

# СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

«25» июля 2014 г.

№ ОМ-131/12-03

## 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 Дальневосточного 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 2.2.3.11); постановление Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации от 20 ноября 2013 г. № 3246-6ГД; предложения комитетов и комиссий Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации от 26 ноября 2013 г. № 3.5.-23/1450, п. 9.

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

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

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

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

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

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

3.2. Департамент здравоохранения Приморского края (г. Владивосток);

3.3. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края (г. Владивосток).

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

### **5. Цель контрольного мероприятия:**

5.1. Цель 1. Определить законность и полноту формирования финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам, проживающим на территории Дальневосточного федерального округа (далее – ДФО), 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 ДФО 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 ДФО 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 ДФО 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 ДФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ДФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в ДФО, 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 ДФО 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 ДФО 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 ДФО медицинской помощи, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, стратегическим целям и задачам социально-экономического развития Российской Федерации;

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

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

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

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

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

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

Финансовое обеспечение территориальных ПТГ осуществляется из средств соответствующих бюджетов, которые в соответствии со статьей 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ направляются на обеспечение

медицинской помощи, не включенной в программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в программах ОМС; и средств ОМС, которые направляются на финансовое обеспечение медицинской помощи, включенной в территориальную программу ОМС.

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

При этом в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в 2013 - 2014 годах за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов ОМС, осуществляется финансовое обеспечение:

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

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

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

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

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

территориального фонда ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта Российской Федерации.

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

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

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

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

На 2013 год из 9 субъектов ДФО территориальные ПГГ утверждены до 1 января текущего года только по 5 субъектам ДФО, что не соответствует сроку, рекомендованному в пункте 3 постановления Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов». С задержкой срока утверждены территориальные ПГГ Еврейской автономной области – более чем на 2,5 месяца, Приморского края – более чем на 2 месяца, Сахалинской области, Республики Саха (Якутия) – почти на месяц. На 2014 год позднее рекомендованного срока утверждена территориальная ПГГ Еврейской автономной области.

По представленным в ходе контрольного мероприятия данным субъектов ДФО при формировании территориальных ПГГ использовались рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальной ПГГ, направленные письмами от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 и от 08.12.2013 № 11-9/10/2-8309.

Анализ территориальных ПГГ выявил ряд нарушений требований статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, а также иные нарушения и недостатки.

1. 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 в территориальных программах государственных гарантий на 2014 год Амурской, Магаданской, Сахалинской областей, Еврейской автономной области, Приморского и Хабаровского краёв, Чукотского автономного округа не установлены порядок и размер возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

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

2. В территориальные ПГГ на 2013 год Еврейской автономной области и Камчатского края включены торговые наименования (при наличии их международных непатентованных наименований) лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, что содержит признаки ограничения конкуренции. Аналогичные факты отмечаются в территориальных ПГГ на 2014 год Еврейской автономной области (36 наименований), Камчатского края (в части медицинских изделий), Сахалинской области (1 наименование), Чукотского автономного округа (63 наименования медицинских изделий)

3. В нарушение части 1 статьи 13 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в территориальные ПГГ Еврейской автономной области на 2013 и 2014 годы внесены лекарственные препараты, не зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации, либо с аннулированными регистрационными удостоверениями: аклизумаб, тербуталин, закись азота, менадион, миорелаксин, изопреналин.

4. Установленные территориальными ПГГ на 2013 год Еврейской автономной области, Чукотского автономного округа, Камчатского края сроки очередности приема (госпитализации) плановых пациентов, проведения назначенных диагностических исследований и оказания медицинской помощи, превышают рекомендованные Минздравом России. В 2014 году превышение указанных сроков отмечены в территориальных ПГГ Приморского края и Магаданской области.

5. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных ПГГ на 2013 и на 2014 годы Амурской области, Еврейской автономной области и Республики Саха (Якутия) 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.

В большинстве субъектов ДФО 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 ПГТ в субъектах ДФО по данным Минздрава России установлен в 4 субъектах ДФО (Приморский и Хабаровский края, Амурская область и Еврейская автономная область) и составил 10 324,5 млн. рублей (-20,0 % от потребности).

Существенный дефицит финансового обеспечения территориальных программ сохраняется в Приморском крае (34,6 %) и Еврейской автономной области (25,9%).

Утвержденная стоимость территориальных ПГТ субъектов ДФО 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>				
Республика Саха (Якутия)	6 275,6	6 275,6	18 157,2	18 157,2
Камчатский край	2 676,0	2 769,5	5 088,5	6 023,6
Приморский край	3 323,3	3 323,3	16 628,0	17 592,5
Хабаровский край	4 443,5	5 446,5	14 899,5	15 979,6
Амурская область	2 041,0	2 041,0	8 055,1	8 055,1
Магаданская область	1 628,7	1 638,3	4 066,6	4 047,8
Сахалинская область	2 475,6	2 475,6	10 514,9	10 514,9
Еврейская автономная область	513,9	513,9	1 706,4	1 758,4
Чукотский автономный округ	92,5	737,3	2 345,5	1 918,2
<b>ИТОГО ПО ДФО</b>	<b>23 470,1</b>	<b>25 221,0</b>	<b>81 461,7</b>	<b>84 047,4</b>
<b>2014 год</b>				
Республика Саха (Якутия)	7 062,9	7 062,9	19 597,7	19 597,7
Камчатский край	3 078,7	3 044,0	6 589,2	6 589,2
Приморский край	3 697,9	3 697,9	19 895,0	19 895,0
Хабаровский край	5 649,9	5 649,9	17 184,5	17 184,5
Амурская область	2 631,0	2 732,2	9 158,5	9 371,9
Магаданская область	1 813,5	1 813,5	5 056,3	5 056,3
Сахалинская область	2 711,9	2 711,9	10 816,1	10 816,1
Еврейская автономная	511,1	511,1	1 992,0	1 992,0



Субъект Российской Федерации	За счет средств соответствующих бюджетов		За счет средств ОМС	
	в первоначальной редакции	в окончательной редакции	в первоначальной редакции	в окончательной редакции
область				
Чукотский автономный округ	501,9	501,9	2 066,7	2 066,7
ИТОГО ПО ДФО	27 658,9	27 725,4	92 355,9	92 569,3

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

Республики Саха (Якутия) (-1 560,1 млн. рублей в 2013 году и -1 670,29 млн. рублей на 2014 год средств ОМС);

Приморского края (-4 950,08 млн. рублей в 2013 году из средств бюджета субъекта);

Еврейской автономной области (-325,3 млн. рублей в 2013 году и -382,175 млн. рублей в 2014 году их средств бюджета субъекта);

Амурской области (-1 707,1 млн. рублей в 2013 году, из них дефицит средств ОМС 254,1 млн. рублей, и -1 584,2 млн. рублей в 2014 году, из них дефицит средств ОМС 341,3 млн. рублей).

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

Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ ДФО в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 21,05%, или 21 894,19 млн. рублей. В расходах субъектов ДФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (74,5%, в 2012 году – только 55,63%). При этом средства бюджетов субъектов Российской Федерации, расположенных на территории ДФО сократились с 36 437,0 млн. рублей до 26 489,0 млн. рублей (- 9 948,0 млн. рублей).

В 2013 году бюджетам территориальных фондов ОМС субъектов ДФО из бюджета Федерального фонда ОМС были предоставлены дополнительные субвенции из средств нормированного страхового запаса в объеме 2 734,2 млн. рублей, в связи с чем были внесены изменения во все территориальные ПГГ, кроме Амурской области и Чукотского автономного округа.

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

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

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

В соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов, осуществляется финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 7 статьи 35 данного Федерального закона. Однако указанные межбюджетные трансферты предусмотрены только в территориальных ПТГ Республики Саха (Якутия), Магаданской области, Чукотского автономного округа и Сахалинской области.

Также в территориальной ПТГ Чукотского автономного округа в 2014 году не предусмотрены межбюджетные трансферты за счет которых должно осуществляться финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной (за исключением санитарно-авиационной) медицинской помощи в объемах, определяемых согласно части 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Как следствие, оплата скорой медицинской помощи осуществлялась за счет субвенции бюджета Федерального фонда 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 ДФО со значениями средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи, утвержденных для Российской Федерации в целом постановлениями Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» и от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов». По 2013 году сведения приведены в соответствии с окончательной редакцией территориальных ПТГ.

Установленные в 2013 году субъектами ДФО 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 в Камчатском, Приморском и Хабаровском краях. Так, стоимость обращения по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет в Камчатском крае 4 573,15 рубля, в Республике Саха (Якутия) – 1990,6 рубля.

При этом в 2013 году в Амурской области, а в 2014 году в Еврейской автономной области нормативы финансового обеспечения на единицу профилактических посещений установлены ниже федеральных (153,2 рубля при нормативе 271,0 рубля в Амурской области и 242,92 рубля при нормативе 360,0 в Еврейской автономной области). Это говорит о существующем «скрытом» дефиците финансового обеспечения территориальных ПТГ из средств консолидированных бюджетов указанных субъектов ДФО.

Также заниженные нормативы объема обращений по поводу заболеваний, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов субъектов ДФО, установлены на 2013 год в Хабаровском крае. В территориальной ПТГ Камчатского края на 2013 и 2014 годы и соответствующие плановые периоды норматив объема обращений по поводу заболевания за счет средств ОМС выше, чем суммарно по всем источникам финансирования: 2,501 (2,345 соответственно), что делает невозможным оценку адекватности планирования указанного вида помощи за счет средств бюджета области.

В Чукотском автономном округе на 2013 и 2014 годы нормативы объема обращений по поводу заболевания и нормативы их финансирования за счёт средств соответствующих бюджетов установлены не были.

Также выявлено занижение в 2013 и 2014 годах норматива объема обращений по поводу заболеваний за счет средств ОМС в Сахалинской области (1,80 и 1,85 соответственно).

При этом анализ, проведенный в ходе контрольного мероприятия, свидетельствует о том, что стоимость оказанной медицинской помощи, рассчитанная с применением тарифов по КСГ, в большинстве случаев меньше стоимости медицинской помощи, определенной с применением МЭС (от 1,9% до 3,3 раз).

Нормативы объема посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме соответствуют средним федеральным нормативам во всех субъектах ДФО, за исключением в 2013 году в Камчатском крае, Сахалинской области, Еврейской автономной области; в 2014 году в Камчатском и Приморском краях, Республике Саха (Якутия), 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, также ниже федеральных значений в Камчатском, Приморском и Хабаровском краях, Сахалинской области и Чукотском автономном округе. Занижение нормативов финансовых затрат на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств консолидированных бюджетов установлено в Приморском крае, Амурской и

Сахалинской областях, Еврейской автономной области и Чукотском автономном округе.

Также выявлено занижение в 2014 году норматива финансовых затрат на один пациенто-день лечения в условиях дневного стационара за счет средств соответствующих бюджетов в Приморском крае, Сахалинской области, Еврейском автономной области, Чукотском автономном округе.

При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на утвержденные соответствующие нормативы финансовых затрат за счет средств ОМС, в большинстве территориальных ПГГ субъектов ДФО общий объем средств на финансовое обеспечение применения вспомогательных репродуктивных технологий не указан.

Это в том числе стало следствием, того, что рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных ПГГ указанных положений не содержат.

Ниже установленных федеральных значений нормативы объема случаев госпитализации, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, отмечены в Республике Саха (Якутия) и Хабаровском. Заниженные нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств консолидированных бюджетов также в Приморском крае, Амурской области, Еврейской автономной области в 2013 году и в Приморском крае и Еврейской автономной области в 2014 году.

Выше в 10,2 раза федеральных нормативы финансовых затрат на 1 случай госпитализации за счет средств ОМС в Приморском крае.

В 2013 и 2014 году нормативы объема койко-дней в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода) установлены ниже федеральных значений в Магаданской области. В 2013 году ниже федеральных нормативы финансовых затрат в Приморском крае, Амурской области, Еврейской автономной области, в 2014 году – в Приморском крае и Еврейской автономной области.

Таким образом, кроме утвержденного, выявлен «скрытый» дефицит средств консолидированных бюджетов на финансовое обеспечение медицинской помощи в Камчатском и Хабаровском краях, Сахалинской области и Чукотском автономном округе, а средств ОМС – в Сахалинской области. Почему только в этих?

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 ДФО 987,1 млн. рублей в 2013 году и 633,7 млн. рублей в 2014 году.

Однако в приложениях к территориальным ПГГ средства на оказание гражданам высокотехнологичной медицинской помощи отдельно не указаны.

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

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

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

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

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

Комиссии созданы и функционируют во всех субъектах ДФО.

В 2013 году единых рекомендаций по формированию тарифных соглашений не было. Как следствие, тарифные соглашения субъектов ДФО 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 Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не установлено.

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

Однако в нарушение статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ медицинские организации Приморского края в своей деятельности используют краевые стандарты медицинской помощи, утвержденные Департаментом здравоохранения Приморского края.

Кроме того, в ходе контрольных мероприятий выявлено, что в Приморском крае за счет средств ОМС не оплачивается работа логопеда в связи с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.04.2013 № 2281/30-4, согласно которому работа логопеда не включена в базовую программу обязательного медицинского страхования и должна финансироваться за счёт ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации.

При этом консультация врача логопеда в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утверждённым приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 928н, является обязательной при оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

В рамках реализации территориальных программ ОМС субъектов ДФО При оплате первичной медико-санитарной помощи в основном используются все три способа оплаты, установленные федеральной ППГ, при этом приоритет отдается подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Также по подушевому нормативу финансирования в сочетании за вызов оплачивается скорая медицинская помощь. При оплате специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в основном используется 2 вариант оплаты (за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы заболеваний), кроме Магаданской, Сахалинской областей, Еврейской автономной области и Чукотского автономного округа (за законченный случай лечения заболевания).

**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 ДФО Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230.

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

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

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

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

**8.2. Цель 2. Оценить результаты реализации в 2013 году территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ДФО 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 ПТГ, 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 ДФО	2012				2013				
	Средства ТПГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		Средства ТПГ ВСЕГО (млн. рублей)		из них средства ОМС (млн. рублей)		
	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	% освоения	исполнено	доля от средств ТПГ	% освоения
Республика Саха (Якутия)	16 602,65	109,0	9 326,36	99,1	23 198,86	96,8	16600,21	71,6	93,9
Камчатский край	6 735,75	94,4	3 650,46	93,0	8 006,31	91,4	5250,5	65,6	88,9
Приморский край	14 522,30	94,9	8 803,74	94,8	19 487,11	91,9	15214,76	78,1	88,9
Хабаровский край	16 341,74	97,5	8 748,98	95,4	20 237,64	96,1	14864,91	73,5	95,2
Амурская область	8 257,11	93,7	4 652,22	94,5	10 227,47	103,1	8166,77	79,9	103,6
Магаданская область	4 555,84	96,5	1 535,85	96,1	5 610,96	96,7	3950,45	70,4	94,8
Сахалинская область	11 425,76	103,1	6 595,35	100,0	12 845,26	100,0	10188,54	79,3	98,3
Еврейская автономная область	1 505,93	97,4	770,89	96,0	1 929,62	92,5	1440,56	74,6	91,6
Чукотский автономный округ	2 166,79	98,2	1 592,66	98,1	2 464,85	103,0	1843,2	74,8	98,4
<b>ИТОГО по ДФО</b>	<b>82 113,89</b>	<b>99,1</b>	<b>45 676,51</b>	<b>96,5</b>	<b>104 008,08</b>	<b>96,3</b>	<b>77 519,90</b>	<b>74,5</b>	<b>94,3</b>

Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012 году, так и в 2013 году средств территориальных ПТГ субъектов ДФО (в 2013 году - 96,25%, в 2012 году – 95,1%). В Республике Саха (Якутия), Сахалинской области, несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальных ПТГ в течение 2013 года и в 2014 году в Амурской области и Чукотском автономном округе не производилась. В результате процент исполнения территориальной ПТГ превысил 100 %.

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

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

По данным органов исполнительной власти субъектов ДФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла 1 016,04 млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Республике Саха (Якутия) (840,7



млн. рублей), Приморском крае (327,90 млн. рублей), Хабаровском крае (239,36 млн. рублей).

Кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств ОМС составила в Республике Саха (Якутия) 700, 87 млн. рублей, Хабаровском крае – 233,46 млн. рублей, Приморском крае - 128, млн. рублей, в Магаданской области - 20,84 млн. рублей, Чукотском автономном округе – 6,93 млн. рублей. Причинами формирования кредиторской задолженности являются контрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг.

**8.2.2. Проанализировать плановые и утвержденные показатели территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ДФО 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 ДФО, кроме Камчатского края, где объемы скорой медицинской помощи в 2013 году возросли по сравнению с 2012 годом в 1,53 раза. При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи в указанном субъекте превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения в 2,04 раза.

При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения во всех субъектах ДФО, что обуславливается климатогеографическими особенностями и низкой плотностью населения.

Несмотря на увеличенные нормативы объёмов вызовов скорой медицинской помощи, указанный показатель в 2013 г. превышен в Сахалинской и Еврейской автономной областях, Хабаровском и Камчатском краях.

Одновременно с этим в этих же субъектах ДФО число обращений к врачам по поводу заболеваний также выше федеральных средних нормативов, что может свидетельствовать о неэффективности деятельности медицинских

организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также о высокой потребности в медицинской помощи населения указанных регионов.

При этом в Амурской области и Приморском крае по данным формы № 62 число вызовов скорой медицинской помощи в 2013 году было значительно ниже федеральных 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.

Одновременно считаем целесообразным отметить недостаточное развитие во всех субъектах ДФО (за исключением Хабаровского края и Республики Саха (Якутия)) системы оказания медицинской помощи в неотложной форме.

Оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в целом отвечает установленным требованиям, кроме Чукотского автономного округа и Приморского края, где фактически выполненные объемы в 8,7 и 1,22 раза соответственно ниже федеральных нормативных значений.

Результаты оказания медицинской помощи в стационарных условиях для возможности ее сравнения с данными 2012 года оценивались с учетом выполненных объемов по паллиативной медицинской помощи. При этом в большинстве субъектов, входящих в ДФО, фактические объемы медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, выше федеральных нормативных значений. Исключение составляет Приморский край и Еврейская автономная область, где указанные объемы ниже.

При анализе фактически сложившейся стоимости единицы объема медицинской помощи при сравнении данных за 2013 год по субъектам ДФО выявлены различия в фактической стоимости единицы объема медицинской помощи по сопоставимым субъектам ДФО. Так, стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется по субъектам ДФО от 2 165,03 рублей в Еврейской автономной области до 23 051,96 рублей в Чукотском автономном округе, стоимость койко-дня колеблется от 2 053,40 рубля в Приморском крае до 5 297,09 рублей в Магаданской 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 ДФО, уполномоченным высшим органом исполнительной власти субъектов Российской Федерации, входящих в состав ДФО, территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, входящих в ДФО, страховыми медицинскими организациями, на 2013 и 2014 годы.**

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

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

Например, стоимость первого этапа диспансеризации в Камчатском крае в 3 раза выше, чем в имеющей близкий по значению коэффициент дифференциации Республике Саха (Якутия) (например, для женщин в возрасте 45 лет на 1 января 2014 года стоимость первого этапа диспансеризации составляла 3 441,78 и 1 113,3 рубля соответственно).

В субъектах ДФО, имеющих аналогичные районные коэффициенты и коэффициенты дифференциации, стоимость посещений к врачу различается от 1,12 до 2,3 раза, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 2,66 раза.

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

**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 ДФО данных свидетельствует о ежегодном росте численности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных ПТГ, а также в территориальных программах ОМС. При этом численность государственных (муниципальных) медицинских организаций ежегодно снижается в связи с проводимыми регионами мероприятиями по реструктуризации сети.

Наряду с реструктуризацией медицинских организаций в субъектах ДФО по данным Минздрава России отмечено снижение коечного фонда медицинских организаций. За 2013 год по сравнению с 2012 годом численность коек сократилась на 3,2%. Обеспеченность населения койками снизилась с 93,5 до 90,5 на 10 тыс. населения. При этом наибольшее сокращение коечного фонда отмечено в Приморском крае – 6,5% с 83,5 до 78,1 на 10 тыс. населения.

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

В ходе контрольного мероприятия был проведен выборочный анализ представленных в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Приморского края заявок медицинских организаций, участвующих в территориальной программе ОМС, и подтвержденных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Приморского края объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

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%.

Кроме того, в феврале 2014 года ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики Минздрава России», ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА России», ГОУ ВПО «Самарский ГМУ» Минздрава России, ФГБУ «НИИ урологии» Минздрава России уведомили территориальный фонд ОМС Приморского края об отказе работать в системе ОМС Приморского края. По состоянию на 26 мая 2014 года реестров пролеченных больных от вышеназванных медицинских организаций не поступало.

К критериям доступности и качества оказанной медицинской помощи в соответствии с федеральными ПТГ отнесены демографические показатели, в том числе предусмотренные Указом Президента Российской Федерации от

07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

Несмотря на снижение в 2013 году смертности населения по всем субъектам ДФО, не достигнуты планируемые показатели, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р: по смертности населения не достигнуты планируемые показатели ее снижения в Еврейской автономной области; по младенческой смертности – в Приморском и Хабаровском краях, Магаданской, Еврейской автономной областях и Чукотском автономном округе; по смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Еврейской автономной области; по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах ДФО, кроме Республики Саха (Якутия), Хабаровском крае и Чукотском автономном округе.

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

Выявлен рост в 2013 году по сравнению с 2012 годом количества обращений граждан по вопросам работы медицинских организаций, недостатков в оказании медицинской помощи, получения бесплатного лечения, льготного лекарственного обеспечения.

Объемы платных услуг выросли во всех субъектах ДФО, кроме Амурской области. Так, например, в Республике Саха (Якутия) с 805,8 млн. руб. до 1182,3 млн. руб. или на 31,8%, в Магаданской области со 177,5 млн. руб. до 225,9 млн. руб. или на 21,48% Еврейском автономном округе с 174,6 млн. рублей до 214,3 млн. рублей или на 11,06%, в Хабаровском крае с 1 611,7 млн. рублей до 1 786,3 млн. рублей, или на 9,8%, в Приморском крае с 1 694,6 млн. рублей до 1 753,0 млн. рублей, или на 3,33%, что также свидетельствует о снижении доступности бесплатной медицинской помощи. В Амурской области за 2013 год объем платных медицинских услуг снизился на 1,34% с 781,1 млн. руб. до 770,8 млн. руб.

Анализ достигнутых демографических показателей и результатов деятельности медицинских организаций за 2013 год свидетельствует о проблемах в течение 2013 года в организации деятельности медицинских организаций и обеспечении доступности и бесплатности медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС, ограничении доступности для населения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в первую очередь в Еврейской автономной области.

**8.2.5. Провести анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам ДФО 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 ДФО соответствует планируемыми значениям, установленным государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы и региональным «дорожным картам». Несмотря на рост в 1 квартале 2014 года по сравнению с 1 кварталом 2013 года заработной платы врачей, ее уровень в Республике Саха (Якутия), Хабаровском крае и Магаданской области ниже, чем за 2013 год в целом.

При этом по данным Росстата за 1 квартал 2014 года по сравнению с 2013 годом во всех субъектах ДФО отмечено снижение уровня средней заработной платы врачей в федеральных медицинских организациях. Например, в Камчатском крае средняя заработная плата врачей в 1 квартале 2014 года снизилась по сравнению с 2013 годом на 13,3% или 10,35 тыс. рублей. В Амурской области уровень средней заработной платы врачей стал ниже показателей 1 квартала 2013 года – 33 398 рублей против 39 823 рублей за 1 квартал 2013 года, снижение по сравнению с 2013 годом в целом на 24,1%.

Различия в уровне заработной платы врачей напрямую влияют на обеспеченность врачами в субъектах ДФО. Так, по ДФО в целом обеспеченность врачами в 2013 году по сравнению с 2012 годом снизилась на 3,1% с 44,7 до 43,3 на 10 тыс. населения. При этом, например, в Приморском крае снижение обеспеченности врачами составило 9,4% с 40,4 до 36,6 на 10 тыс. населения (сокращение на 727 врачей).

Среди субъектов ДФО по данным 1 квартала 2014 года наибольший уровень заработной платы врачей зарегистрирован в Чукотском автономном округе (100,6 тыс. рублей) и Камчатском крае (83,1 тыс. рублей), наименьший – в Амурской области (41,9 тыс. рублей), Приморском крае (45,9 тыс. рублей) и Хабаровском крае (48,9 тыс. рублей).

Выявлены значительные различия в уровне средней заработной платы врачей одной специальности по субъектам ДФО на фоне единых принципов предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов. Например, средняя заработная плата врача акушера-гинеколога в Камчатском крае составляет 86 253 рублей, в Республике Саха (Якутия) - 75 214 руб, а в Приморском крае - 42 446 рублей, в Амурской области - 36 713 рублей. Такие же различия выявлены и по другим специальностям. Так, разница между заработной платой врачей в указанных субъектах составляет: врач педиатр – 1,22 раза, врач скорой медицинской помощи – 1,58 раза.

Уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала по субъектам ДФО 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, кроме Республики Саха (Якутия) и Камчатского края, где отмечено снижение средней заработной платы среднего медицинского персонала по сравнению с итогами 2013 года (на 8,0% и 0,5% соответственно).

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

Средняя заработная плата врача терапевта участкового КГБУЗ «Хасанская ЦРБ» за I квартал 2014 года составила 51 004,19 рублей, невролога поликлиники – 94 608,32 копейки. В тоже время в КГБУЗ «Находкинская городская больница» за аналогичный период заработная плата составила для врача терапевта участкового – 47630 руб., невролога – 41 300 руб. Таким образом, различие в уровне заработной платы врача-невролога составляет 2,29 раза, врача терапевта-участкового – 7,1%.

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

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

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

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

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

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

При медико-экономическом контроле проводится контроль всех случаев оказания медицинской помощи по ОМС. Объем ежемесячных плановых медико-экономических экспертиз и ежемесячных плановых экспертиз качества медицинской помощи от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания

медицинской помощи по ОМС определяется планом проверок СМО медицинских организаций, согласованным территориальным фондом ОМС.

Всего за 2013 год было наложено на медицинские организации штрафных санкций в объеме **1453,06 млн. рублей**, из них направлено на формирование собственных средств СМО 101,13 млн. рублей (6,96%). Остальные средства были направлены на формирование целевых средств СМО и оплату оказанной медицинской помощи. В результате общий объем собственных средств СМО по итогам 2013 года составил **2 693,9** млн. рублей.

Наряду с применением штрафных санкций к медицинским организациям, также большой объем средств не направляется медицинским организациям в качестве оплаты оказанной медицинской помощи в связи с их удержанием и отказами СМО в оплате медицинской помощи. Всего по ДФО медицинские организации не получили **1 167,23** млн. рублей средств ОМС.

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

Представленные значения по средней заработной плате специалистов СМО соответствуют средней заработной плате по регионам, кроме Приморского края, где средняя заработная плата экспертов СМО выше, чем по экономике и составляет 38 975 рублей. Средняя заработная плата специалистов СМО в Еврейской автономной области не представлена.

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

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

#### **10. Выводы:**

10.1. В 2013 году позднее срока, рекомендованного пунктом 3 постановления Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», утверждены территориальные ПТГ Еврейской автономной области – более чем на 2,5 месяца, Приморского края – более чем на 2 месяца, Сахалинской области, Республики Саха (Якутия) – почти на месяц. В 2014 году позднее срока, рекомендованного постановлением 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» утверждена территориальная ПТГ Еврейской автономной области.

10.2. Анализ территориальных ПТГ выявил ряд нарушений положений статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны



здоровья граждан в Российской Федерации», а также иные нарушения и недостатки.

10.2.1. В нарушение пункта 5 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ ПГГ Амурской области, Еврейской автономной области и Республики Саха (Якутия) на 2013 год не содержат перечень лекарственных препаратов, отпускаемых населению в соответствии с Перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой.

10.2.2. В нарушение пункта 10 части 2 статьи 81 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ в территориальных программах государственных гарантий на 2014 год Амурской, Магаданской, Сахалинской областей, Еврейской автономной области, Приморского и Хабаровского краёв, Чукотского автономного округа не установлены порядок и размер возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме.

10.2.3. В территориальные ПГГ на 2013 год Еврейской автономной области и Камчатского края включены торговые наименования лекарственных препаратов (при наличии их международных непатентованных наименований) и/или медицинских изделий, что содержит признаки ограничения конкуренции. Аналогичные факты отмечаются в территориальных ПГГ на 2014 год Еврейской автономной области (36 наименований), Камчатского края (в части медицинских изделий), Сахалинской области (1 наименование), Чукотского автономного округа (63 наименования медицинских изделий).

10.2.4. В нарушение части 1 статьи 13 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в территориальные ПГГ Еврейской автономной области на 2013 и 2014 годы внесены лекарственные препараты, не зарегистрированные в установленном порядке на территории Российской Федерации, либо с аннулированными регистрационными удостоверениями.

10.2.6. Установленные территориальными ПГГ на 2013 год Еврейской автономной области, Чукотского автономного округа, Камчатского края сроки очередности приема (госпитализации) плановых пациентов, проведения назначенных диагностических исследований и оказания медицинской помощи, превышают рекомендованные Минздравом России. В 2014 году указанные факты отмечены в территориальных ПГГ Приморского края и Магаданской области.

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

10.4. Анализ финансового обеспечения территориальных ПГГ субъектов ДФО показал следующее:

10.4.1. В 2012 году дефицит финансового обеспечения территориальных ПГГ в субъектах ДФО по данным Минздрава России установлен в 4 субъектах ДФО (Приморский и Хабаровский края, Амурская область и Еврейская автономная область) и составил 10 324,5 млн. рублей (-20,0 % от потребности).

10.4.2. Анализ утвержденных программ свидетельствует, что с дефицитом средств в 2013-2014 годах были утверждены территориальные ПГГ: Республики Саха (Якутия) (-1 560,1 млн. рублей в 2013 году и -1 670,29 млн. рублей на 2014 год средств ОМС); Приморского края (-4 950,08 млн. рублей в 2013 году из средств бюджета субъекта); Еврейской автономной области (-325,3 млн. рублей в 2013 году и -382,175 млн. рублей в 2014 году из средств бюджета субъекта); Амурской области (-1 707,1 млн. рублей в 2013 году, из них дефицит средств ОМС 254,1 млн. рублей, и -1 584,2 млн. рублей в 2014 году, из них дефицит средств ОМС 341,3 млн. рублей).

Указанными субъектами ДФО не обеспечено достаточное финансовое обеспечение медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в соответствии с нормативами, установленными федеральной ПГГ.

10.4.3. В 2013 году бюджетам территориальных фондов ОМС субъектов ДФО из бюджета Федерального фонда ОМС были предоставлены дополнительные субвенции из средств нормированного страхового запаса в объеме 2 734,2 млн. рублей, при этом не были внесены соответствующие изменения в территориальные ПГГ Амурской области и Чукотского автономного округа.

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

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

10.6. В ПГГ Республики Саха (Якутия), Магаданской области, Чукотского автономного округа и Сахалинской области не предусмотрена передача межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов ОМС на финансовое обеспечение расходов, включаемых в структуру тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

Также в территориальных ПТГ Чукотского автономного округа на 2013 и 2014 годы не предусмотрены межбюджетные трансферты на оплату скорой, в том числе скорой специализированной (за исключением санитарно-авиационной) медицинской помощи, направляемые в объемах, определяемых согласно части 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ. Как следствие, оплата скорой медицинской помощи осуществлялась за счет субвенции бюджета Федерального фонда ОМС.

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

10.7.1. Установленные субъектами ДФО на 2013-2014 годы нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств консолидированных бюджетов, а также нормативы их финансового обеспечения на 2013-2014 годы ниже установленных федеральных значений (с учетом районного коэффициента), что свидетельствует об утверждении территориальных ПТГ с дефицитом средств консолидированных бюджетов субъектов ДФО.

10.7.2. При оценке применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) установлено, что, несмотря на утвержденные соответствующие нормативы финансовых затрат за счет средств ОМС, в большинстве территориальных ПТГ субъектов ДФО общий объем средств на финансовое обеспечение применения вспомогательных репродуктивных технологий не указан.

Это в том числе стало следствием, того, что рекомендации Минздрава России о формировании и экономическом обосновании территориальных ПТГ указанных положений не содержат.

10.8. Анализ тарифных соглашений показал, что при оплате первичной медико-санитарной помощи субъектами ДФО приоритет отдается подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, во всех субъектах ДФО оплата производится за законченный случай лечения заболевания,

включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. При этом анализ, проведенный в ходе контрольного мероприятия, свидетельствует о том, что стоимость оказанной медицинской помощи, рассчитанная с применением тарифов по КСГ, в большинстве случаев меньше стоимости медицинской помощи, определенной с применением МЭС (от 1,9% до 3,3 раз).

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

10.9.1. Суммарный прирост расходов на финансовое обеспечение территориальных ПГГ ДФО в 2013 году по сравнению с 2012 годом составил 21,05%, или 21 894,19 млн. рублей. В расходах субъектов ДФО на территориальные ПГГ в 2013 году наибольшую долю составляют средства ОМС (74,5%, в 2012 году – только 55,63%). При этом средства бюджетов субъектов Российской Федерации, расположенных на территории ДФО сократились с 36 437,0 млн. рублей до 26 489,0 млн. рублей (- 9 948,0 млн. рублей). То есть прирост расходов обеспечен только ростом средств ОМС, предоставляемых в виде субвенции бюджетом Федерального фонда ОМС.

10.9.2. Анализ представленных данных свидетельствует о неполном освоении как в 2012, так и в 2013 годах средств территориальных ПГГ субъектов ДФО (в 2013 году - 96,25%, в 2012 году – 95,1%).

10.9.3. В Республике Саха (Якутия), Сахалинской области, в Амурской области и Чукотском автономном округе несмотря на выделение дополнительных средств, коррекция стоимости территориальной ПГГ в течение 2013 года и в 2014 году не производилась. В результате процент исполнения территориальной ПГГ превысил 100 %.

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

10.9.5. 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 лекарственных средств и медицинских изделий. На третьем месте - приобретение услуг, включая услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги и услуги по содержанию имущества.

10.9.6. По данным органов исполнительной власти субъектов ДФО кредиторская задолженность медицинских организаций на конец 2013 года составляла 1 016,04 млн. рублей. При этом наибольший объем кредиторской задолженности за счет средств ОМС выявлен в Республике Саха (Якутия) (840,7 млн. рублей), Приморском крае (327,90 млн. рублей), Хабаровском крае (239,36 млн. рублей). Кредиторская задолженность по оплате труда за счет средств

ОМС составила в Республике Саха (Якутия) 700, 87 млн. рублей, Хабаровском крае – 233,46 млн. рублей, Приморском крае - 128, млн. рублей, в Магаданской области -20,84 млн. рублей, Чукотском автономном округе – 6,93 млн. рублей. Причинами формирования кредиторской задолженности являются законтрактованные обязательства по приобретению основных средств и по оплате услуг.

10.9.7. Объемы платных услуг выросли во всех субъектах ДФО, кроме Амурской области. Так, например, в Республике Саха (Якутия) с 805,8 млн. руб. до 1182,3 млн. руб. или на 31,8%, в Магаданской области со 177,5 млн. руб. до 225,9 млн. руб. или на 21,48% Еврейском автономном округе с 174,6 млн. рублей до 214,3 млн. рублей или на 11,06%, в Хабаровском крае с 1 611,7 млн. рублей до 1 786,3 млн. рублей, или на 9,8%, в Приморском крае с 1 694,6 млн. рублей до 1 753,0 млн. рублей, или на 3,33%. В Амурской области за 2013 год объём платных медицинских услуг снизился на 1,34% с 781,1 млн. руб. до 770,8 млн. руб.

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

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

10.10.2. В однотипных учреждениях здравоохранения Приморского края 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.

10.10.3. В субъектах ДФО, имеющих аналогичные районные коэффициенты и коэффициенты дифференциации, стоимость посещений к врачу различается от 1,12 до 2,3 раза, стоимость случая диспансеризации - в среднем в 2,66 раза.

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

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

сокращение вызовов скорой медицинской помощи по всем субъектам ДФО, кроме Камчатского края, где объемы скорой медицинской помощи в 2013 году возросли по сравнению с 2012 годом в 1,53 раза. При этом выполненные в 2013 году объемы скорой медицинской помощи в указанном субъекте

превышают установленные Правительством Российской Федерации федеральные средние нормативные значения в 2,04 раза. Указанный норматив также превышен в Хабаровском крае, Сахалинской области и Еврейской автономной области;

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

несмотря на снижение в 2013 году смертности населения по всем субъектам УФО, не достигнуты планируемые показатели, предусмотренные в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.12.2012 № 2511-р: по смертности населения не достигнуты планируемые показатели ее снижения в Еврейской автономной области; по младенческой смертности – в Приморском и Хабаровском краях, Магаданской, Еврейской автономных областях и Чукотском автономном округе; по смертности населения от болезней кровообращения не достигнуты планируемые показатели снижения смертности в Еврейской автономной области; по смертности населения от новообразований отмечен рост смертности и неисполнение запланированных значений ее снижения во всех субъектах ДФО, кроме Республики Саха (Якутия), Хабаровском крае и Чукотском автономном округе;

выявлен рост в 2013 году по сравнению с 2012 годом количества обращений граждан по вопросам работы медицинских организаций, недостатков в оказании медицинской помощи, получения бесплатного лечения, льготного лекарственного обеспечения.

Представленные результаты реализации ПТГ свидетельствуют об ограничении доступности для населения медицинской помощи, в первую очередь оказываемой в стационарных условиях.

10.12. Анализ оплаты труда персонала, участвующего в оказании медицинской помощи в рамках территориальных ПТГ, показал:

рост заработной платы врачей в I квартале 2014 года по сравнению с I кварталом 2013 года;

рост средней заработной платы среднего медицинского персонала в I квартале 2014 года по сравнению с I кварталом 2013 года.

Во всех субъектах ДФО в I квартале 2014 г. отмечено снижение средней заработной платы врачей по сравнению с 2013 годом в целом.

Следует отметить, что за I квартал 2014 г. уровень средней заработной платы врачей в Еврейской автономной области в 1,56 раз ниже, чем средний по Российской Федерации, в Амурской области – в 1,42 раза, в Приморском крае – в 1,4 раза. В Хабаровском крае – в 1,28 раза. Сложившийся уровень заработной платы способствует оттоку врачей в другие сферы деятельности. Так, за 2013 год из государственных медицинских организаций Приморского края уволилось 727 врачей или 9,25 %, в Хабаровском крае отрасль покинуло 3,29 % врачей, в Амурской области - 0,92%.

Указанные различия в уровне средней заработной платы при единых тарифах на оплату медицинской помощи свидетельствуют о различных

принципах в планировании деятельности и формировании расходов однотипных медицинских организаций.

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

10.13.1. Требования к учебным программам, а также сами учебные программы по подготовке экспертов качества медицинской помощи отсутствуют. Порядок подготовки экспертов качества медицинской помощи Минздравом России и Федеральным фондом ОМС не установлены.

10.13.2. Документы, регулирующие выявление и квалификацию дефектов в оказании медицинской помощи, врачебных ошибок и иных нарушений, на федеральном и региональном 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.

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

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

10.13.4. Представленные значения по средней заработной плате экспертов СМО превышают среднюю заработную плату по субъекту в Приморском крае (38 975 рублей).

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

11.1. Направить представление губернатору Приморского края.

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

11.3. Направить обращение в Генеральную прокуратуру Российской Федерации.

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

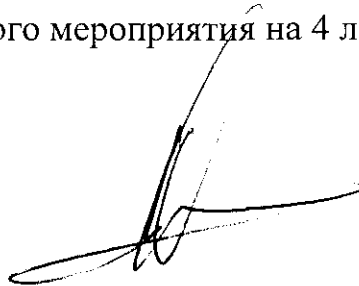
Приложения:

1. Перечень законов и иных нормативных правовых актов, исполнение которых проверено в ходе контрольного мероприятия на 2 л. в 1 экз.

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

3. Карта итогов контрольного мероприятия на 4 л. в 1 экз.

Аудитор



А.В.Филипенко