

**ОТЧЕТ О РЕЗУЛЬТАТАХ
ЭКСПЕРТНО-АНАЛИТИЧЕСКОГО МЕРОПРИЯТИЯ
«Анализ формирования и структуры тарифов на оплату
медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной
программы обязательного медицинского страхования в 2015 году, а также
анализ способов ее оплаты»**

(утвержден Коллегией Контрольно-счетной палаты Мурманской области,
протокол от 26 января 2017 года № 03)

Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия:

Пункт 16 раздела I Плана работы Контрольно-счетной палаты Мурманской области на 2016 год, утвержденного Коллегией Контрольно-счетной палаты Мурманской области (протокол от 18 декабря 2015 года № 36, с изменениями).

Предмет экспертно-аналитического мероприятия:

- анализ формирования и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой на территории Мурманской области в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2015 году, а также анализ способов оплаты медицинской помощи.

Объект экспертно-аналитического мероприятия:

- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Мурманской области (далее – **ТФОМС Мурманской области**).

Исследуемый период:

- 2015 год.

Цели экспертно-аналитического мероприятия:

- анализ установленных способов оплаты медицинской помощи, оказываемой на территории Мурманской области в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год;
- анализ и оценка порядка формирования и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой на территории Мурманской области в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2015 год.

Период проведения экспертно-аналитического мероприятия:

Ноябрь - декабрь 2016 года.

Информационная основа составления отчета:

- нормативные правовые акты по исследуемым вопросам, документы, отчетность, информации и пояснения, представленные объектом мероприятия;
- заключение, подготовленное по исследуемым вопросам рабочей группой от 29.12.2016.

Возражения и замечания руководителя, или иных уполномоченных должностных лиц объекта экспертно-аналитического мероприятия по результатам исследования не представлялись.

Результаты экспертно-аналитического мероприятия

1. Краткая характеристика исследуемой сферы

Частью 5 статьи 26 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – **Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ**) определены направления расходования бюджетов территориальных фондов ОМС, в том числе в целях финансового обеспечения:

- территориальных программ ОМС;
- выполнения функций органа управления территориального фонда;
- ведения дела по ОМС страховыми медицинскими организациями;
- исполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов Российской Федерации переданных полномочий в сфере ОМС.

Согласно статье 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ медицинские учреждения, оказывающие услуги в рамках ОМС, получают средства за предоставленную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по ОМС (далее – тарифы на оплату медицинской помощи).

В соответствии с частью 5 пункта 5 статьи 80 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**) порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты устанавливаются в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов¹ (далее – **Федеральная программа**) включает в себя базовую программу ОМС, которая определяет права застрахованных лиц на всей территории Российской Федерации на получение медицинской помощи и устанавливает единые требования к территориальным программам ОМС, в том числе к способам оплаты медицинской помощи, порядку формирования и структуры тарифов на оплату медицинской помощи.

В Мурманской области в 2015 году действовала Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденная Законом Мурманской области от

¹ утверждена постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273

19.12.2014 № 1824-01-ЗМО (с изменениями), и включающая территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – **Программа ОМС**).

Статьями 30 и 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ устанавливаются порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, во исполнение которых тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н (далее – **Правила ОМС**).

В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, разделом 4 Программы ОМС тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются тарифным соглашением между уполномоченным исполнительным органом государственной власти Мурманской области, ТФОМС Мурманской области, представителями страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов, а также медицинских работников (далее - **комиссия по ОМС**)².

В полномочия комиссии по ОМС входят разработка проекта территориальной программы, распределение объемов предоставления медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определенными приказом Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 № 200 (далее – **Требования к тарифному соглашению**).

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования, действующее на территории Мурманской области в 2015 году, заключено комиссией по ОМС 11.12.2014 (далее – **Тарифное соглашение**).

В целях урегулирования отношений между участниками ОМС в сфере оплаты медицинской помощи совместным приказом Министерства здравоохранения Мурманской области и ТФОМС Мурманской области от 07.11.2014 № 538/240 утвержден Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области по территориальной программе ОМС (далее – **Порядок оплаты медицинской помощи**).

В соответствии с Требованиями к тарифному соглашению в структуре тарифных соглашений обязательными являются разделы о способах оплаты медицинской помощи, размере и структуре тарифов на оплату медицинской помощи.

² Положение о деятельности комиссии по ОМС установлено в приложении № 1 к Правилам ОМС, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н;

2. Установление способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы ОМС на 2015 год на территории Мурманской области.

2.1. В рамках Послания Президента Федеральному Собранию РФ от 12 декабря 2013 года Правительству Российской Федерации дано поручение в срок до 1 августа 2014 года внедрить эффективные способы оплаты медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам по ОМС.

В 2015 году осуществлялось формирование и совершенствование нормативной базы, устанавливающей единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи.

При установлении способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы ОМС в 2015 году на территории Мурманской области, использованы следующие ведомственные документы, регламентирующие порядок их установления в зависимости от видов оказания медицинской помощи:

- приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н;
- письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305;
- приказ ФФОМС от 14.11.2013 № 229;
- письмо Минздрава России от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 (далее – методические рекомендации от 15.12.2014).
- проект методических рекомендаций, доведенных в дальнейшем письмом Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015 № 11-9/10/2-7938/8089/21-и (далее – методические рекомендации от 24.12.2015).

Способ оплаты медицинской помощи - установленный Программой ОМС в рамках ее базовой части способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях.

Пунктом 2 Требований к тарифному соглашению установлено, что способы оплаты медицинской помощи в субъекте Российской Федерации устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно).

Согласно пункту 19 письма Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388³ в субъекте Российской Федерации используются способы оплаты медицинской помощи, установленные тарифным соглашением, принятым в субъекте Российской Федерации в соответствии с Федеральной программой и рекомендациями Минздрава России и Федерального фонда ОМС.

Установленные способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

2.2. С соответствием с рекомендациями Федеральной программы в Мурманской области Программой ОМС и Тарифным соглашением

³ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 и плановый период 2016 и 2017 годов»;

предусмотрены следующие способы оплаты по страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи, установленным в 2015 году базовой Программой ОМС:

- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:
 - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;
- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);
 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за посещение, обращение) (используется при оплате неотложной медицинской помощи, оказываемой в травматологических пунктах медицинских организаций, не имеющих в своей структуре участковой службы);
 - за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Мурманской области, при оплате медицинской помощи лицам, не имеющим прикрепления к данной медицинской организации, при оплате отдельных медицинских услуг);
- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара :
 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

3. Установление тарифов по оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы ОМС на 2015 год на территории Мурманской области.

3.1. В соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ Тарифным соглашением установлены и введены в действие с 01.01.2015 тарифы на оплату медицинской помощи.

Тарифным соглашением в 2015 году установлены тарифы с учетом методических рекомендаций от 14.11.2013 по способам оплаты медицинской помощи, при этом в отдельных случаях проведена индексация расходов к уровню 2014 года.

Согласно разделу 1 Тарифного соглашения в соответствии с принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи сформированы тарифы на оплату медицинской помощи, а именно:

- при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации и при оплате медицинской помощи, оказанной в

амбулаторных условиях – тариф по подушевому нормативу финансирования (далее – подушевой норматив финансирования);

- при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – тариф за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

По сравнению с 2014 годом в 2015 году основные изменения в оплате медицинской помощи внесены по следующим видам:

- специализированная медицинская помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара при медицинских организациях;

- первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь в условиях дневных стационаров поликлиник;

- первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях.

С 01.01.2015 Тарифным соглашением впервые установлен тариф на 1 законченный случай экстракорпорального оплодотворения (не применяемый ранее в связи с отсутствием лицензии на оказание данного вида помощи).

В течение 2015 года в Тарифное соглашение дополнительными соглашениями от 29.01.2015 № 1, от 16.03.2015 № 2, от 24.04.2015 № 3, от 22.06.2015 № 4, от 14.07.2015 № 5, от 28.08.2015 № 6, от 15.10.2015 № 7, от 26.11.2015 № 8, от 18.12.2015 № 9 внесены изменения, в том числе в части отдельных тарифов и подушевых нормативов финансирования, а также впервые установлены тарифы на следующие медицинские услуги:

- с 01.04.2015 - за законченный случай лечения в дневном стационаре одного дня пациентам неврологического профиля, нуждающимся в лечении препаратами «Ботулинического токсина типа А-гемагглютинин комплекс»;

- с 01.06.2015 – тариф на 1 УЕТ на медицинскую услугу «Упражнение для тренировки цилиарной мышцы глаза», оказанную амбулаторно по заболеванию;

- с 01.11.2015 - за случай лечения в дневном стационаре при проведении операции на органе зрения – факоемусификация хрусталика с последующей имплантацией ИОЛ.

Кроме того, в течение года в Тарифное соглашения вносились изменения, регулирующие взаимоотношения участников обязательного медицинского страхования, как организационного, так и финансового характера, в том числе:

- с 01.07.2015 изменена группировка медицинских организаций по трем уровням оказания стационарной медицинской помощи в соответствии с методическими рекомендациями от 15.12.2014 с последующим внесением изменений в Программу ОМС;

- с 01.09.2015 согласно приказу Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 (в редакции от 21.07.2015 № 130) внесены изменения в Перечень обязательств медицинских организаций и последствий их неисполнения, влекущих возможность неоплаты или неполной оплаты медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание и (или) оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, утвержденная в разделе IV Тарифного соглашения, соответствует нормам статьи 30, части 7 статья 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, и включает в себя расходы распределенные по 4 группам затрат:

- заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда;
- лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения;
- питание;
- иные расходы.

3.3. Тарифы на медицинские услуги при заболеваниях (состояниях), включенных к Программу ОМС в дополнение к установленной базовой программе рассчитываются специалистами Министерства здравоохранения Мурманской области по каждой медицинской организации и каждому профилю заболевания⁴.

3.4. На основании постановления Правительства Мурманской области от 14.10.2015 № 444-ПП с 01.10.2015 повышена заработная плата работникам государственных областных учреждений, при этом постановлением определены источники финансирования дополнительных расходов – областной бюджет, *бюджет ТФОМС Мурманской области*, средства от иной приносящей доход деятельности, сокращение неэффективных расходов.

Повышение расходов на оплату труда учтено в тарифах по сверхбазовой части Программы ОМС, тарифы на медицинские услуги базовой части Программы ОМС по названным основаниям не повышались.

Нормативные документы Федерального фонда ОМС и Минздрава России по методологии расчета тарифов на оплату медицинской помощи не предусматривают правил пересчета базовых параметров в случаях индексации в субъекте заработной платы работников здравоохранения.

В нарушение пункта 15 Требований к тарифному соглашению в разделе «заключительные положения» Тарифного соглашения на 2015 год не установлен порядок индексации тарифов.

Отсутствие в федеральных нормативных документах правил пересчета базовых параметров и в Тарифном соглашении на 2015 год порядка индексации тарифов на оплату медицинской помощи не позволили в целях исполнения постановления Правительства Мурманской области от 14.10.2015 № 444-ПП проиндексировать с 01.10.2015 расходы на заработную плату, учтенные в структуре тарифов.

Повышение заработной платы обеспечено за счет средств областного бюджета, средств медицинских организаций от иной приносящей доход деятельности, а также экономии и сокращения неэффективных расходов.

⁴ письмом от 30.09.2014 № 08-02/6997-ВП Министерством здравоохранения Мурманской области доведена информация о сумме межбюджетного трансферта бюджета Мурманской области и прилагаемых к нему расчетах об объемах и стоимости помощи на 2015 год.

4. Способы оплаты оказания скорой медицинской помощи в 2015 году, анализ размера, структуры и исполнения тарифов на ее оплату.

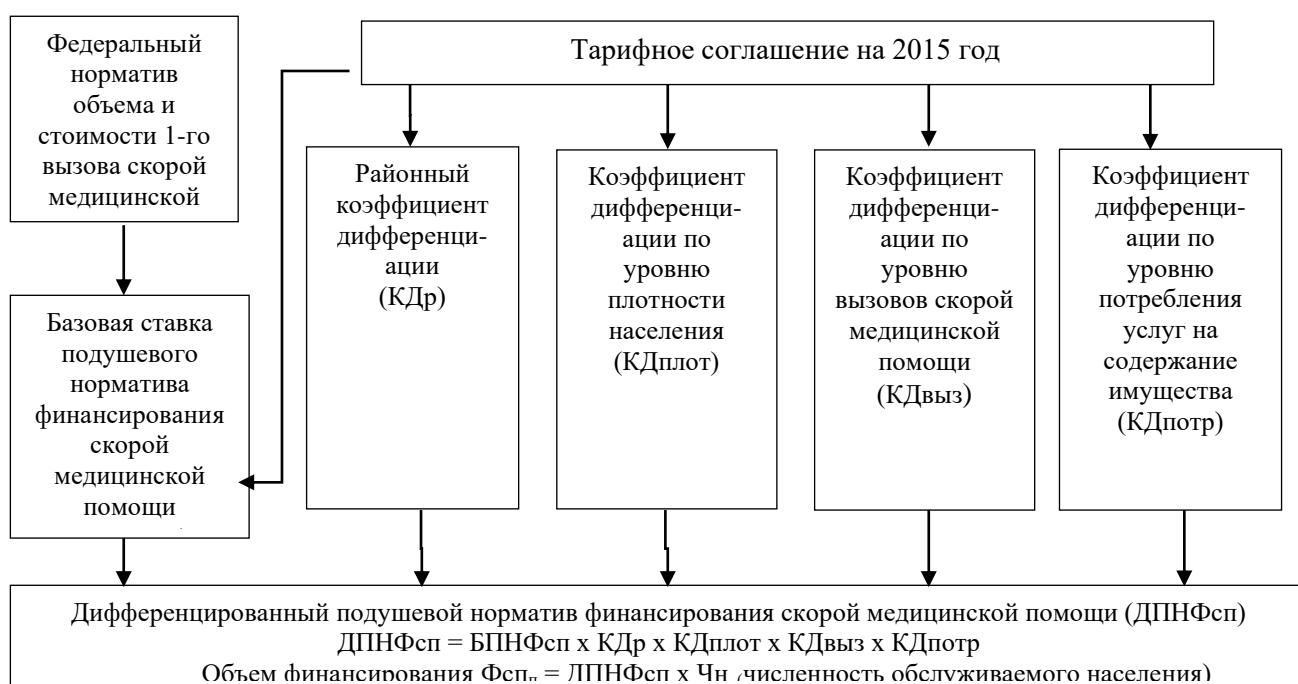
4.1. В 2015 году в разделе IV Федеральной программы сформулированы единые подходы к оплате скорой медицинской помощи, основу которых составляет принцип финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Принцип финансирования скорой медицинской помощи по подушевому нормативу (объем финансирования на месяц рассчитывается как произведение дифференцированного подушевого норматива и численности обслуживаемого населения) реализован для застрахованных жителей Мурманской области, в сочетании с которым для инобластных жителей (застрахованных за пределами Мурманской области) скорая медицинская помощь оплачивается медицинским организациям по установленному тарифу за 1 вызов.

4.2. Порядок расчета размера и структуры подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, дифференцированного (индивидуального для каждой медицинской организации) подушевого норматива и тарифов на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации определен в разделе V Тарифного соглашения, и соответствует Требованиям к тарифному соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования основан на базовой ставке подушевого норматива финансирования, рассчитанной исходя из параметров Федеральной программы, и коэффициентов дифференциации.

Алгоритм расчета подушевого норматива финансирования представлен на схеме:



Первоначальное значение базовой ставки подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи исчислено согласно формуле:

47,99 рублей = $(0,330 \text{ вызовов} \times 1\,710,10 \text{ рублей} / 12 \text{ месяцев}) \times 1,02035$,
где

0,330 вызовов – средний норматив вызовов на одно застрахованное лицо, установленный Федеральной программой для Мурманской области (с учетом особенностей Мурманской области);⁵

1 710,10 рублей – средний норматив финансовых затрат на одно застрахованное лицо, установленный Федеральной программой;

1,02035 – поправочный коэффициент, установлен с целью приведения расчетных объемов финансирования (с учетом всех коэффициентов дифференциации) плановым расходам на скорую помощь по федеральным нормативам за исключением расходов на помощь, оказанную за пределами Мурманской области.

Согласно приложению 3.1 к Тарифному соглашению базовая ставка с 01.01.2015 по 31.07.2015 составляла 47,99 рублей, с 01.08.2015 по 31.12.2015 – 49,06 рублей. Изменение размера базовой ставки связано с уточнением численности застрахованного населения и прогноза финансирования до конца года.

4.3. Приложением 3.1 к Тарифному соглашению для каждой медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь на территории Мурманской области, установлен свой подушевой норматив финансирования в диапазоне от 64,99 рублей (МБУЗ «МГКБСМП») до 136,42 рублей (ГБОУЗ «Кольская ЦРБ»), который отражает размер средств на компенсацию затрат по предоставлению организацией медицинской помощи в расчете на месяц на одно застрахованное лицо, проживающее на территории прикрепления.

Подушевой норматив дифференцируется в разрезе медицинских организаций посредством коэффициентов, указанных на схеме (КД_р, КД_{плот}, КД_{выз}, КД_{потр}), и учитывающих:

– районный коэффициент к заработной плате и процентную надбавку к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера (для территории п. Туманный, п. Островной – 1,95440, для остальной территории Мурманской области – 1,95200);

– особенности расселения и плотность населения на территории муниципального образования (наиболее высокий коэффициент 1,2 у районов с низкой плотностью населения: Ловозерский, Кандалакшский, Кольский);

– уровень потребления скорой медицинской помощи на территории муниципального образования;

– уровень расходов на содержание имущества медицинских организаций (0,770 – для МБУЗ «МГКБСМП»⁶, 1,0 – для всех остальных медицинских организаций).

⁵ Рекомендованные средние нормативы вызовов с учетом региональных особенностей субъектов определены в письме Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов».

4.4. Дифференцированные подушевые нормативы включают в себя перечень расходов медицинских организаций, которые они несут в связи с оказанием скорой медицинской помощи по Программе ОМС, при этом единой для всех в течение всего года остается структура расходов по группам затрат, а именно:

- заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда - 85,55 %;
- лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения - 1,95 %;
- иные расходы - 12,50 процентов.

4.5. В 2015 году расходы на скорую медицинскую помощь запланированы в сумме 824 557,7 тыс. рублей, или 6,8 % от всех расходов базовой части Программы ОМС⁷.

Анализ фактического исполнения объемов помощи и кассовых расходов медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь⁸, характеризующий исполнение тарифов на оплату скорой медицинской помощи, проведен на основании отчетных данных формы № 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению» за 2015 год (далее – отчетная форма № 62).

Медицинская организация	План по объемам			Тариф за вызов		
	утверждено, вызов	исполнено, вызов	%	утверждено, рубли	исполнено, рубли	%
Всего по субъекту ф. 62	255 138	230 568	90,4	3 306,92	3 751,33	113,4
<i>в том числе:</i>						
ФГБУЗ «МСЧ № 118»	5 756	5 316	92,4	3 248,81	2 961,20	91,1
ФГБУЗ «МСЧ № 120»	15 165	15 329	101,1	3 237,62	3 130,74	96,7
ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ»	26 063	23 547	90,3	3 234,99	3 214,69	99,4
ГОАУЗ «Мончегорская ЦРБ»	23 845	23 304	97,7	3 747,51	3 717,05	99,2
ГОБУЗ «ЦРБ ЗАТО г.Североморск»	15 064	14 379	95,5	3 829,56	3 994,08	104,3
ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»	18 582	13 487	72,6	4 065,14	5 213,06	128,2
ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»	19 283	18 487	95,9	4 088,02	5 249,06	128,4
ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ»	10 354	8 772	84,7	3 775,07	3 651,58	96,7
ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ»	9 362	9 172	98,0	3 261,11	3 745,77	114,9
ГОБУЗ «Ловозерская ЦРБ»	3 921	3 581	91,3	4 101,86	4 387,06	107,0

В 2015 году половина медицинских организаций (5 из 10) находились в рамках плановых финансовых показателей, что позволяет говорить о достаточности тарифа для данных организаций.

Согласно информации ТФОМС Мурманской области ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ» имеет самое высокое в области исполнение объемов неотложной медицинской помощи в амбулаторном звене (84,5%). Развитие менее затратной первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме,

⁶ В соответствии с Законом Мурманской области «Об областном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (в редакции от 30.03.2015) сокращены средства областного бюджета на 2015 год ГОБУ «Подразделение транспортно-хозяйственного обслуживания» в части расходов на автотранспортное обслуживание скорой медицинской помощи для МБУЗ «МГКБСМП».

⁷ на основании Плана-задания на оказание медицинской помощи (по объемным и финансовым показателям) на 2015 год без учета стоимости и объемов помощи, оказанной за пределами Мурманской области.

⁸ за исключением МБУЗ «МГКБСМП», у которой до 01.07.2015 отсутствуют автотранспортные расходы за счет средств ОМС

оказанной в приемных покоях, поликлиниках, травмпунктах при внезапных острых заболеваниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, замещает (поддерживает) работу скорой медицинской помощи за счет разделения потоков обращений пациентов.

По итогам 2015 года незначительный процент превышения исполнения над утвержденным тарифом за вызов имеют ГОБУЗ «ЦРБ ЗАТО г. Североморск» (+4,3%) и ГОБУЗ «Ловозерская ЦРБ» (+7,0%), что связано с неисполнением плана по выездам, в результате фактическая стоимость вызова возросла. Неисполнение плана по выездам (на 27,4 %) в большей степени повлияло на завышение исполненного тарифа в ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» (+28,2%).

Не смотря на снижении фактических объемов помощи кассовый расход осуществляется медицинскими организациями в пределах плановых назначений.

ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» исполнила объемы помощи почти на уровне плановых объемов (95,9%), но при этом фактический тариф (стоимость вызова) превысил плановый на 28,4 процентов. Медицинской организацией обозначены основные причины недостаточности финансового обеспечения данного вида помощи:

- согласованная с Министерством здравоохранения Мурманской области организация работы 9 бригад скорой помощи (рекомендуемый норматив – 5 бригад скорой помощи),

- отдаленность населенных пунктов от районного центра (до 240 км.), наличие двух автомобильных трасс федерального и регионального значения.

ГОБУЗ «Оленегорская ЦРБ» также исполнила план по количеству вызовов на 98,0 %, при этом фактический тариф за вызов превысил плановый на 14,9 процентов. Со стороны медицинской организации не поступало обращений о недостатке объемов финансирования скорой помощи.

Согласно отчетным данным формы 14-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС медицинскими организациями» превышение фактических расходов на показатели плана сложилось по заработной плате и начислениям на оплату труда, иным расходам, при этом расходы по их оплате осуществлялись за счет отвлечения средств с других видов помощи, оказанных в амбулаторных условиях.

Вместе с тем, для ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» перераспределение средств между видами помощи (в том числе, отвлечение средств на скорую помощь с амбулаторной стоматологической и стационарной помощи) не позволило решить финансовые проблемы учреждения: сумма просроченной кредиторской задолженности на 01.01.2016 составила 14 633,1 тыс. рублей, в том числе по расчетам с поставщиками и подрядчиками – 6 546,3 тыс. рублей, по начислениям на оплату труда – 8 086,8 тыс. рублей.

По информации ТФОМС Мурманской области в рамках государственной программы Мурманской области «Развитие здравоохранения» в целях финансового обеспечения улучшения оказания скорой медицинской помощи в

2017 году ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» будет предоставлена финансовая помощь в форме субсидии на иные цели.

4.6. К положительной стороне системы оплаты скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования можно отнести:

- обеспечение единства подходов в методике расчета базовой ставки и дифференцируемых коэффициентов;
- предсказуемость ожидаемых объемов финансирования за оказанную медицинскую помощь для медицинских организаций;
- стабильную оплату объемов помощи в рамках планового задания.

Основными недостатками данного способа оплаты скорой медицинской помощи являются:

- гарантированное финансирование вне зависимости от исполнения количества вызовов, и без учета реальных затрат на оказание медицинской помощи, что «стимулирует персонал к искусственному снижению частоты выездов (отказы в приеме, снижение частоты активного наблюдения)»⁹.

- финансовые риски при организации скорой медицинской помощи на территории с характерными особенностями непосредственно ложатся на медицинскую организацию (например, ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»).

Мерами реагирования комиссии по ОМС по предотвращению снижения объемов скорой медицинской помощи явилось установление в Тарифном соглашении на 2016 год условия финансирования в зависимости от уровня исполнения плана вызовов, так, медицинской организации выплачивается 100 % объема подушевого финансирования при выполнении вызовов не менее, чем на 90,0 процентов.

5. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в 2015 году, анализ размера, структуры и исполнения тарифов на ее оплату

5.1. Разделом IV Федеральной программы на 2015 год предусмотрены следующие способы оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (далее также – **амбулаторная помощь**):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

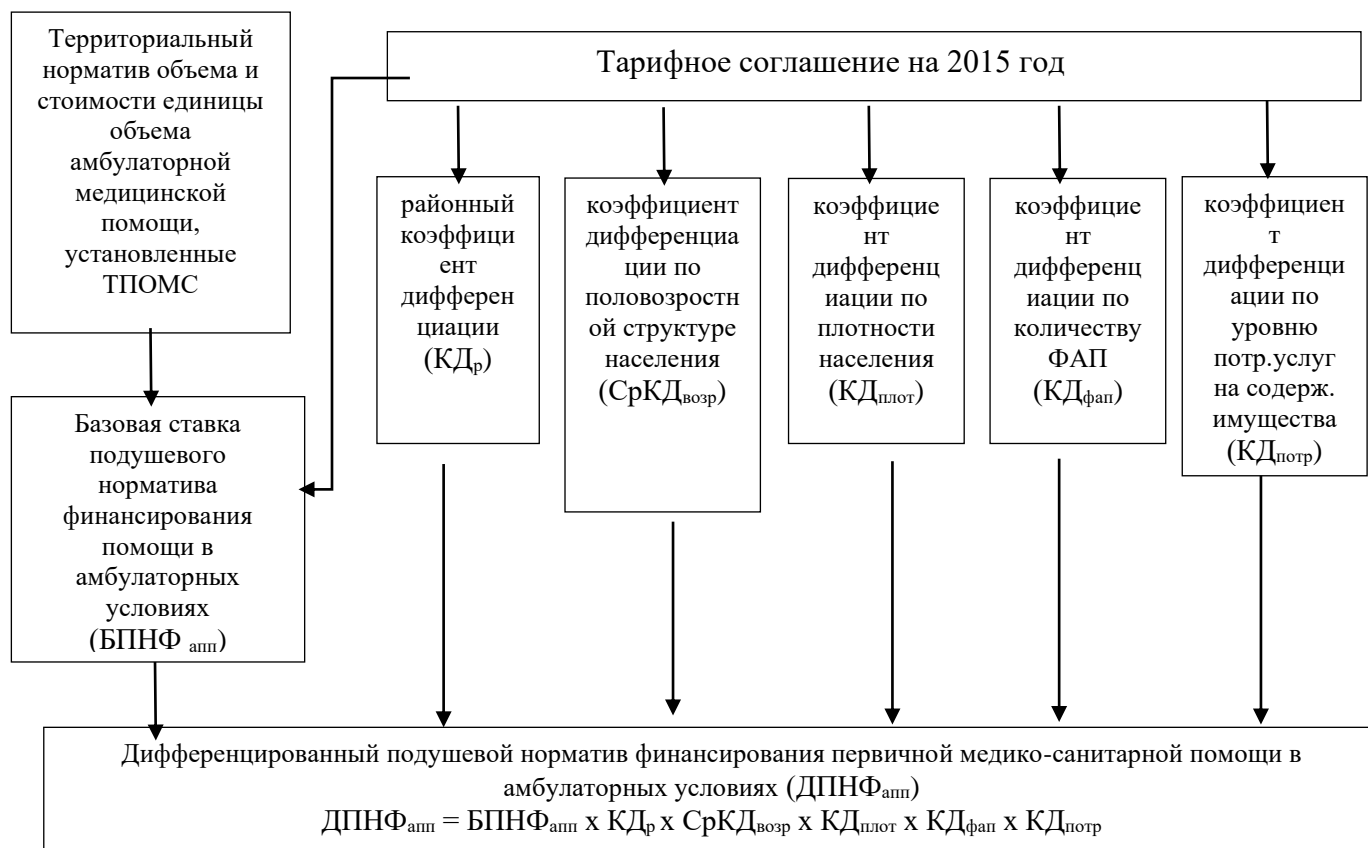
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, за посещение, за обращение).

Указанные способы оплаты амбулаторной помощи действуют на территории Мурманской области с 2015 года. Ранее, в 2014 году, такой способ оплаты применялся только для ГОАУЗ «Мончегорская ЦРБ» в рамках пилотного проекта.

⁹ является недостатком названного способа оплаты, отмеченным в письме Минздрава России № 14-0/10/2-2564, ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития».

5.2. Согласно разделу VI Тарифного соглашения подушевой норматив финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях устанавливает месячный объем финансовых средств для оплаты оказанной первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в расчете на одно прикрепившееся застрахованное лицо.

Алгоритм расчета подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи представлен на схеме:



Базовая ставка подушевого норматива финансирования рассчитана исходя из нормативной стоимости первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по Программе ОМС, которая основана на средних нормативах объема медицинской помощи и средних нормативах финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Федеральной программой, и на 01.01.2015 составила 204,44 рубля.

Подушевой норматив дифференцируется в разрезе медицинских организаций посредством указанных на схеме коэффициентов (КД_р, СрКД_{возр}, КД_{плот}, КД_{фап}, КД_{потр}), установленных Тарифным соглашением для каждой медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования установлен для медицинских организаций в диапазоне от 278,34 рубля (НУЗ «Узловая больница на ст. Кандалакша ОАО «РЖД») до 670,82 рубля (МБУЗ «ДКДП»).

Изменение с 01.01.2015 способа оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования с применением соответствующих

коэффициентов¹⁰, повлекло по отдельным медицинским организациям (МБУЗ «Городская поликлиника № 1», МБУЗ «Городская поликлиника № 3», МБУЗ «Городская поликлиника № 4», МБУЗ «Городская поликлиника № 5», МБУЗ «Городская поликлиника № 7», МБУЗ «ДКДП», МБУЗ «Детская поликлиника № 4») уменьшение дифференцированного подушевого норматива финансирования в 2015 году по сравнению с 2014 годом на 1,4 % - 4,7 процентов.

В 2014 году план финансирования медицинской организации рассчитывался как сумма произведений количества посещений к каждому специалисту на тариф посещения к каждому специалисту, что позволяло планировать более «дорогие» посещения (на дому, к врачу общей практики).

С 2015 года данный расчет осуществляется как произведение дифференцированного подушевого норматива на численность прикрепленного населения, при этом структура плановых посещений («дорогие-дешевые») не учитывается.

С 01.08.2015 в связи с уточнением численности застрахованного населения и в целях сохранения исчисленного на начало года объема финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях базовая ставка подушевого норматива финансирования увеличена с 204,44 рублей до 208,73 рублей, или на 2,1 процента, что увеличило, соответственно, и дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем медицинским организациям.

5.3. Дифференцированные подушевые нормативы включают в себя перечень расходов медицинских организаций, которые они несут в связи с оказанием амбулаторной помощи по Программе ОМС, при этом единой для всех в течение всего года остается структура расходов по группам затрат, а именно:

- заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда - 81,71 %;
- лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения - 5,16 %;
- иные расходы - 13,13 процентов.

5.4. Проверкой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования и коэффициентов, корректирующих размер подушевого норматива финансирования амбулаторной помощи, утвержденных Тарифным соглашением, на примере ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» и ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ», нарушений не установлено. Коэффициенты дифференциации применены в размерах, утвержденных Тарифным соглашением. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях определены в соответствии с методологией, установленной в Требованиях к тарифному соглашению.

¹⁰ Дифференцированный подушевой норматив финансирования 2014 года – это условно расчетный показатель, исчисленный ТФОМС Мурманской области исходя из объема финансирования амбулаторной помощи в 2014 году и числа прикрепленного населения;

5.5. В 2015 году плановые расходы на амбулаторную медицинскую помощь (за исключением стоматологической помощи) составили 4 055 416,9 тыс. рублей, или 33,5 % от всех расходов базовой части Программы ОМС¹¹. Плановая стоимость стоматологической помощи в амбулаторных условиях составила 439 794,0 тыс. рублей, или 3,6 процентов.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия выборочно на примере отдельных медицинских организаций проведен анализ исполнения тарифов (кассовых расходов) на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за 2015 год на основании данных отчетной формы № 62.:

Медицинская организация	План по объемам			Тариф (дифференцированный подушевой норматив финансирования) за посещение		
	утверждено, посещения	исполнено, посещения	%	утверждено, рублей	исполнено, рублей	%
ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ»	418 489	415 824	99,4	677,87	569,36	84,0
ГОБУЗ «Кольская ЦРБ»	359 069	383 354	106,8	698,58	652,56	93,4
ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ»	233 618	203 487	87,1	766,28	735,21	95,9
ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ»	223 960	216 208	96,5	642,55	603,05	93,9
МБУЗ «Городская поликлиника №3»	168 526	165 495	98,2	772,58	877,81	113,6
МБУЗ «Городская поликлиника №4»	257 008	251 041	97,7	782,35	820,68	104,9
МБУЗ «ДКДП»	328 721	357 957	108,9	535,15	543,13	101,5
МБУЗ «Детская поликлиника № 4»	223 869	219 280	98,0	562,58	580,47	103,2
Средний норматив финансовых затрат на единицу объема (руб.)				697,61		

Плановые задания для ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ», МБУЗ «ДКДП», МБУЗ «Детская поликлиника № 4» сформированы в соответствии с требованиями Тарифного соглашения без учета дорогостоящих видов амбулаторного приема, выполняемых на базе специализированных учреждений областного уровня (КТ, МРТ, лабораторная диагностика, в отдельных случаях консультативная помощь), в связи с чем, подушевой норматив финансирования в данных учреждениях ниже среднего норматива финансовых затрат на единицу объема (посещение)¹².

По 4-м из 8-ми анализируемых медицинских учреждений стоимость посещения по амбулаторной помощи сложилась ниже плановой на 4,1 % - 16 %, что указывает на достаточность тарифа для данных организаций (ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», ГОБУЗ «Кольская ЦРБ», ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ», ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ»).

Анализ исполнения планов-заданий указанных учреждений показал, что на снижение стоимости посещения по амбулаторной помощи повлияли следующие причины:

- ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» - отвлечение финансовых средств с амбулаторной помощи на другие виды медицинской помощи (скорая помощь),

¹¹ Данные приведены на основании Плана-задания на оказание медицинской помощи (по объемным и финансовым показателям) на 2015 год без учета стоимости и объемов помощи, оказанной за пределами Мурманской области.

¹² Финансовые затраты на единицу объема амбулаторной помощи (посещение), предоставляемой в рамках базовой программы ОМС (свод формы № 62 за 2015 год).

а также наличие на 01.01.2016 на счете медицинской организации неиспользованных средств ОМС в размере 75 209,0 тыс. рублей;

- ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» - перевыполнение объемов медицинской помощи по амбулаторной помощи при финансировании в фиксированных плановых объемах, а также отвлечение финансовых средств с амбулаторной помощи на другие виды медицинской помощи (скорая помощь);

- ГОБУЗ «Печенгская ЦРБ» - невыполнение объемных показателей, в результате чего, в соответствии с Порядком оплаты медицинской помощи финансирование медицинской организации осуществлено за фактически оказанные услуги согласно реестрам счетов, предъявленных на оплату, сумма недополученных средств по базовой части подушевого норматива финансирования в проверяемом периоде составила 34 103,1 тыс. рублей. Невыполнение плановых заданий обусловлено низкой укомплектованностью врачебными кадрами амбулаторно-поликлинической службы учреждения;

- ГОБУЗ «Оленегорская ЦГБ» - отвлечение финансовых средств с амбулаторной помощи на другие виды медицинской помощи (скорая помощь).

По 4-м из 8-ми анализируемых медицинских учреждений стоимость посещения по амбулаторной помощи сложилась выше плановой на 1,5 % - 13,6 %, что обусловлено следующим:

- МБУЗ «Городская поликлиника № 3» - отвлечение средств на амбулаторную помощь от других видов помощи (дневного стационара), наличие на 01.01.2016 на счете медицинской организации неиспользованных средств ОМС в размере 9 191,3 тыс. рублей;

- МБУЗ «Городская поликлиника № 4» - наличие на 01.01.2016 на счете медицинской организации неиспользованных средств ОМС в размере 33 175,4 тыс. рублей, а также перевыполнение плановых показателей по оказанию помощи в амбулаторных условиях лицам, не имеющим прикрепления к данной медицинской организации, на 18,7%;

- МБУЗ «ДКДП» - перевыполнение плановых показателей по оказанию помощи в амбулаторных условиях лицам, не имеющим прикрепления к данной медицинской организации на 48,9 %;

- МБУЗ «Детская поликлиника № 4» - отвлечение средств на амбулаторную помощь от других видов помощи (дневной стационар).

Согласно пояснениям ТФОМС Мурманской области отвлечение средств от других видов помощи для покрытия кассовых расходов по амбулаторной помощи указывает на некорректное распределение учреждением затрат между видами медицинской помощи.

5.6. К положительным характеристикам подушевого финансирования амбулаторной помощи можно отнести:

– единый подход в методике расчета базовой ставки и дифференцируемых коэффициентов,

– достаточно прогнозируемая сумма ожидаемого финансирования амбулаторной помощи, что позволяет медицинской организации спланировать предстоящие расходы;

– наличие в подушевом нормативе финансирования стимулирующей части, за счет которой осуществляются выплаты персоналу только при достижении установленных показателей результативности, стимулирует к достижению высоких показателей, что повышает уровень доступности и удовлетворения населения.

Однако принцип оплаты амбулаторной помощи на основе подушевого норматива финансирования имеет и ряд недостатков, а именно:

- риск сокращения объемов помощи и соответственно доступности медицинской помощи при выполнении медицинской организации плана-задания менее чем на 90,0 процентов;

- финансирование медицинских организаций без учета структуры посещения «дорогие-дешевые», а также необходимость проведения расчетов с учреждением, проводившим диагностические исследования, стимулируют заинтересованность медицинской организации в сдерживании направления пациентов на диагностические исследования.

5.7. В пункте 3 раздела VI Тарифного соглашения определены размер и структура тарифов на оплату отдельных медицинских услуг, которые применяются, например, при расчетах за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в медицинских организациях не по месту их прикрепления, или при расчетах за оказанную стоматологическую помощь, а также за медицинские услуги, не включенные в структуру дифференцированного подушевого норматива финансирования, и других расчетах.

Анализ одного из таких тарифов – «на 1 законченный случай проведения 1 этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения» проведен в ходе экспертно-аналитического мероприятия.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения.

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях в 2015 году определялся:

- приказом Минздрава России от 03.12.2012 № 1006н;
- приказом Минздрава России от 03.02.2015 № 36н, действующим с 01.04.2015.

Диспансеризация взрослого населения оплачивается за счет средств ОМС по тарифам на законченный случай диспансеризации.

Расчет законченного случая диспансеризации взрослого населения в анализируемом периоде осуществлялся для мужчин и женщин по 4-м возрастным группам населения (1 группа – 21, 24, 27, 30, 33, 36 лет; 2 группа – 39, 42, 45, 48, 51, 54 лет; 3 группа – 57, 60, 63, 66, 69 лет; 4 группа – 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90, 93, 96, 99 лет).

По каждой группе стоимость законченного случая диспансеризации определялась как среднее значение стоимости медицинских услуг по возрастам,

входящим в группу, и составляла на 01.01.2015 в зависимости от возрастной группы для мужчин от 1 211,62 рублей до 2 776,80 рублей, для женщин от 1 414,97 рублей до 3 457,29 рублей .

В анализируемом периоде ГОАУЗ «Мончегорская ЦРБ» диспансеризация взрослого населения осуществлялась также с использованием мобильного комплекса. В расчете законченного случая диспансеризации взрослого населения с использованием мобильного комплекса дополнительные расходы составили 430,14 рубля.

С 01.04.2015 года из комплекса мероприятий диспансеризации исключены отдельные виды исследований и осмотров специалистов, в связи с чем осуществлен перерасчет тарифа на законченный случай диспансеризации взрослого населения (в том числе с использованием мобильного комплекса).

Структура тарифа законченного случая диспансеризации применена в 2015 году по фактически сложившейся структуре расходов амбулаторной помощи за 2014 год.

Рекомендованные значения тарифов на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан (без коэффициента дифференциации) установлены методическими рекомендациями от 24.12.2015 и учтены в Тарифном соглашении на 2016 год.

6. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в 2015 году, анализ размера, структуры и исполнения тарифов на ее оплату.

6.1. С 2013 года ежегодной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи одним из способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, устанавливается способ оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

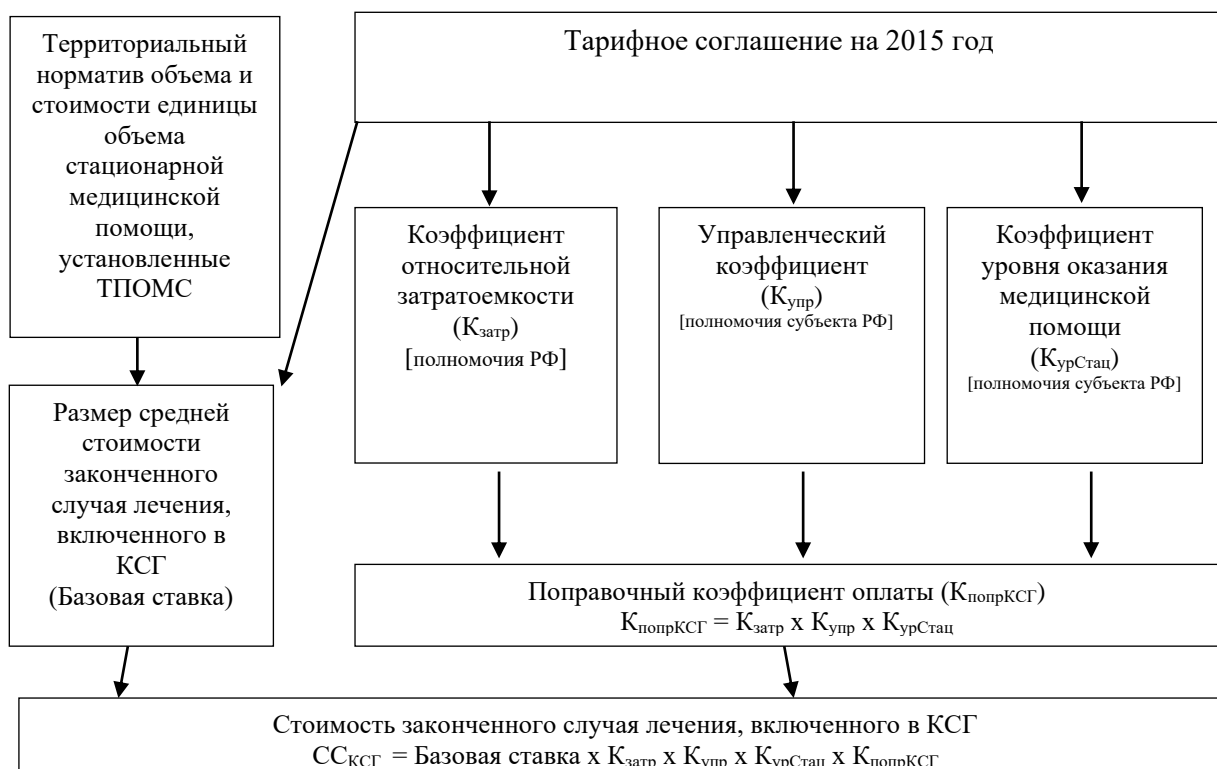
В Мурманской области оплата специализированной медицинской помощи в стационарах и дневных стационарах при больницах на основе клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ)¹³. реализуется с 2015 года.

Согласно методическим рекомендациям от 14.11.2013, использованным при разработке Тарифного соглашения на 2015 год, КСГ формируются на основе совокупности основных параметров, определяющих затратно-стоимостные характеристики лечения пациентов (наличие или отсутствие хирургических операций, диагноза по международной классификации болезней; возрастной категории пациента и др.) и подразделяются на три типа: хирургические (включающие операции), терапевтические и комбинированные.

¹³ Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

6.2. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей стационарную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи и медицинской реабилитации), определялся в 2015 году в соответствии с Тарифным соглашением по системе КСГ заболеваний на основе базовых ставок финансирования специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (размер средней стоимости законченного случая лечения).

Алгоритм расчета стоимости законченного случая лечения в системе КСГ представлен на схеме:



Базовая ставка определяется путем деления общего объема средств на финансирование стационарной медицинской помощи по Программе ОМС на частоту случаев госпитализации по медицинским учреждениям (статистические данные) с применением поправочного коэффициента оплаты КСГ.

При этом расчет общего объема средств на финансирование стационарной медицинской помощи по Программе ОМС основан на применении среднего норматива объема помощи и среднего норматива финансовых затрат, указанных в Федеральной программе.

Поправочный коэффициент оплаты КСГ для каждой группы случаев рассчитывается с применением трех коэффициентов, возможность применения которых предусмотрена Требованиями к тарифному соглашению:

- коэффициент относительной затратоемкости, который определен для каждой КСГ на федеральном уровне и не подлежит изменению при установлении тарифов в субъектах РФ;
- управленческий коэффициент, установленный в субъекте, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой

госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

- коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи, установленный в субъекте, и отражающий разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи.

В 2015 году при переходе на оплату медицинской помощи по системе КСГ, в случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличался от их финансового обеспечения в 2014 году более, чем на 10 %, применялись значения управленческого коэффициента и коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи, уравновешивающие уровни и структуры госпитализаций.

Кроме того, в течение 2015 года в ходе мониторинга исполнения Программы ОМС в целях устранения возникающих диспропорций по ресурсам корректировались показатели размера базовой ставки финансирования стационарной помощи, нормативной длительности лечения по КСГ, объемы помощи стационара отдельных медицинских организаций.

Данные меры позволили большинству медицинских организаций избежать финансовых потерь в переходный период.

6.3. В соответствии с Концепцией долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года¹⁴ к числу приоритетных направлений системы здравоохранения относится развитие амбулаторной помощи, в первую очередь профилактической, что позволит значительно повысить эффективность использования коечного фонда.

Вместе с тем, до настоящего времени в Мурманской области объемы медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров, превышают федеральные нормативы, объем потребления стационарной помощи для нашего региона традиционно высокий. Исполненные объемы помощи (случаи госпитализации) в рамках базовой Программы ОМС по сравнению с федеральным нормативом составили:

Наименование показателя	2014 год	2015 год
Федеральный норматив объемов помощи, <i>случаев госпитализации</i>	139 240	134 613
Фактические объемы помощи, <i>случаев госпитализации</i>	160 619	158 310
Отклонение, %	+15,3	+17,6

В 2015 году в круглосуточном стационаре фактический объем случаев лечения превысил плановый показатель на 7,6 процента. При этом число посещений амбулаторного приема по сравнению с 2014 годом снизилось на 148 124 посещения, или на 2,3 %, амбулаторный прием в неотложной форме выполнен на 51,2 %. Основной причиной данной ситуации является неуккомплектованность амбулаторно-поликлинической службы врачевными кадрами, что снижает доступность в получении данного вида помощи, в том

¹⁴ утверждена распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р;

числе с профилактической целью, и способствует перенаправлению потока пациентов в стационар¹⁵.

Согласно пункту 1 Порядка оплаты медицинской помощи оплата помощи осуществляется в пределах объемов медицинской помощи в стоимостном выражении, то есть при перевыполнении объема стационарной помощи, медицинские организации финансируются в пределах доведенного планом-заданием объема средств, что соответственно снижает среднюю стоимость случая лечения.

6.4. Стоимость стационарной медицинской помощи, планируемая к оплате по системе КСГ (без учета средств по оплате медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», медицинской помощи в диагностическом стационаре ГОАУЗ «МОКДЦ» и высокотехнологичной медицинской помощи), составила 6 141 437,1 тыс. рублей, или 50,7% всех расходов на базовую часть Программы ОМС¹⁶.

Анализ исполнения финансовых и объемных показателей в системе КСГ круглосуточного и дневного стационара на примере отдельных медицинских организаций разных уровней оказания медицинской помощи в рамках базовой Программы ОМС (приложение № 1 и № 2 к Отчету) показал следующее.

В объеме исполненных случаев лечения всех медицинских организаций от 0,7 % (ГОАУЗ «МОЦСВМП») до 21,5 % (МБУЗ «МДГКБ») случаев относится к случаям, оплаченным ниже средней стоимости, сложившейся по данному учреждению. На снижение стоимости случая лечения (в зависимости от профиля больницы) влияют следующие факторы:

- количество «коротких» случаев лечения (меньше нижней границы нормативной длительности лечения), оплата по которым осуществляется за фактическое время пребывания по меньшей стоимости, характерны для терапевтических КСГ. Например, в МКК ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» случаи, оплаченные ниже средней стоимости по терапевтическому КСГ «Болезни желчного пузыря, поджелудочной железы» составили 90 из 356 случаев, или 25,3 % – короткие;

- количество «прерванных» случаев лечения (самовольный уход, перевод на другой профиль койки с тем же заболеванием, либо заболеваниями, входящими в один класс МКБ-10), оплата по которым осуществляется за фактическое время пребывания по рассчитанным тарифам на 1 койко-день, характерны для инфекционного профиля медицинской помощи. Например, в МБУЗ «Мурманская инфекционная больница» количество прерванных случаев лечения по КСГ «Кишечные инфекции» составило 16,3 процентов;

- неисполнение медицинскими организациями плана по «дорогим» случаям (отсутствие специалистов, материальных ресурсов, другие причины). Например, в ФГБУ «МСЧ № 118» не выполнено ни одного случая лечения из

¹⁵ информация приведена согласно пояснительной записке к отчету по форме № 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению» за 2015 год по Мурманской области;

¹⁶ на основании Плана-задания на оказание медицинской помощи (по объемным и финансовым показателям) на 2015 год без учета стоимости и объемов помощи, оказанной за пределами Мурманской области;

запланированных 69 случаев по разным профилям и всем типам КСГ с уровнем затрат 3;

- несоответствие реальной потребности в объемах помощи определенного профиля плановым показателям. Например, плановый показатель МБУЗ «Мурманская инфекционная больница» по затратному КСГ «Вирусный гепатит» составил 220 случаев лечения, исполнено 142 случая, или 64,5 процентов, по менее затратному КСГ «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» объемы помощи перевыполнены более чем в два раза.

6.5. По дневному стационару большинством медицинских организаций соблюден баланс между планируемыми и исполненными случаями лечения по категориям сложности КСГ, средняя стоимость случая лечения также сопоставима с планом.

Вместе с тем, в разрезе медицинских организаций в 2015 году отмечался высокий разброс показателей по стоимости случая лечения, объемов помощи, затратноемкости КСГ, что указывало на необходимость корректировок тарифов по системе КСГ дневного стационара.

Для 19 из 22 медицинских организаций при оказании помощи в дневном стационаре процент случаев, оплаченных ниже средней стоимости, составил не более 10,0 %, для 3-х учреждений процент случаев, оплаченных ниже средней стоимости, составил: МБУЗ «МГКБСМП» - 15,2 %, МБУЗ «МДГКБ» - 17,5 %, ФГБУ «МСЧ № 118» - 18,1 процентов.

Как и в условиях круглосуточных стационаров, снижение стоимости лечения в дневных стационарах характеризуются аналогичными причинами:

- значительное количество в структуре исполненных случаев «коротких» (МБУЗ «МДГКБ») и «прерванных» случаев лечения;

- перевыполнение объемов помощи с низким уровнем затрат (МБУЗ «МГКБСМП» по терапевтическому КСГ «Болезни глаза»);

- значительные объемы помощи выполняются без утвержденных плановых показателей (ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ» по КСГ «Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника» исполнено 161 случаев лечения).

Некорректное планирование заболеваний по КСГ в медицинских организациях связано с отсутствием достаточного опыта работы с системой КСГ и накопленных объективных данных.

6.6. Структура тарифа на оплату стационарной медицинской помощи по системе КСГ в разрезе статей расходов установлена в соответствии со структурой расходов базовой стоимости по КСГ заболеваний, указанной в методических рекомендациях от 14.11.2013 с учетом коэффициента дифференциации к заработной плате за работу в районах Крайнего Севера. Непосредственное влияние на структуру расходов оказывают тип КСГ и профиль заболевания.

В среднем расходы по группам затрат в зависимости от типа КСГ и профиля заболеваний составили:

- заработная плата и начисления на выплаты по оплате труда – 66,0 %;

- лекарственные средства, расходные материалы и изделия медицинского назначения – 17,0 %;
- питание 5,0 %;
- иные расходы - 12,0 процентов.

6.7. К преимуществам оплаты медицинской помощи по системе КСГ в переходный период следует отнести следующее:

- создание равных финансовых условий для медицинских организаций одного вида. На всех уровнях оказания медицинской помощи обеспечивается единообразие оплаты стационарной помощи по законченному случаю лечения за счет единой нормативной базы, вводящей для всех регионов России единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи;
- обеспечение справедливой системы оплаты стационарной помощи с учетом сложности оказания помощи по соответствующему профилю заболевания, более сложные случаи имеют более высокую стоимость случая лечения, при правильном распределении ресурсов в зависимости от выполняемых объемов в системе КСГ обеспечивается финансовая стабильность работы стационара;
- развитие экономических стимулов к госпитализации более сложных пациентов, повышая хирургическую активность за счет более высокой стоимости случая лечения, что позволяет рационально распределять ресурсы. Отмечается снижение патронажной, социальной нагрузки на стационар (характерно для терапевтической койки) и замещение этих компонентов преимущественно хирургической активностью с использованием современной медицинской техники, при условии комплексного подхода к диагностике и лечению;
- повышение качества кодирования информации и достоверности медицинской статистики на основе объективной оценки деятельности стационара.

Объективными сложностями (рисками) системы КСГ являются:

- риск финансовой неустойчивости для основного страховщика – ТФОМС Мурманской области в случае перевыполнения объемов стационарной помощи. Трудоемкость планирования КСГ создает предпосылки к возможному несоответствию фактически выполненным объемом помощи плановым, и в случаях перевыполнения запланированных объемов помощи отсутствует источник их финансового обеспечения;
- снижение стоимости случая лечения при перевыполнении объемов «дешевой» медицинской помощи, что искусственно завышается объемы госпитализации и указывает на неспособность отдельных медицинских организаций (например, ФГБУ «МСЧ № 118», МБУЗ «Мурманская инфекционная больница», ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», также характерно и для других ЦРБ) оказывать более «дорогую» медицинскую помощь. При этом, во избежание финансовых потерь, приоритетной целью для медицинских организаций в данном случае является освоение планового объема финансирования;

- риск манипулирования диагнозами пациентов в сторону обращения к КСГ, имеющим большую стоимость, на что указывает анализ исполнения объемов помощи в зависимости от стоимости КСГ: при возрастании стоимости случая лечения увеличивается процент выполнения запланированных объемов помощи.

Ценовые категории КСГ, рубли	< 10 000	10 000-20 000	20 000-30 000
Процент выполнения случаев лечения по сравнению с планом	21,1	105,5	112,0

В 2016 году в рамках совершенствования системы сформированы новые КСГ (их количество выросло с 201 до 258). Перечень КСГ дополнен новыми группами заболеваний, в том числе заболеваниями онкологического профиля, детского профиля.

6.8. В пунктах 5-10 раздела VIII Тарифного соглашения установлены размер и структура тарифов по отдельным видам стационарной помощи, исключенным из числа, оплачиваемых по КСГ.

Так, финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), включенной по перечню наименований в Федеральную программу, осуществлялось за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) сформированы в соответствии федеральными нормативами согласно письму Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388¹⁷.

Структура тарифа утверждена исходя из рекомендуемой структуры на заработную плату с учетом коэффициента дифференциации 1,9526, расчетных значений медицинских организаций на питание (173 рубля в день) и иные расходы. В размере оставшейся части тарифа (то есть за вычетом расходов на оплату труда, питание и иные расходы) сформированы расходы на медикаменты.

В 2015 году запланированный объем средств на ВМП составил 201 593,9 тыс. рублей или 1,7 % от общего объема средств на базовую часть Программы ОМС. Оказывали высокотехнологичную медицинскую помощь две медицинские организации – ГОБУЗ «МОКБ им. П.А. Баяндина» (1 369 госпитализаций) и МКК ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» (170 госпитализаций).

Нормативно-затратный метод определения расходов на единицу помощи, то есть калькуляцией и приведением всех затрат к единице помощи (1 случай лечения, 1 койко-день, 1 пациенто-день, 1 услуга) лежит в основе расчета стоимости медицинских услуг по следующим видам медицинской помощи:

- медицинская реабилитация в рамках круглосуточного и дневного стационара (для отделений медицинской реабилитации при круглосуточных стационарах больниц МБУЗ «Объединенная медсанчасть «Севрыба», ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» и санаториев Мурманской области);

¹⁷ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов» (приложение 10)

- лечение в отделениях и центрах реабилитации в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях (оказывают все взрослые поликлиники и больницы, имеющие в своей структуре дневной стационар);
- лечение в дневном стационаре в центрах лазерной коррекции зрения, центрах дневной (амбулаторной) хирургии, медицинской помощи с применением методов заместительной почечной терапии («стационар одного дня»);
- помощь методами заместительной терапии (гемодиализ, перитонеальный диализ, гемодиализация) составили 241 352,3 тыс. рублей, или 1,2% расходов на базовую часть Программы ОМС.

Размер и структура единицы названных видов медицинской помощи, установленные в Тарифном соглашении, основаны на расчетах, обоснованиях, предоставленных медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь определенного профиля.

В Мурманской области с 2017 года на основании методических рекомендаций от 24.12.2015 расчет стоимости медицинских услуг в части медицинской реабилитации, дневного «стационара одного дня» переведен в оплату по системе КСГ.

7. Осуществление контроля за правомерностью применяемых способов оплаты медицинской помощи

7.1. Персонифицированный учет медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области, и ее финансирование осуществляется по результатам предоставления медицинскими организациями в ТФОМС Мурманской области ежемесячных реестров по случаям оказания помощи в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным приказом ТФОМС Мурманской области от 04.12.2014 № 266 (с изменениями).

Данный порядок информационного взаимодействия разработан с учетом Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79.

Учет и обработка поступающих от медицинских организаций реестров по случаям оказания помощи осуществляется с применением программного продукта «Реестры пролеченных пациентов (контроль, обработка, статистика, анализ)», в функции которого входит расчет сумм к оплате в соответствии с Тарифным соглашением с формированием счетов к оплате в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций, передача принятых реестров в страховые медицинские организации.

При приеме реестров автоматически проводится контроль за соответствием предъявленных сумм к оплате расчетным суммам по способам оплаты медицинской помощи, установленным Тарифным соглашением. Ошибочные записи, выявленные в результате контроля, к оплате не принимаются.

Программа автоматического приема реестров от медицинских организаций позволяет обеспечить текущий контроль за соответствием фактической оплаты установленным способам оплаты медицинской помощи на этапе приема сведений.

7.2. ТФОМС Мурманской области на основании постановления Правительства Мурманской области от 06.10.2011 № 510-ПП «О Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Мурманской области», приказа Федерального фонда ОМС от 16.04.2012 № 73 осуществляет контроль за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования.

Деятельность страховых организаций - Мурманского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» и Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» за 2015 год подлежала плановым комплексным и внеплановым проверкам Фонда.

В рамках комплексных проверок, наряду с вопросами по организации и проведению обязательного медицинского страхования, рассматривались вопросы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам (акты проверок от 24.03.2016 и от 25.03.2016). По результатам проверок фактов необоснованного получения средств страховыми медицинскими организациями для дальнейших расчетов с медицинскими организациями не установлено.

ТФОМС Мурманской области в течение 2015 года также проведено в отношении Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» 8 внеплановых тематических проверок, в отношении Мурманского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» 7 внеплановых тематических проверок по различным вопросам.

Выводы

1. В 2015 году в Мурманской области действовало Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования, заключенное комиссией по ОМС 11.12.2014, в целом соответствующее требованиям Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Правилам ОМС, утвержденным приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н, Требованиям к тарифному соглашению, и устанавливающее способы оплаты медицинской помощи, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области.

2. Способы оплаты медицинской помощи в зависимости от видов и условий оказания медицинской помощи (вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно), установленные в Тарифном соглашении, соответствуют рекомендациям Минздрава России и Федерального фонда ОМС, предусмотрены в Федеральной программе и являются едиными для всех медицинских организаций Мурманской области, участвующих в реализации Программы ОМС.

3. Структура тарифа на оплату медицинской помощи, утвержденная Тарифным соглашением, соответствует нормам статьи 30, части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

4. В нарушение пункта 15 Требований к тарифному соглашению в Тарифном соглашении на 2015 год не установлен порядок индексации тарифов на оплату медицинской помощи.

Отсутствие в федеральных нормативных документах правил пересчета базовых параметров тарифов во взаимосвязи с данным нарушением не позволило в целях исполнения постановления Правительства Мурманской области от 14.10.2015 № 444-ПП проиндексировать с 01.10.2015 расходы на заработную плату, учтенные в структуре тарифов.

Повышение заработной платы работникам государственных областных учреждений с 01.10.2015 на 5,5 % обеспечено за счет средств областного бюджета, средств медицинских организаций от иной приносящей доход деятельности, а также экономии и сокращения неэффективных расходов.

5. Принципы финансирования медицинской помощи в Мурманской области, как на основе дифференцированных подушевых нормативов (тариф для скорой медицинской помощи и амбулаторной медицинской помощи), так и на основе стоимости законченного случая лечения (тариф для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), основаны на базовых ставках, рассчитанных исходя из нормативов, установленных Федеральной программой, и коэффициентов дифференциации, возможность применения которых предусмотрена федеральными ведомственными нормативными документами.

6. В 2015 году у 5 из 10 медицинских организаций фактические расходы **по скорой медицинской помощи** находились в рамках плановых финансовых показателей, что указывает на достаточность тарифа для данных организаций.

Финансирование медицинских организаций независимо от выполненных объемов скорой медицинской помощи, в случаях неисполнения плана по выездам, превышало фактическую стоимость вызова по сравнению с учтенной в тарифе (ГБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», ГБУЗ «Ловозерская ЦРБ», ГБУЗ «ЦРБ ЗАТО г. Североморск»).

Для отдельных медицинских учреждений (ГБУЗ «Кольская ЦРБ», ГБУЗ «Оленегорская ЦГБ») при исполнении плановых объемов по скорой медицинской помощи финансовое обеспечение на основе подушевого норматива финансирования в 2015 году являлось недостаточным, что связано с необходимостью организации работы большего количества бригад скорой помощи, чем рекомендуемый норматив, с удаленностью населенных пунктов от районного центра и другими причинами. Фактические расходы превысили плановые по заработной плате и начислениям на оплату труда, иным расходам, за счет отвлечения средств с других видов помощи, оказанных в амбулаторных условиях.

7. Изменение с 01.01.2015 способа оплаты **амбулаторной помощи** по подушевому нормативу финансирования повлекло по отдельным медицинским организациям уменьшение дифференцированного подушевого норматива финансирования в 2015 году по сравнению с 2014 годом на 1,4 % - 4,7 процентов.

Достаточность тарифа для половины выборочно проанализированных медицинских организаций подтверждается фактически сложившейся стоимостью посещения по амбулаторной помощи ниже плановой на 4,1 % - 16% при исполнении объемов помощи в пределах плановых (ГБОУЗ «Кандалакшская ЦРБ», ГБОУЗ «Печенгская ЦРБ», ГБОУЗ «Оленегорская ЦГБ»).

Превышение фактической стоимости посещения по амбулаторной помощи над плановой на 1,5 % - 13,6 % обусловлено, как правило, отвлечением средств от других видов помощи для покрытия кассовых расходов по амбулаторной помощи (МБУЗ «Городская поликлиника № 3», МБУЗ «Детская поликлиника № 4»), и указывает на некорректное распределение учреждением затрат между видами медицинской помощи.

8. Неукомплектованность амбулаторно-поликлинической службы врачебными кадрами снижает доступность в получении данного вида помощи, и способствует перенаправлению потока пациентов в стационар.

До настоящего времени в Мурманской области объемы медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров, превышают федеральные нормативы, объем потребления стационарной помощи для нашего региона традиционно высокий. В 2015 году в круглосуточном стационаре фактический объем случаев лечения превысил план на 7,6 процента. При этом число посещений амбулаторного приема по сравнению с 2014 годом снизилось на 2,3 %, амбулаторный прием в неотложной форме выполнен на 51,2 процента.

9. Базовые ставки финансирования **специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** (размер средней стоимости законченного случая лечения) определены в 2015 году по системе КСГ заболеваний, что соответствует Требованиям к тарифному соглашению.

10. В 2015 году при переходе на оплату медицинской помощи по системе КСГ заболеваний, в случае если уровень финансового обеспечения отдельных медицинских организаций отличался от их финансового обеспечения в 2014 году более, чем на 10 %, применялись значения управленческого коэффициента и коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи, уравновешивающие уровни и структуры госпитализаций.

Данные меры, а также меры, принимаемые в ходе исполнения Программы ОМС (корректировка размера базовой ставки финансирования стационарной помощи, нормативной длительности лечения по КСГ, объемов помощи стационара отдельных медицинских организаций) позволили большинству медицинских организаций избежать финансовых потерь в переходный период.

11. В условиях финансирования медицинских организаций в пределах плановых объемов стационарной медицинской помощи в стоимостном выражении (пункт 1 Порядка оплаты медицинской помощи) перевыполнение объема стационарной помощи снижает среднюю стоимость случая лечения в стационаре.

12. В объеме исполненных случаев лечения всех медицинских организаций к случаям, оплаченным ниже средней стоимости, сложившейся по

организации относится от 0,7 % (ГОАУЗ «МОЦСВМП») до 21,5 % (МБУЗ «МДГКБ») случаев, на что, прежде всего, влияет:

- значительное количество в структуре исполненных случаев «коротких» (например, МБУЗ «МДГКБ») и «прерванных» случаев лечения;
- перевыполнение объемов помощи с низким уровнем затрат (например, МБУЗ «МГКБСМП» по терапевтическому КСГ «Болезни глаза»);
- значительные объемы помощи выполняются без утвержденных плановых показателей (например, ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ» по КСГ «Дорсопатии, спондилопатии, переломы позвоночника» исполнено 161 случаев лечения).

Некорректное планирование заболеваний по КСГ в медицинских организациях связано с отсутствием достаточного опыта работы с системой КСГ заболеваний и накопленных объективных данных.

13. Тарифы по отдельным видам стационарной помощи, исключенным из числа, оплачиваемых по системе КСГ заболеваний, сформированы в соответствии федеральными нормативами согласно письму Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388.

14. Порядок информационного взаимодействия, утвержденным приказом ТФОМС Мурманской области от 04.12.2014 № 266 (с изменениями) и разработанный с учетом приказа Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79, а также программа автоматического приема реестров от медицинских организаций позволяют обеспечить ТФОМС Мурманской области текущий контроль за соответствием фактической оплаты установленным способам оплаты медицинской помощи на этапе приема сведений от медицинских организаций.

15. Изменения с 2015 года способов оплаты медицинской помощи, оказанной на территории Мурманской области, выявили ряд их преимуществ и недостатков. Так к положительной стороне можно отнести:

- единый подход в методике расчета базовых ставок и дифференцируемых коэффициентов, создание равных финансовых условий для медицинских организаций одного вида. На всех уровнях оказания медицинской помощи обеспечивается единообразие оплаты за счет единой нормативной базы, вводящей для всех регионов России единые принципы тарифной политики и единые методы оплаты медицинской помощи;
- предсказуемость ожидаемых объемов финансирования и стабильную оплату помощи в рамках планового задания для медицинских организаций, обеспечение справедливой системы оплаты стационарной помощи с учетом сложности оказания помощи по соответствующему профилю заболевания;
- распределение ресурсов медицинской организации в зависимости от выполняемых объемов позволяет медицинской организации спланировать предстоящие расходы, что обеспечивает финансовую стабильность работы медицинской организации;

Основными недостатками установленных способов оплаты медицинской помощи являются:

– гарантированное финансирование вне зависимости от исполнения объемов помощи, риск сокращения объемов помощи и соответственно доступности медицинской помощи;

– риск финансовой неустойчивости, как для основного страховщика – ТФОМС Мурманской области (в случае перевыполнения медицинскими организациями объемов помощи, например стационарной), так и для отдельных медицинских организаций с характерными особенностями, влияющими на увеличение стоимости случая лечения (например, ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» по скорой медицинской помощи), в условиях отсутствия дополнительных резервов их финансового обеспечения по средствам ОМС;

– во избежание финансовых потерь приоритетной целью для медицинских организаций становится получение планового объема финансирования, что влечет отсутствие заинтересованности направления пациентов на диагностические исследования при оказании медицинской организацией амбулаторной помощи, при оказании стационарной помощи - риск манипулирования диагнозами пациентов в сторону обращения к КСГ, имеющим большую стоимость.

Предложения

Направить настоящий отчет в Мурманскую областную Думу, в ТФОМС Мурманской области.

Аудитор
Контрольно-счетной палаты
Мурманской области

Н.В. Климова