные субвенции из средств нормированного страхового запаса в объеме 10 553,8 млн. рублей. При этом не были внесены соответствующие корректировки в стоимость территориальных программ ОМС Воронежской области и г. Москвы.

10.6. Во всех субъектах ЦФО 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.

10.7. Только в территориальных ПГГ Калужской, Курской, Орловской, Рязанской, Смоленской, Тверской, Ярославской и Московской областей в финансовом обеспечении территориальных ПГГ 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. Учитывая изложенное, территориальные программы ОМС Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Ивановской, Костромской, Липецкой, Тамбовской и Тульской областей содержат «скрытый» дефицит средств ОМС, необходимых для формирования адекватного тарифа на оплату медицинской помощи.

10.8. Территориальная программа ОМС г. Москвы не учитывает затраты, направляемые из бюджета города на содержание деятельности государственных медицинских организаций города, что приводит к «искусственному» занижению размера тарифов на оплату медицинской помощи. Так, в финансовое обеспечение территориальной ПГГ г. Москвы на 2013 год включено 47 575,35 млн. рублей средств бюджета города Москвы, которые в нарушение установленного частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ механизма были напрямую направлены из бюджета города в бюджет государственных медицинских организаций, участвующих в территориальной программе ОМС, на оплату расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи.

В 2014 году в рамках территориальной ПГГ планируется оплатить из бюджета города Москвы расходы государственных медицинских организаций, включаемые в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, в размере 1 170,9 млн. рублей.

Таким образом, в 2013 году Департаментом здравоохранения города Москвы (основным разработчиком территориальной ПГГ) созданы неравные условия для

участия в территориальной программе ОМС медицинских организаций иной подчиненности и иной формы собственности.

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

10.9.1. Установленные субъектами ЦФО на 2013-2014 годы нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, ниже федеральных, а нормативы финансового обеспечения на единицу объема медицинской помощи за счет консолидированных бюджетов субъектов ЦФО на 2013-2014 годы ниже установленных федеральных нормативов в Белгородской, Брянской, Владимирской, Воронежской, Ивановской, Калужской, Костромской, Курской, Московской, Рязанской, Смоленской, Тамбовской, Тверской и Ярославской областях.

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

Кроме того, в ходе контрольных мероприятий в Минздраве Московской области выявлены несоответствия между текстом Московских областных ППГ и приложений к ним в части стоимости ППГ по условиям оказания медицинской помощи, что привело к занижению в 2013 и 2014 годах размеров подушевых нормативов и объемов финансирования медицинской помощи за счет средств бюджета Московской области.

10.9.2. По территориальным программам ОМС установлено занижение в 2014 году: по Брянской области норматива финансирования на единицу профилактического посещения из средств ОМС и норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации; по Белгородской области норматива объема обращений по поводу заболеваний и норматива финансовых затрат на одно обращение за счет средств ОМС (1,855 обращений на 1 застрахованного и 923,5 рублей за 1 обращение против 1,92 и 932,8 рублей на 1 обращение), по Воронежской области норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС.

10.9.3. В ходе контрольных мероприятий в Департаменте здравоохранения г. Москвы было установлено, что по ряду нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС города Москвы не была произведена корректировка на коэффициент дифференциации, что формирует «скрытый» дефицит территориальной программы ОМС по г. Москве



10.9.4. 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 ЦФО 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.

10.10. В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации от 09.03.2013 № 324-р и от 26.02.2014 № 264-р на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, было выделено из федерального бюджета бюджетам субъектов ЦФО 987,1 млн. рублей в 2013 году и 633,7 млн. рублей в 2014 году. Однако в приложениях к территориальным ПГГ Брянской, Воронежской, Московской, Орловской и Тульской областях средства на оказание гражданам высокотехнологичной медицинской помощи отдельно не указаны.

10.11. При оплате первичной медико-санитарной помощи субъектами ЦФО в территориальных ПГГ предусмотрены все определенные федеральной ПГГ способы оплаты, однако анализ тарифных соглашений (устанавливающих тарифы на оплату медицинской помощи) показал, что 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 г. Москвы, где оплата производится за каждый вызов. Во всех субъектах ЦФО, кроме Московской области и г. Москвы, в 2014 году оплата стационарной медицинской помощи производится за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистические группы заболеваний. При этом анализ, проведенный в ходе контрольного мероприятия свидетельствует об увеличении на 26 % объема финансирования, предъявляемого к оплате за оказанную медицинскую помощь.

Таким образом, внедрение системы оплаты медицинской помощи на основе КСГ без предварительно проведенной оценки может привести к завышению расходов, предъявляемых медицинскими организациями к оплате, и формированию дефицита средств территориальных программ ОМС.

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

10.12.1. Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 20,3% или 85,99 млрд. рублей. При этом средства бюджетов субъектов Российской Федерации (кроме города Москвы) сократились с 75 920,1 млн. рублей до 65 276,3 млн. рублей (-10 643,8 млн. рублей). То есть прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

10.12.2. Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ (в 2013 году 91,8% без учета средств территориальной ПГГ г. Москвы, в 2012 году – 95,1%). Исключение представляет только г. Москва, где, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальной ПГГ в течение 2013 года не производилась. В результате процент исполнения территориальной ПГГ превысил 100 %.

10.12.3. В расходах субъектов ЦФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (73,8%, в 2012 году – только 59,5%) за исключением г. Москвы, где наибольший процент средств составляют средства бюджета города.

10.12.4. Выявлены различия в фактической стоимости в 2013 году единицы объема медицинской помощи по субъектам ЦФО, не имеющим установленных районных коэффициентов и коэффициентов дифференциации, что стало следствием отсутствия в 2013 году единой методики расчета стоимости медицинской услуги и тарифа на оплату медицинской помощи. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется по субъектам ЦФО от 1 212,7 рублей в Орловской области до 1 935,8 рублей в Рязанской области, стоимость койко-дня колеблется от 1 337,1 рубля в Ивановской области до 1 850,6 рублей в Липецкой области.

10.12.5. 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.

10.12.6. В ходе контрольного мероприятия в Департаменте здравоохранения города Москвы было выявлено, что часть расходов медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, произведена за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. В том числе за счет средств бюджета города Москвы оплачены расходы, включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС. В нарушение условий соглашений о предоставлении субсидий ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ «Городская поликлиника № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» направили средства, полученные из бюджета города, на оплату текущих расходов 2013 года по статьям затрат, входящим в тариф на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11. 2010 № 326-ФЗ на общую сумму 7 401,0 тыс. рублей.

10.12.7. При проверке в Минздраве Московской области в ходе сверки данных по больным, получившим высокотехнологичную медицинскую помощь в 2013 году в Московском областном онкологическом диспансере за счет средств бюджета области, с данными реестров счетов медицинской организации, направленной в территориальный фонд для оплаты за счет средств ОМС, выявлено, что среди 143 больных, которым в 2013 году за счет средств бюджета Московской области была оказана высокотехнологичная медицинская помощь, по 9 больным Московским областным онкологическим диспансером дополнительно были направлены в территориальный фонд реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи также за счет средств ОМС на общую сумму 551 905 рублей. Таким образом, выявлены факты неправомерных действий со стороны Московского областного онкологического диспансера и завышения оплаты оказанной высокотехнологичной медицинской помощи.

10.12.8. По данным органов исполнительной власти субъектов ЦФО на 1 января 2014 года не оплачена кредиторская задолженность медицинских организаций на сумму 2 367,95 млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Брянской области (217,92 млн. рублей), Орловской

области (370,34 млн. рублей), Смоленской области (182,74 млн. рублей), Тверской области (112,10 млн. рублей). Основными причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг. Однако в Смоленской и Тверской областях выявлена кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС в размере 62,18 млн. рублей и 18,06 млн. рублей соответственно.

10.12.9. Объемы платных медицинских услуг выросли во всех субъектах ЦФО, например: в Ивановской области – с 466,8 млн. рублей до 545,9 млн. рублей (на 16,9%), число пациентов, пролеченных в стационарных условиях на платной основе выросло с 2,5 до 4,5 тысяч человек; по г. Москве - с 3 667,66 млн. рублей в 2012 году до 6 670,31 млн. рублей в 2013 году или в 1,8 раза, число пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, в г. Москве выросло с 34 917 человек до 47 241 человека или на 35,3 %.

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

10.13.1. Во всех субъектах ЦФО 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;

10.13.2. В нарушение статьи 37 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ приложением 3 к тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе ОМС города Москвы на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, предусматривается использование медицинскими организациями города Москвы в своей деятельности городских стандартов медицинской помощи, утвержденных Департаментом здравоохранения города Москвы;

10.13.3. В однотипных учреждениях здравоохранения г. Москвы и Московской области в 2013 году имеется значительная разница в единице стоимости выполненного объема медицинской помощи, что свидетельствует об отсутствии единой методики расчета стоимости медицинских услуг и тарифов на оплату медицинской помощи, различиях в оплате медицинской помощи и ее оказании, а также об отсутствии контроля за эффективностью расходования средств со стороны органов исполнительной власти в сфере здравоохранения;

10.13.4. В субъектах ЦФО, не имеющих утвержденных районных коэффициентов и с коэффициентом дифференциации 1,0 стоимость посещения к врачу различается на несколько десятков процентов, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 1,5 раза, стоимость тарифа на оказание высокотехнологичной медицинской помощи – в среднем в 1,5-2,0 раза;

10.13.5. 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 Воронежской области стоимость обращений к врачам и стоимость одного случая диспансеризации не изменились. Не изменилась стоимость одного случая диспансеризации в Костромской области;

10.13.6 Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС, являющийся приложением к тарифному соглашению, по наименованию и кодам медицинских услуг, не соответствует номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27 декабря 2011 г. № 1664н. В 2013 году в Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС были

включены услуги по заболеваниям, не предусмотренным в территориальной программе ОМС, по которым, в нарушение приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» произведена оплата оказанной медицинской помощи в размере **6 863,4 тыс. рублей**.

10.14. 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 ПГГ, 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 ЦФО, кроме Московской, Тульской областей и г. Москвы. При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения в Ивановской, Московской, Смоленской, Тверской, Тульской, Ярославской областях и г. Москве;

превышение федеральных нормативов по числу обращений к врачам по поводу заболеваний, что может говорить о неэффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов;

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

соответствие установленным объемам медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, кроме г. Москвы, где фактически выполненные объемы в 2,7 раз ниже нормативных значений;

превышение нормативных значений фактических объемов медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в Брянской, Ивановской, Калужской, Курской, Московской, Орловской, Смоленской и Ярославской областях на фоне резкого снижения указанных объемов в оставшихся субъектах ЦФО;

несмотря на снижение в 2013 году смертности населения по всем субъектам ЦФО, не достигнуты планируемые показатели ее снижения, предусмотренные в Государственной программе «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы: по смертности населения в Белгородской, Брянской, Воронежской, Курской, Смоленской, Тамбовской и Ярославской областях; по младенческой смертности – во всех субъектах ЦФО, кроме Белгородской, Калужской, Липецкой, Московской, Орловской и Ярославской областях; по смертности населения от болезней кровообращения - в Белгородской, Костромской, Орловской и Тверской областях; по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах ЦФО, кроме Воронежской, Курской, Липецкой, Московской и Тамбовской областях;

выявлен рост в 2013 году по сравнению с 2012 годом обращений населения по вопросам работы учреждений здравоохранения, недостатков в оказании медицинской помощи, получения бесплатного лечения, работы экстренных служб, льготного лекарственного обеспечения.

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

10.15. Анализ данных Росстата по оплате труда медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПГГ, показал:

среди субъектов ЦФО, кроме Московской области и г. Москвы, наибольший уровень заработной платы врачей по данным Росстата в Калужской области, наименьший – в Белгородской, Брянской, Воронежской и Смоленской областях;

значительные различия в уровне средней заработной платы врачей одной специальности по субъектам ЦФО на фоне единых принципов предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов. Различия в заработной плате врачей напрямую влияют на обеспеченность врачами в субъектах ЦФО;

значительные различия уровней средней заработной платы медицинских работников между однотипными медицинскими организациями Московской области и г. Москвы.

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.

10.16. В ходе контрольного мероприятия выявлены несоответствия деятельности медицинских организаций установленным законодательством требованиям, в том числе в части соблюдения порядков оказания медицинской помощи:

10.16.1. В ряде муниципальных медицинских организаций Московской области развернуты противотуберкулезные отделения, что не соответствует положениям статьи 5 Федерального закона от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» и Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 932н. На оплату оказываемой в них медицинской помощи в субвенции из бюджета Московской области на 2013 год предусмотрены средства в объеме 101 303,1 тыс. рублей.

10.16.2. В Московской области на базе ряда муниципальных медицинских организаций развернуты психиатрические и психоневрологические отделения, что не соответствует положениям Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, утвержденного приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н.

10.16.3. Муниципальное учреждение здравоохранения «Тропаревская амбулатория» осуществляло в 2012-2013 годах оказание медицинской помощи гражданам Московской области без лицензии на осуществление медицинской деятельности (согласно данным, представленным 17.06.2014 С.П.Ваневым - главным врачом МУЗ «Можайская центральная районная больница» № 762, к которой планируется присоединить указанную амбулаторию).

10.17. Оценка заключенного между Департаментом городского имущества города Москвы и ЗАО «ЮропианМедикалСентер» концессионного соглашения о реконструкции и эксплуатации объекта здравоохранения от 14 мая 2013 года (номер

не указан), которое зарегистрировано в Едином реестре контрактов и торгов города Москвы 31 мая 2013 года за № 17-000003-5001-0012-00000-13, показала следующее:

10.17.1. Переданный в концессию с целью реконструкции объект здравоохранения, находящийся в оперативном управлении ГБУЗ «Городская клиническая больница № 63 Департамента здравоохранения города Москвы», в соответствии с данным формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» и сведениями конкурсной документации по проведению конкурса, включающей проект концессионного соглашения, не находился в аварийном состоянии и не требовал соответствующей реконструкции (износ четырех включенных в объект реконструкции зданий составлял от 23 % до 38 %, износ одного здания – 74%).

10.17.2. Исходя из условий концессионного соглашения деятельность по оказанию медицинских услуг по тарифам обязательного медицинского страхования будет начата не менее, чем через 10 лет с момента передачи концессионеру объекта соглашения.

10.17.3. В нарушение части 3 статьи 36 Федерального закона от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях», протокола заседания конкурсной комиссии открытого конкурса на право заключения концессионного соглашения о реконструкции и эксплуатации объекта здравоохранения от 01.02.2013 № 2/2013, в соответствии с которым концессионное соглашение должно быть заключено в соответствии с конкурсной документацией, распоряжения Департамента городского имущества города Москвы от 11.03.2013 № 434-р, которым не предполагалось внесение каких либо изменений в концессионное соглашение в процессе его заключения, в соответствии с пунктом 11 заключенного концессионного соглашения был изменен предмет концессионного соглашения, в связи с чем концессионер вправе осуществить снос зданий, входящих в состав Объекта соглашения и создать на их территории новые объекты недвижимости, что конкурсной документацией предусмотрено не было.

10.18. 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:

10.18.1. 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 установлен.

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

10.18.3. В ходе проверки в Московском городском фонде ОМС выявлено, что ряд медицинских специальностей в реестре экспертов представлен единственным экспертом: «бактериология», «гематология», «детская кардиология», «детская урология-андрология», «клиническая лабораторная диагностика», «психиатрия», «психиатрия-наркология», «лечебная физкультура и спортивная медицина». Таким образом, в г. Москве невозможно провести экспертизу качества медицинской помощи

в медицинской организации, сотрудником которой является врач-специалист, выступающий экспертом и представляющий в одном лице отдельную специальность.

Аналогичные недостатки выявлены и при проверке Московского областного фонда ОМС.

10.18.4. Представленные данные по деятельности СМО показали, что всего за 2013 год указанными организациями были наложены на медицинские организации штрафные санкции в объеме **2 011,3 млн. рублей**, из них направлено на формирование собственных средств СМО 736,9 млн. рублей (36,6%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. При этом наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем средств не направляется медицинским организациям в качестве оплаты оказанной медицинской помощи в связи с их удержанием и отказами в оплате медицинской помощи. Всего по ЦФО медицинские организации не получили **2 589,2 млн. рублей** средств ОМС.

При этом по данным субъектов ЦФО основными причинами отказов наряду с ошибками при заполнении реестров счетов (около 12% 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 сомнение.

10.18.5. Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО соответствуют средней заработной плате по региону. Однако их достоверность требует уточнения.

#### **11. Предложения (рекомендации):**

11.1. Направить представление мэру г. Москвы.

11.2. Направить представление губернатору Московской области.

11.3. Направить информационное письмо с приложением отчета Полномочному представителю Президента Российской Федерации по Центральному федеральному округу.

11.4. Направить информационное письмо в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения.

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

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

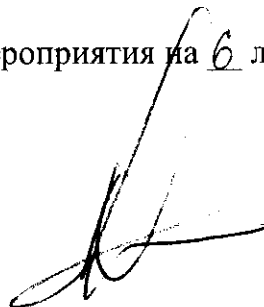
#### Приложения:

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 **6** л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко