



2021

Отчет

Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия
«Анализ эффективности
функционирования
системы обязательного
медицинского страхования
в Российской Федерации»

Утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 30 марта 2021 года



Ключевые итоги экспертно-аналитического мероприятия

Цель

Оценить эффективность системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

Итоги проверки

В целях оценки эффективности системы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) были разработаны критерии эффективности, основанные на принципах обязательного медицинского страхования, предусмотренных Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», по которым производилась как оценка всей системы ОМС, так и отдельных ее элементов.

Анализ устойчивости финансовой системы ОМС выявил неполную обеспеченность потребности в финансовых ресурсах на оплату сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС.

Имеются недостатки и в эффективности организации финансирования. Средства нормированного страхового запаса используются на нестраховые цели. Неурегулированность отдельных аспектов в части тарифной политики приводит к значительной дифференциации тарифов на идентичные медицинские услуги в субъектах Российской Федерации. Недостатки механизмов финансового обеспечения оказанной медицинской помощи по межтерриториальным расчетам в том числе приводят к росту задолженности в субъектах Российской Федерации, в составе комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования слабо представлены негосударственные медицинские организации, а правила работы указанных комиссий по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями недостаточно конкретны, что приводит к рискам неэффективного распределения объемов.

При отсутствии достаточного уровня финансового обеспечения отдельных тарифов на оплату оказанной медицинской помощи, применяемые способы оплаты не могут проявить все заложенные в них мотивационные инструменты повышения эффективности работы медицинских организаций.

Имеются ограничения по участию частных медицинских организаций в системе ОМС, в том числе связанные с недостаточно прозрачным порядком распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

Выявлены недостатки в организации работы страховых медицинских организаций (далее – СМО) в части проведения медицинских экспертиз и информационного сопровождения застрахованных лиц. Кроме того, объемы расходов на ведение дела СМО не связаны с оценками результативности их деятельности.

Выводы

Проведенным анализом с учетом сводной оценки по критериям эффективности системы ОМС установлено, что российская система ОМС функционирует недостаточно эффективно.

Полный текст выводов приводится в соответствующем разделе отчета.

Предложения Счетной палаты Российской Федерации

Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, а также заинтересованными федеральными органами исполнительной власти:

- обеспечить полноту системы стандартов оказания медицинской помощи, используемых при формировании тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- пересмотреть порядок нормативно-правового регулирования и использования нормированного страхового запаса Фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов ОМС для обеспечения его использования исключительно на цели финансовой устойчивости ОМС;
- провести анализ формирования сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС в рамках реализации ТПОМС и по итогам разработать предложения по урегулированию данного вопроса, в том числе предусмотрев механизмы распределения финансовой ответственности за сверхплановые объемы медицинской помощи;
- внести изменения в Правила ОМС в механизм распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;
- содействовать принятию клинических рекомендаций по всем заболеваниям (группам заболеваний), входящим в базовую программу ОМС;
- рассмотреть возможность проведения мониторинга затрат в разрезе статей расходов по наиболее востребованным медицинским услугам, в целях повышения обоснованности формирования тарифов в ОМС;

- разработать методологию планирования объемов межтерриториальной помощи, предусматривающую, в том числе перечень информации, необходимой для полной достоверной оценки медицинской помощи, оказанной вне территории страхования; усилить контроль ФОМС за планированием и осуществлением межтерриториальных расчетов в системе ОМС;
- установить целевые показатели оценки деятельности страховых медицинских организаций и обеспечить поэтапное внедрение механизмов, корректирующих объем собственных средств СМО с учетом достижения целевых показателей доступности и качества медицинской помощи;
- усовершенствовать методическое обеспечение экспертизы качества плановой медицинской помощи в системе ОМС, обеспечив возможность ее проведения на основе современных информационных технологий контроля своевременности, объемов и качества медицинской помощи.

Полный текст предложений (рекомендаций) приводится в соответствующем разделе отчета.

1. Основание для проведения экспертно-аналитического мероприятия

Пункт 3.21.0.8 Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2021 год (переходящее из Плана работы Счетной палаты Российской Федерации на 2020 год, пункт 3.1.0.20).

2. Предмет экспертно-аналитического мероприятия

Нормативные правовые акты и распорядительные документы, регламентирующие организацию формирования и использования бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд, ФОМС), порядок организации деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС), а также документы, регламентирующие финансирование в сфере обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), оценку результативности и эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования.

3. Цели экспертно-аналитического мероприятия

3.1. Цель 1. Провести сравнительный анализ показателей, влияющих на сохранение и улучшение здоровья населения, в Российской Федерации и в странах с разными моделями финансирования здравоохранения.

3.2. Цель 2. Проанализировать нормативно-правовое регулирование системы ОМС.

3.3. Цель 3. Проанализировать формирование бюджетов ФОМС и ТФОМС.

3.4. Цель 4. Проанализировать организацию системы ОМС.

3.5. Цель 5. Оценить защиту прав застрахованных в системе ОМС.

3.6. Цель 6. Проанализировать систему управления ОМС, в том числе расходы на выполнение функций органов управления.

3.7. Цель 7. Оценить формы и результаты участия системы ОМС в проведении мероприятий в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19).

4. Объекты экспертно-аналитического мероприятия

- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (г. Москва) (по запросу).
- Территориальные фонды обязательного медицинского страхования (по запросу).
- Иные органы и организации (по запросу).

5. Исследуемый период

2018–2019 годы и истекший период 2020 года.

6. Сроки проведения экспертно-аналитического мероприятия

С 15 июля 2020 года по 31 января 2021 года.

7. Результаты экспертно-аналитического мероприятия

Для получения сводной оценки эффективности российской системы ОМС были сформированы критерии, которые соответствуют принципам осуществления ОМС¹.

«Устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования», в том числе:

- устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами ОМС;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС;
- формирование и оплата сверхплановых объемов медицинской помощи.

«Организация финансирования», в том числе:

- выравнивание финансовых ресурсов на реализацию территориальных программ ОМС между субъектами Российской Федерации (далее – субъекты РФ);
- полнота учета факторов стоимости оказания медицинской помощи при формировании тарифов на оплату медицинской помощи;
- прозрачность правил распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;

1. Статья 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

- финансовое обеспечение медицинской помощи застрахованным за пределами региона их проживания.

«Обеспечение гарантий граждан в получении бесплатной медицинской помощи», в том числе:

- обеспечение равных возможностей застрахованных лиц в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС на условиях базовой программы ОМС.

«Создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования», в том числе:

- влияние способов оплаты медицинской помощи на повышение ее доступности и качества;
- проведение экспертизы качества медицинской помощи;
- информированность застрахованных о своих правах и обязанностях;
- осуществление досудебной и судебной защиты прав застрахованных.

«Качество управления», в том числе:

- развитость механизмов координации и взаимодействия субъектов и участников системы ОМС;
- влияние инструментов определения расходов на качество выполнения функций органов управления;
- влияние СМО на эффективность использования ресурсов;
- заинтересованность субъектов и участников ОМС в повышении эффективности;
- внедрение информационных технологий в управление системой ОМС;
- полнота нормативно-правового регулирования.

«Паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования», в том числе:

- паритетность представительства субъектов и участников ОМС в Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Оценка эффективности системы ОМС по каждому из критериев характеризует уровень реализации соответствующего принципа осуществления ОМС.

Оценки сформированы на основе представленных ниже результатов достижения целей экспертно-аналитического мероприятия и приведены в приложении № 7.3.

В соответствии со Стратегией национальной безопасности Российской Федерации² одним из факторов, негативно влияющих на национальную безопасность в сфере охраны здоровья граждан, является несовершенство действующей системы медицинского страхования. В целях противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан необходимо обеспечивать выполнение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, повышение финансовой устойчивости системы ОМС и завершение ее перехода на страховые принципы.

Совершенствование организации управления ОМС, обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС на основе единых принципов и нормативов и формирование системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС названы в пунктах 31 и 32 Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года³ приоритетными направлениями развития здравоохранения в Российской Федерации.

Президентом Российской Федерации В.В. Путиным в Послании Федеральному Собранию от 3 декабря 2015 года указано на переход российского здравоохранения на страховые принципы.

В связи со стратегической важностью поддержания управления системой ОМС на высоком качественном уровне представляется актуальным оценить эффективность функционирования системы ОМС.

Для достижения этой цели в настоящем экспертно-аналитическом мероприятии последовательно решаются задачи установления качественных и количественных показателей результативности деятельности структурных и функциональных компонентов системы ОМС и выявления резервов ее развития.

7.1. Сравнительный анализ показателей, влияющих на сохранение и улучшение здоровья населения, в Российской Федерации и в странах с разными моделями финансирования здравоохранения

7.1.1. Для сравнительного анализа результативности моделей финансирования здравоохранения были использованы данные по 31 зарубежной стране.

Критерии выбора стран были обусловлены их принадлежностью к странам с развитой экономикой по классификации Всемирного банка (82 страны в 2019 году), а также наличием сравнимого набора статистически значимых данных об организации системы здравоохранения. В результате в группе сравнения представлена 31 страна, из которых 14 стран преимущественно финансируются по бюджетной схеме и 17 стран – преимущественно по системе ОМС.

Сравнительный анализ влияния бюджетной и страховой систем финансирования здравоохранения на соотношение медицинской помощи в амбулаторных

-
2. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 31 декабря 2015 г. № 683 (пункты 73 и 75) (далее – Стратегия национальной безопасности).
 3. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254.

и стационарных условиях, интенсивность лечебного процесса в стационарах, масштабы медицинской профилактики показал следующее.

В странах с бюджетной системой финансирования здравоохранения наблюдается несколько более низкий уровень потребления амбулаторной и стационарной помощи, числа врачебных посещений на душу населения, выписанных из стационаров больных на 1 000 населения.

Как показывает статистика, в странах с бюджетной системой финансирования здравоохранения профилактические мероприятия, измеряемые уровнем охвата соответствующих групп населения программами скрининга на отдельные виды онкологических заболеваний (рак молочной железы, рак шейки матки), имеют несколько более широкое внедрение.

Страны с бюджетной системой финансирования демонстрируют более высокий уровень эффективности работы стационаров. В этих странах по сравнению со странами со страховой моделью несколько меньшая средняя продолжительность госпитализации.

Данные о потреблении амбулаторной помощи по Российской Федерации, представленные в базе данных Организации экономического сотрудничества и развития (далее – ОЭСР), свидетельствуют, что по этому показателю Россия превосходит любую из стран с бюджетной системой финансирования и находится на уровне выше среднего для стран с ОМС.

По показателю подушевого числа врачебных посещений Россия находится на уровне Германии и Литвы. В Российской Федерации число выписанных из стационаров пациентов на 1 000 населения выше, чем в любой стране из группы стран с бюджетной моделью финансирования. Этот показатель в России является одним из самых высоких в группе стран с системой ОМС.

Обеспеченность населения койками в Российской Федерации выше, чем в любой из рассматриваемых стран с бюджетной системой. Среди стран с системой ОМС Россия по обеспеченности населения койками относится к странам с наиболее высокими значениями этого показателя.

По показателям охвата детей основными видами прививок, входящих в Национальный календарь прививок, существенных различий по группам стран с разными моделями финансирования не наблюдается. По этим показателям Российская Федерация находится среди стран с высокими показателями охвата детей профилактическими прививками.

Показатель средней продолжительности госпитализации в Российской Федерации выше, чем в любой из рассматриваемых стран с бюджетной системой, и является одним из самых высоких в группе стран с системой ОМС.

7.1.2. Анализ данных о доступности медицинской помощи показал, что временная доступность плановой стационарной помощи и помощи узких медицинских специалистов в странах с системой ОМС незначительно выше, чем в странах с бюджетной системой финансирования. Временная доступность врачей первичного звена, по мнению населения, одинакова в обеих рассматриваемых группах стран.

В то же время анализ данных о сроках ожидания и временной доступности отдельных видов медицинской помощи (например, хирургического лечения по поводу катаракты, замена тазобедренного сустава, замена коленного сустава) показал, что в странах с бюджетной системой финансирования здравоохранения временная доступность незначительно выше, чем в странах с системой ОМС.

7.1.3. Проведенный сравнительный анализ смертности населения и ожидаемой продолжительности жизни (в целом и по группам населения) установил, что в странах с системой ОМС ожидаемая продолжительность жизни при рождении (далее – ОПЖ) незначительно выше, чем в странах с бюджетной системой финансирования здравоохранения.

Доля преждевременной предотвращаемой смертности в общей смертности несколько выше в странах с бюджетной системой.

Во всех рассматриваемых странах к основным причинам смертности (на которые приходится 60 и более процентов смертей) в странах с развитой экономикой относятся онкологические заболевания, болезни системы кровообращения и болезни органов дыхания. Структура смертности по причинам в России существенно отличается от структуры в развитых странах. Первые три места в структуре смертности здесь занимают болезни системы кровообращения, онкологические заболевания и внешние причины, болезни органов дыхания находятся на пятом месте.

Показатель младенческой смертности в странах с бюджетной системой здравоохранения незначительно выше, чем в странах с системой ОМС.

Объемы финансирования здравоохранения, определяемые в процентах от ВВП, в странах с системой ОМС в целом выше, чем в странах с бюджетной системой финансирования отрасли.

В Российской Федерации расходы на здравоохранение, в том числе государственные расходы, находятся на самом низком уровне среди всех рассматриваемых стран, доля внебюджетных расходов является самой высокой среди всех рассматриваемых стран, превосходя максимальные значения этого показателя как по группе стран с бюджетной моделью, так и по группе стран со страховой моделью. Это объясняется, прежде всего, тем, что практически во всех рассматриваемых странах лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении входит в программы государственных гарантий по предоставлению медицинской помощи. При этом в большинстве стран при предоставлении лекарственного обеспечения используются различные системы со-платежей граждан (застрахованных лиц).

7.1.4. Основные характеристики функционирования систем здравоохранения, использующих разные модели финансирования, лишь незначительно различаются: по одним характеристикам – страны с бюджетной системой функционируют незначительно лучше (распространенность отдельных видов профилактики, временная доступность отдельных медицинских вмешательств и др.), по другим – незначительно хуже (например, незначительно более низкая временная доступность плановой стационарной помощи и консультаций узких специалистов, несколько более высокая доля преждевременной смертности в общей смертности).

Более значимым отличием является уровень финансирования здравоохранения. В странах со страховой моделью уровень финансирования отрасли выше, чем в странах с бюджетной системой, что объясняется в большей степени наличием отдельного источника финансирования. Уровень административных расходов в странах с ОМС также выше, чем в странах с бюджетной моделью.

Необходимость перехода системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации на страховые принципы закреплена в документах стратегического планирования.

Так, согласно пункту 75 Раздела IV Стратегии национальной безопасности Российской Федерации в целях противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан органы государственной власти и органы местного самоуправления во взаимодействии с институтами гражданского общества обеспечивают выполнение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, повышение финансовой устойчивости системы ОМС и завершение ее перехода на страховые принципы.

Стратегией развития страховой деятельности в Российской Федерации до 2020 года⁴ в целях совершенствования регулирования обязательных видов страхования определена необходимость:

- перехода к государственному регулированию минимальных и максимальных значений страховых тарифов;
- выработки порядка осуществления мониторинга применяемых страховых тарифов, их обоснованности и доведения его результатов до общественности;
- совершенствования законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, в том числе с учетом анализа возможности поэтапного перехода системы ОМС на принципы конкурентной (рисковой) модели, повышения роли страховых медицинских организаций, а также обеспечения взаимодействия систем ОМС и добровольного медицинского страхования, представляющего дополнительную страховую защиту.

Необходимость ОМС и иных видов страхования, имеющих социальную направленность и дополняющих системы обязательного социального страхования и социального обеспечения, отмечена и в Концепции развития страхования в Российской Федерации⁵.

Под страховыми принципами понимаются требования, которым должна отвечать система страхования (отношения между страхователями, страховщиками и застрахованными) для ее устойчивого и эффективного функционирования.

Основные принципы осуществления ОМС закреплены статьей 4 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ).

4. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 июля 2013 г. № 1293-р.

5. Одобрена распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 сентября 2002 г. № 1361-р.

В частности, для реализации такого принципа как финансовая устойчивость системы ОМС необходимо, чтобы:

- обязательства страховщика по страховому возмещению были сбалансированы с размерами страховых взносов, которые устанавливаются на основе актуарной оценки затрат на оказание медицинской помощи застрахованным. Это требование в российской системе ОМС выполняется частично. Ежегодно при планировании бюджета системы ОМС производится балансировка стоимости выполнения базовой программы ОМС с размерами страховых взносов на ОМС. Но последние определяются не столько актуарной оценкой будущих расходов страховщика на покрытие затрат на оказание медицинской помощи застрахованным, сколько решениями о допустимости увеличения налоговой нагрузки на работодателей, которые должны платить взносы на ОМС работающих, и возможности роста взносов на ОМС неработающих из бюджетной системы;
- обязательства страховых медицинских организаций по покрытию затрат на оказание медицинской помощи застрахованным были стабильными и сбалансированными с размерами средств, которые СМО получают из фондов ОМС, аккумулирующих взносы страхователей. В текущих условиях пока не удастся полностью обеспечить такую стабильность и сбалансированность. Финансовые параметры системы ОМС (размер подушевого финансирования СМО, объемы медицинской помощи, доводимые медицинским организациям, и прочее) не являются стабильными в течение года, а корректируются административными решениями в зависимости от изменений текущей ситуации (политической, экономической, социальной). Это ограничивает предсказуемость доходов и расходов СМО, следовательно, и их возможности нести финансовые риски.

Не соблюдается в полной мере в текущих условиях разделение обязательств и финансовых рисков между субъектами, выполняющими функции страховщика (фондами ОМС и СМО), под которым понимается полная финансовая ответственность (в том числе за счет собственных средств) за покрытие затрат, являющихся предметом его обязательств перед страхователем, которая не может быть разделена с другими субъектами (страхователем, застрахованными) после наступления страхового случая. СМО используют для оплаты медицинской помощи застрахованным средства, получаемые из территориального фонда ОМС, рассчитанные на основе дифференцированного подушевого норматива, в случае наличия расходов сверх полученных из ТФОМС средств, СМО должны обращаться в территориальный фонд ОМС за получением средств для покрытия фактических расходов на медицинскую помощь. Получение средств установлено на законодательном уровне в едином размере, механизм расчета расходов на ведение дела по ОМС в диапазоне, предусмотренном законом о бюджете на соответствующий год не установлен, в связи с чем размер средств определяется административным решением руководства территориального фонда ОМС.

Реализация страховых принципов по своей природе предполагает четко определенные (в первую очередь законодательно), стабильные правила взаимодействия участников системы финансирования, работающие слаженно в любых условиях. Недостаточная

реализация страховых принципов и, соответственно, недостаток страховых институтов в российской системе ОМС замещается практиками административного управления движением финансовых средств, для которых характерны индивидуальные для каждого случая, меняющиеся во времени, зачастую неформализуемые правила распределения финансовых средств и контроля за их использованием.

Это противоречие сложившейся системы ОМС лежит в основе целого ряда проблем ее функционирования, из которых:

- недостаточность у участников системы ОМС мотивации для действий, обеспечивающих повышение ее эффективности;
- нестабильность финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций;
- слабая нацеленность планирования и распределения объемов медицинской помощи на решение задач повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов;
- слабое обоснование тарифов на медицинскую помощь, их чрезмерная индивидуализация;
- сохранение препятствий для участия частных медицинских организаций в системе ОМС;
- недостаточные основания для конкуренции страховых медицинских организаций.

7.2. Анализ нормативно-правового регулирования системы ОМС⁶

7.2.1. Особенности нормативно-правового регулирования системы ОМС установлены Федеральным законом № 326-ФЗ.

Несмотря на принятие данного Федерального закона еще в 2010 году, до настоящего времени не принят федеральный закон о государственных социальных фондах, которым в соответствии с частью 13 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ должно быть определено правовое положение федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением⁷. В соответствии с пунктом 1 Типового положения о территориальном фонде ОМС территориальный фонд ОМС является некоммерческой организацией, созданной субъектом РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территории субъекта РФ⁸. В Типовое положение о территориальном фонде ОМС изменения не вносились

-
6. Подробный анализ нормативно-правового регулирования правоотношений в сфере ОМС на федеральном и региональном уровнях представлен в приложении № 2.
 7. Устав Фонда (пункт 3) утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 г. № 857.
 8. Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 января 2011 г. № 15н.

с 2013 года, что создает предпосылки утраты актуальности действующего нормативного регулирования организационно-правовой формы и статуса территориальных фондов ОМС⁹.

Минздравом России не утвержден порядок реализации Минздравом России контроля за эффективностью и качеством осуществления переданных полномочий в сфере ОМС, обязанность по принятию которого установлена частью 3 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ.

Проведенным анализом выявлен ряд требующих нормативного урегулирования практически значимых вопросов организации деятельности системы ОМС, нормативное регулирование которых является недостаточным. К таким вопросам относятся: использование нормированного страхового запаса (далее – НСЗ), распределение плановых объемов медицинской помощи между медицинскими организациями. Так, информационными письмами и методическими указаниями устанавливаются в отношении участников ОМС требования, обязательные для исполнения, а также регулируются отдельные вопросы, требующие нормативно-правового регулирования.

7.2.2. Основными законодательными и нормативными правовыми актами в сфере ОМС, принимаемыми в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ на уровне субъекта РФ, являются законы субъектов РФ о бюджете территориальных фондов ОМС и об их исполнении, положения о ТФОМС и территориальные программы ОМС, соответствующие единым требованиям базовой программы ОМС.

Также на уровне субъекта РФ на основании статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ заключается тарифное соглашение между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями.

Сплошной анализ законов о бюджете ТФОМС субъектов РФ на 2020 год и плановый период 2021 и 2022 годов показал, что в ряде субъектов РФ не установлен вид дохода «Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, зачисляемые в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования». Отмечается, что в нормативных правовых актах, принимаемых на уровне субъектов РФ, нормативного закрепления критериев эффективности исполнения обязательств субъекта РФ при осуществлении переданных полномочий в сфере ОМС не содержится.

Приказом Минздрава России от 5 сентября 2016 г. № 654н «Об утверждении Порядка осуществления надзора за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам переданных полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» установлена необходимость осуществления контроля за содержанием

9. Так, в Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях», который регулирует правовой статус ТФОМС как некоммерческих организаций, с 2013 года по состоянию на момент проведения экспертно-аналитического мероприятия изменения вносились более чем 35 федеральными законами.

и порядком реализации нормативных правовых актов субъектов РФ в сфере ОМС. Вместе с тем нормативные правовые акты не содержат критериев применения определенных мер ответственности за конкретные нарушения в регулируемой сфере.

7.3. Анализ формирования бюджетов ФОМС и ТФОМС

7.3.1. Порядок исчисления и уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения, облагаемая база для их начисления, размер тарифа, сроки уплаты страховых взносов регулируются Налоговым кодексом Российской Федерации (далее – Налоговый кодекс)¹⁰.

Ключевым показателем, определяющим ежегодный рост поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения, является фонд заработной платы работников организаций, который является основой для расчета страховых взносов на ОМС работающего населения и ежегодно предоставляется в составе основных параметров прогноза социально-экономического развития Российской Федерации Министерством экономического развития Российской Федерации.

В 2018 году поступления страховых взносов на ОМС работающего населения составили 1 200 574,92 млн рублей. Задолженность по уплате взносов на ОМС работающего населения на 1 января 2018 г. составляла 73 956 583 тыс. рублей.

В 2019 году численность застрахованного по ОМС работающего населения составила 65 055 139 человек. Задолженность по уплате взносов на ОМС работающего населения на 1 января 2019 г. составляла 69 569 453 тыс. рублей.

По информации ФНС России, совокупная задолженность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, а также по пеням и штрафам, зачисляемым в бюджет Фонда, на 1 января 2020 г. составила 71 361,7 млн рублей, при этом 53,9 % приходится на задолженность, образованную до 1 января 2017 года, когда администратором страховых взносов на ОМС являлся Пенсионный фонд Российской Федерации¹¹. За первое полугодие 2020 года указанная задолженность увеличилась на 20,2 %.

В период с 2017 по 2019 год наибольшая доля задолженности ежегодно приходится на следующие регионы: г. Москва, Московская область, г. Санкт-Петербург, Краснодарский край, Свердловская область.

Согласно предварительным данным Федеральной налоговой службы, совокупная задолженность по уплате страховых взносов на ОМС работающего населения, а также по пеням и штрафам, зачисляемым в бюджет Фонда, на 1 января 2021 года составила 76 886,7 млн рублей. С начала 2020 года указанная задолженность увеличилась на 5 525,0 млн рублей, или на 7,7 %. При этом за 12 месяцев 2020 года налоговыми органами обеспечено снижение объемов совокупной задолженности по страховым взносам на ОМС работающего населения за расчетные периоды до 1 января 2017 года на 5 642,1 млн рублей, или на 14,7 %.

10. Анализ собираемости страховых взносов на ОМС работающего населения приведен в приложении № 3.1.

11. Сведения о задолженности по страховым взносам на ОМС работающего населения в бюджетную систему Российской Федерации за 2017, 2018 и 2019 годы представлены в таблице № 3.1.6 приложения № 3.1.

Из общей суммы задолженности по состоянию на 1 января 2021 года 42,7% составляет задолженность, образовавшаяся до 1 января 2017 года, когда администратором страховых взносов на ОМС являлся Пенсионный фонд Российской Федерации.

Немаловажным фактом для учета в анализе эффективности администрирования доходов системы ОМС из взносов на ОМС работающего населения является сравнительный размер указанного взноса на ОМС в Российской Федерации (5,1%) на фоне размеров таких взносов других стран ОЭСР и некоторых иных европейских стран, подробный анализ которого представлен в приложении № 3.1.

Наличие различных ставок тарифа взноса на ОМС для различных категорий плательщиков взноса на ОМС работающего населения приводит к уменьшению доходов за счет установления взносов на ОМС в фиксированном размере для отдельных категорий работающих, не производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам в соответствии с нормами статьи 419 Налогового кодекса. При этом следует учитывать, что если выпадающие доходы ФОМС, образующиеся за счет установления льготных ставок отдельным категориям страхователей, компенсируются бюджету ФОМС из федерального бюджета в соответствии с Федеральным законом от 16 июля 1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования», то выпадающие доходы, образующиеся в связи с уплатой взносов на ОМС работающего населения в фиксированном размере адвокатами, нотариусами, медиаторами и иными категориями плательщиков в соответствии с нормами статьи 419 Налогового кодекса, компенсации не подлежат.

Применение Методики распределения субвенций¹² в целом обеспечивает соответствие расчета и распределения объемов субвенций требованиям законодательства об ОМС, однако применяемые коэффициенты дифференциации не позволяют объективно учесть все особенности субъектов РФ.

Значения отдельных составляющих коэффициента дифференциации не в полной мере соответствуют фактической структуре расходов средств ОМС: доля оплаты труда с начислениями в расходах составляет 68,9%, в то время как значение данного фактора при расчете коэффициента дифференциации – 73%; доля расходов на оплату ЖКХ и содержание имущества составляет 5%, а значение данного фактора в формуле для расчета коэффициента дифференциации – 5,9%.

При расчете одной из составляющих коэффициента дифференциации – коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг (P_i) – учитывается значительное число неценовых факторов (плотность транспортных путей постоянного действия; доля сельских населенных пунктов, не имеющих постоянной транспортной связи; доля населения, проживающего в населенных пунктах < 500 человек; доля населения, проживающего в отдаленных районах; доля населения нетрудоспособного возраста и др.). Одновременно ряд используемых в формуле неценовых коэффициентов

12. Методика распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462.

не имеют отношения к системе здравоохранения (например, покрытие расходов на ЖКХ денежными доходами населения).

Текущая методика расчета коэффициента дифференциации не учитывает разницу в стоимости лекарственного обеспечения, занимающего значимую долю в затратах средств ОМС, а также стоимость оказания медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов. Отток пациентов из регионов с низкой стоимостью медицинской помощи в регионы с высокой стоимостью приводит к существенной разбалансировке финансового обеспечения территориальных программ ОМС ряда субъектов РФ (Владимирской, Рязанской, Тульской, Ленинградской областей, республик Дагестан, Чечня и др.).

В соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации от 12 декабря 2020 года по вопросам совершенствования системы ОМС Правительству Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона от 8 декабря 2020 г. № 430-ФЗ¹³ поручено обеспечить ежегодное увеличение по сравнению с 2020 годом размера субвенций, направляемых в период с 2021 по 2023 год из бюджета Фонда бюджетам территориальных фондов ОМС, исключив увеличение финансирования федеральных медицинских организаций за счёт средств указанных субвенций.

Ежегодный рост размера субвенций, направляемых в период с 2021 по 2023 год по сравнению с 2020 годом, с учетом корректировки методики распределения субвенции, предложенной по результатам ранее проведенного Счетной палатой Российской Федерации экспертно-аналитического мероприятия¹⁴, будет способствовать более справедливому распределению финансирования на реализацию территориальных программ ОМС.

7.3.2. Федеральным законом № 326-ФЗ установлены единые требования к субъектам РФ по определению объема страховых взносов на ОМС неработающего населения, поступающих в бюджет Фонда в размере, рассчитанном в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Согласно статье 23 Федерального закона № 326-ФЗ годовой объем бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом субъекта РФ на ОМС неработающего населения, не может быть меньше произведения численности неработающих застрахованных лиц в субъекте РФ на 1 апреля года, предшествующего очередному, и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения.

-
13. «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
 14. «Анализ распределения, предоставления и расходования субвенций, предоставляемых из бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, а также оценка влияния особенностей субъектов Российской Федерации на размер выделяемой субвенции», протокол заседания Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 2 февраля 2021 г. № 5К (1448).

Согласно Федеральному закону 354-ФЗ¹⁵ установлен тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в размере 18 864,6 рубля.

В соответствии с изменениями законодательства на 2019 год размер страховых взносов на ОМС неработающего населения в субъектах РФ определялся как произведение численности неработающих застрахованных лиц в субъекте РФ на 1 января 2018 года и тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения, установленного Федеральным законом № 354-ФЗ, с учетом коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, установленных Федеральным законом № 433-ФЗ¹⁶.

Численность лиц, застрахованных по ОМС, по состоянию на 1 января 2018 года составила 146,3 млн человек, из них: работающих – 66,4 млн человек (45,4 % от общей численности застрахованных), неработающих – 79,9 млн человек (54,6 %).

Объем поступлений в бюджет Фонда страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2018 и 2019 годах составил 661,6 и 720,1 млрд рублей соответственно. Указанные суммы включают в себя страховые взносы и пени по страховым взносам на ОМС неработающего населения.

При этом тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения значительно ниже размера взносов, уплачиваемых за работающих граждан (более чем в 2 раза), и ниже подушевого норматива финансирования базовой программы ОМС.

Анализ доли расходов на уплату взносов на ОМС неработающего населения в общем объеме расходов регионов по данным об исполнении консолидированных бюджетов регионов на примере 2019 года представлен в приложении № 3.2.

По состоянию на 1 января 2019 года у страхователей для неработающих граждан перед бюджетом Фонда числилась задолженность по страховым взносам на ОМС неработающего населения, пеням и штрафам на общую сумму 1,8 млрд рублей, по состоянию на 1 января 2020 года – 1,5 млрд рублей.

Основная доля указанной задолженности сложилась в период с 1993 по 2001 год в 10 субъектах РФ и является безнадежной к взысканию, сроки исковой давности по ее взысканию в судебном порядке истекли.

В целях упорядочения работы ТФОМС Фондом 15 августа 2019 года изданы Методические рекомендации по осуществлению территориальными фондами ОМС администрирования доходов бюджета ФОМС, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения.

В части своевременности перечисления страховых взносов на неработающее население отмечаются случаи нарушения установленных в части 6 статьи 24 Федерального закона № 326-ФЗ сроков субъектами РФ.

15. Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (далее – Федеральный закон № 354-ФЗ).

16. Федеральный закон от 28.11.2018 № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

Так, по состоянию на 1 января 2019 года объем неиспользованных субвенций в сумме 93,4 млн рублей сформировался по территориальному фонду ОМС г. Байконур, в том числе в связи с задолженностью г. Байконура по страховым взносам на ОМС неработающего населения в размере 23,5 млн рублей. В результате из бюджета ФОМС субвенции на финансовое обеспечение организации ОМС в бюджет ТФОМС г. Байконура не перечислялись.

В 2020 году также отмечаются случаи нарушения сроков перечисления взносов на неработающее население от 2 до 17 дней (Республика Ингушетия). В предыдущие периоды подобные нарушения приводили к неполному перечислению субвенции ФОМС, что создавало риски по реализации в субъектах РФ территориальных программ ОМС, неоплате оказанной медицинской помощи и формированию кредиторской задолженности по заработной плате и оплате расходов медицинских организаций, в том числе на лекарственное обеспечение¹⁷.

7.3.3. Критерием сбалансированности и достаточности средств для реализации полномочий в сфере ОМС является достаточная финансовая обеспеченность программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программа).

Таблица № 1. Показатели финансового обеспечения Программы

Наименование показателя	2018 г.	2019 г.
Объем финансирования ПГГ за счет средств ОМС, млрд руб.	2008,5	2226,8
Объем финансирования ПГГ за счет средств бюджетов субъектов РФ, млрд руб.	661,6	718,2
Показатель подушевого финансового обеспечения ПГГ за счет средств всех источников, руб.	21 091,8	23 533,3
Показатель подушевого финансового обеспечения ПГГ за счет средств ОМС, руб.	13 721,6	15 218,7*
Показатель подушевого финансового обеспечения ПГГ за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, руб.	2 865,8	3 421,9
Показатель подушевого финансового обеспечения ПГГ за счет средств бюджетов субъектов РФ, руб.	4 504,4	4 892,7

* С учетом расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу ОМС, оказываемую федеральными государственными учреждениями, и расходов на обеспечение выполнения ТФОМС своих функций в 2019 году.

В 2018 году финансирование Программы осуществлялось за счет средств ОМС и за счет средств бюджетов субъектов РФ. В 2018 году рост расходов на финансирование Программы составил: для системы ОМС – 24,2 %, для бюджетов субъектов РФ – 24,7%; в 2019 году – 37,7 и 32,1% соответственно.

17. Заключение Счетной палаты Российской Федерации по исполнению бюджета ФОМС в 2016 году.

Финансовое обеспечение средствами ОМС одного застрахованного лица в 2018 году составляло 12 759,1 рубля (на 21,6 % больше, чем в 2017 году). В 2019 году этот показатель вырос на 10,7 % и составил 14 123,9 рубля.

В 2018 году дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ по 73 субъектам РФ составил 92,4 млрд рублей¹⁸. Значительный дефицит территориальных программ сохранялся в Республике Марий Эл (62,8 % потребности), Республике Дагестан (68,9 %), Забайкальском крае (59,1 %).

В 2019 году дефицит финансового обеспечения территориальных программ за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ сократился в абсолютном выражении и по 63 субъектам РФ составил 83,3 млрд рублей.

Сохранялся значительный дефицит территориальной программы в Республике Ингушетия (69,9 % потребности), Чеченской Республике (50,2 %), Республике Марий Эл (58 %), Республике Дагестан (55,9 %).

В 2018, 2019 и 2020 годах бюджет ФОМС принимался с дефицитом.

Так, в 2018 году расходы бюджета ФОМС составили 1 988,5 млрд рублей, при доходах – 1 895,9 млрд рублей. Дефицит бюджета составил 92,6 млрд рублей.

В 2019 году расходы бюджета ФОМС составили 2 186,7 млрд рублей, доходы бюджета при этом составили 2 123,9 млрд рублей, дефицит – 62,7 млрд рублей.

Дефицит в 2018 и 2019 годах обеспечивался переходящими остатками средств ФОМС, накопленными в 2017 году.

В 2020 году общий объем расходов бюджета Фонда спрогнозирован в сумме 2 368,6 млрд рублей, прогнозируемый общий объем доходов бюджета Фонда – 2 367,2 млрд рублей. Объем дефицита бюджета Фонда установлен в сумме 1,4 млрд рублей.

Анализ бюджетов ТФОМС в 2018 и 2019 годах показал, что большинство бюджетов ТФОМС формируются с дефицитом, обеспеченным источником финансирования.

По отдельным оценкам стоимость территориальной программы ОМС не обеспечена достаточным объемом финансирования. Одной из причин данного дефицита может являться тот факт, что при расчете размера государственного финансирования территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ) бесплатного оказания медицинской помощи населению учитываются не все необходимые затраты на обеспечение ТПГГ.

Так, по оценке стоимости реализации территориальной программы ОМС на основе стандартов медицинской помощи для Воронежской области, проведенной НИУ ВШЭ¹⁹, величина потребности в увеличении стоимости Программы гражданам Российской Федерации для обеспечения ее соответствия утвержденным стандартам оказания медицинской помощи при заболеваниях составляет не менее 21 %.

18. Приложение к отчету № 7.4.

19. Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики».

Проведенный анализ ТППГ показал, что часть бюджетных ассигнований предусмотрена Программой за счет средств соответствующих бюджетов и не финансируется за счет средств ОМС. Данные средства предусмотрены на оплату медицинской помощи, не входящей в ОМС, при этом в соответствии с целями усиления страховых принципов, более четкому контролю за их доведением и экспертизой случаев оказания медицинской помощи, представляется целесообразным включение данных объемов в базовую программу ОМС.

7.3.4. К полномочиям Фонда согласно пункту 2 части 8 статьи 33 Федерального закона № 326-ФЗ относится формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС. Аналогичным полномочием, только на уровне субъекта РФ, на основании пункта 2 части 7 статьи 34 указанного Федерального закона наделены территориальные фонды ОМС.

Такие резервы формируются в соответствии со статьей 26 Федерального закона № 326-ФЗ в виде нормированного страхового запаса (далее – НСЗ) в составе расходов бюджетов Фонда и ТФОМС соответственно.

Одним из основных принципов осуществления ОМС является устойчивость финансовой системы ОМС, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС.

Согласно понятийному аппарату, установленному статьей 3 Федерального закона № 326-ФЗ, страховое обеспечение – это исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Таким образом, основной целью формирования и использования нормированного страхового запаса является направление дополнительных зарезервированных средств из бюджета соответствующего фонда ОМС в случае нехватки средств ОМС на оплату медицинской помощи, предоставляемой застрахованному лицу при наступлении страхового случая.

Вместе с тем на основании пункта 7.1 части 2 статьи 20 Федерального закона № 326-ФЗ Правительством Российской Федерации утверждены Правила использования медицинскими организациями средств НСЗ ТФОМС для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования²⁰. Кроме того, в соответствии с пунктом 7.2 указанной статьи Федерального закона предусматривается использование средств НСЗ ТФОМС для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Расходование средств НСЗ на указанные направления не обеспечивает соблюдение принципа финансовой устойчивости системы ОМС, поскольку осуществляется финансирование региональных полномочий в сфере здравоохранения субъекта

20. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2016 г. № 332.

Российской Федерации (закупка медицинского оборудования, обучение медицинских работников, оплата труда), а не обязательств по страховому обеспечению в рамках ОМС.

В отношении НСЗ территориальных фондов по состоянию на 1 января 2019 года отмечается использование средств НСЗ ТФОМС на финансовое обеспечение мероприятий в сумме 13 887 139,3 тыс. рублей, из них: остаток средств, перешедший с 2017 года на начало отчетного периода, – 5 478 157,4 тыс. рублей, поступившие средства за отчетный период – 8 408 981,9 тыс. рублей, в том числе: от страховых медицинских организаций – 7 506 406,3 тыс. рублей, от медицинских организаций – 902 575,6 тыс. рублей, использовано средств НСЗ территориальных фондов медицинскими организациями – 7 938 717,4 тыс. рублей (57,2 %).

В соответствии с утвержденными уполномоченными органами исполнительной власти субъектов РФ планами в 2018 году на реализацию мероприятий предусмотрено 11 398 363,8 тыс. рублей, из них:

- 117 896,9 тыс. рублей на дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации 18 220 медицинских работников в 1 393 медицинских организациях;
- 9 254 557,0 тыс. рублей на приобретение 8 820 единиц медицинского оборудования в 1 486 медицинских организациях;
- 2 025 910,0 тыс. рублей на проведение ремонта 1 691 единицы медицинского оборудования в 649 медицинских организациях.

По состоянию на 1 января 2020 года в НСЗ территориальных фондов сформировано средств на финансовое обеспечение мероприятий в объеме 16 784 544,9 тыс. рублей, из них: остаток средств, перешедший с 2018 года на начало отчетного периода, – 5 967 212,1 тыс. рублей, поступившие средства за отчетный период – 10 817 332,8 тыс. рублей, в том числе: от страховых медицинских организаций – 9 703 059,2 тыс. рублей, от медицинских организаций – 1 114 273,6 тыс. рублей, использовано средств НСЗ территориальных фондов медицинскими организациями в сумме 9 404 833,9 тыс. рублей (56 %).

В соответствии с утвержденными уполномоченными органами исполнительной власти субъектов РФ планами на реализацию мероприятий предусмотрено 25 697 578,3 тыс. рублей, из них:

- 207 295,8 тыс. рублей на дополнительное профессиональное образование по программам повышения квалификации 29 993 медицинских работников в 2 080 медицинских организациях;
- 10 560 785,8 тыс. рублей на приобретение 11 543 единиц медицинского оборудования в 1 680 медицинских организациях;
- 2 634 332,4 тыс. рублей на проведение ремонта 1 899 единиц медицинского оборудования в 691 медицинской организации;

- 12 295 164,3 тыс. рублей для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Ввиду недостаточности обеспечения территориальных программ ОМС, характеризующейся несоответствием тарифов утвержденным стандартам оказания медицинской помощи и ростом неоплаченных сверхплановых объемов медицинской помощи, целесообразно направить указанные средства на оплату оказанной медицинской помощи.

Доля средств НСЗ территориальных фондов ОМС, направленных на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, за 2015–2019 годы в целом по России выросла с 32,3 % в 2015 году до 34,46 % в 2019 году.

Обращение СМО за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО из НСЗ территориального фонда рассматривается территориальным фондом одновременно с отчетом СМО об использовании целевых средств.

Требование предоставления отчета, а также возможность проведения со стороны территориального фонда ОМС контрольных мероприятий в отношении СМО, приводит к тому, что СМО стараются не обращаться в территориальный фонд ОМС за дополнительными средствами. Опрос СМО показал, что на вопрос «Используют ли территориальные фонды ОМС проверки (угрозу проведения проверок) как инструмент давления на страховую медицинскую организацию?» 16 из 29 СМО (55 %) ответили утвердительно.

7.4. Анализ организации системы ОМС

7.4.1. Анализ нормативных правовых актов, регулирующих способы оплаты и формирование тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, показал следующее.

Существующее нормативно-правовое регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС обеспечивает стабильность и отсутствие системных сбоев в реализуемых практиках оплаты. Вместе с тем действующие нормативные и правовые акты не в полной мере регулируют ряд условий применения способов оплаты медицинской помощи в системе ОМС и факторов формирования тарифов на оплату.

Так, средства на базовую программу ОМС рассчитываются не на основании оценки потребности в соответствующих расходах на оказание медицинской помощи, а исходя из возможностей финансового обеспечения доходов системы ОМС, что вызывает значительное расхождение между объемом ресурсов, которые требуется учитывать при оказании медицинской помощи на основании документов, указанных в статье 37 Федерального закона № 323-ФЗ²¹, и их финансовым обеспечением.

21. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Это приводит к образованию сверх установленных ТПГГ объемов оказанной медицинской помощи медицинскими организациями.

На основе анализа данных²² о количестве, суммах исков по оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – сверхплановые объемы), установлено следующее.

В период с 2016 по 2019 год наблюдается рост как количества регионов, в которых выявляются сверхплановые объемы (на 12 %), так и денежных средств, отклоняемых как сверхплановые объемы (диаграмма 1).

Диаграмма 1

Динамика роста количества регионов со сверхобъемами

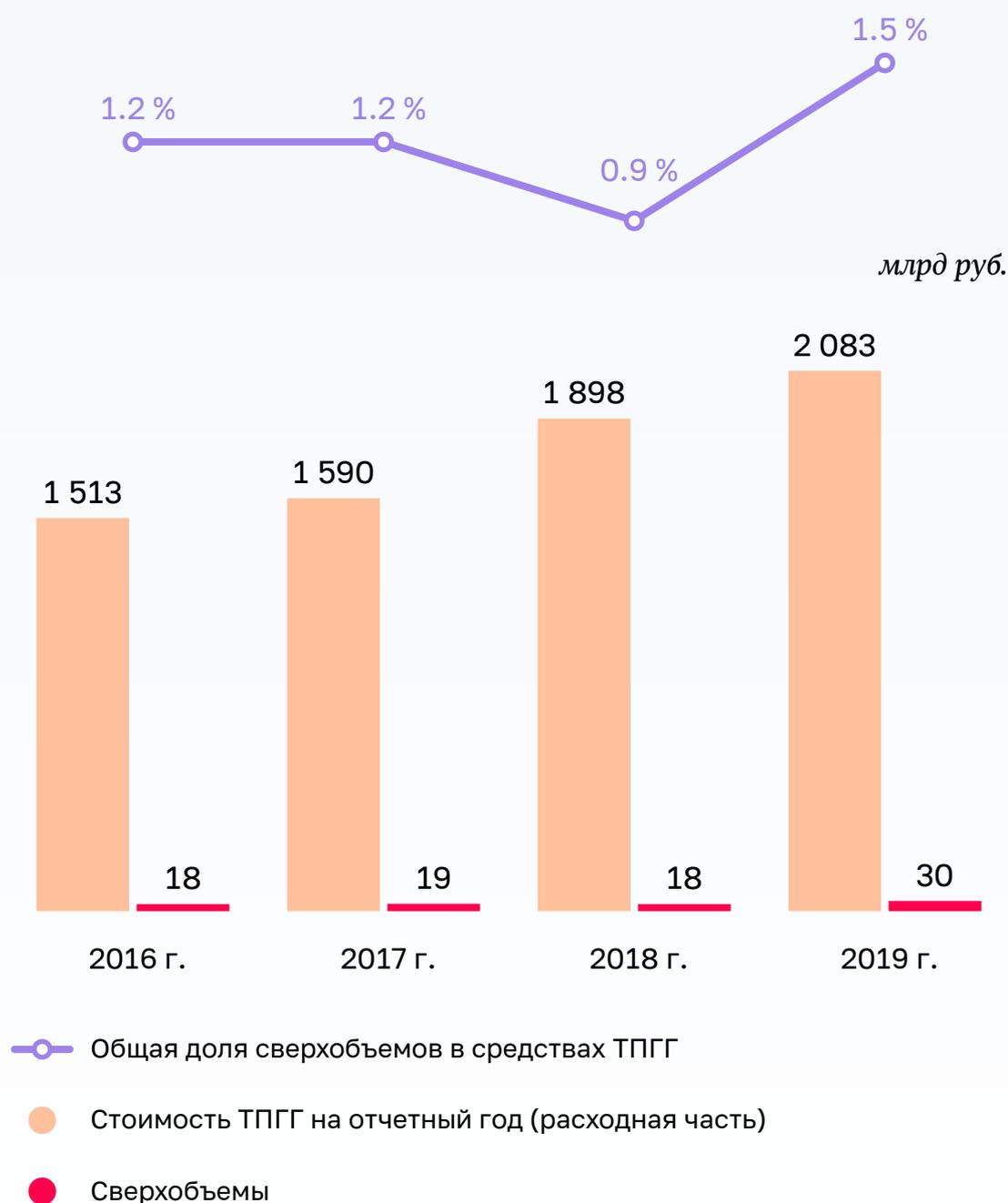


22. По данным Всероссийского союза страховщиков.

Размер сверхплановых объемов вырос как в абсолютном значении, так и в доле от размера ТПГГ субъектов РФ в части предусмотренного объема финансирования медицинской помощи по ОМС (диаграмма 2).

Диаграмма 2

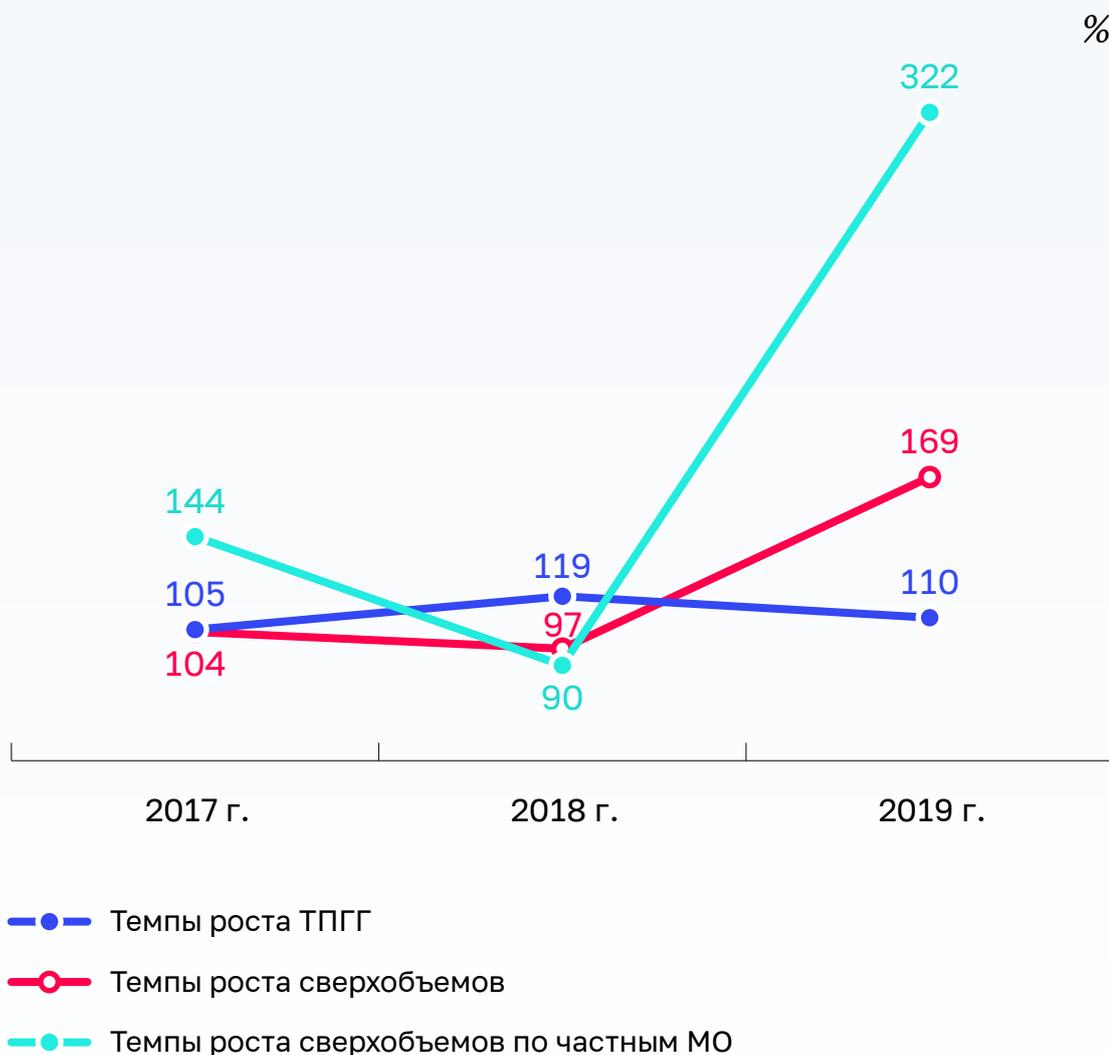
Динамика стоимости ТПГГ и сверхобъемов за 2016–2019 гг.



В частности, за 2019 год сверхплановые объемы выросли в 1,7 раза по сравнению с 2018 годом, а темп роста составил 169 %, при этом общая стоимость ТПГГ увеличилась всего на 9 % (диаграмма 3).

Диаграмма 3

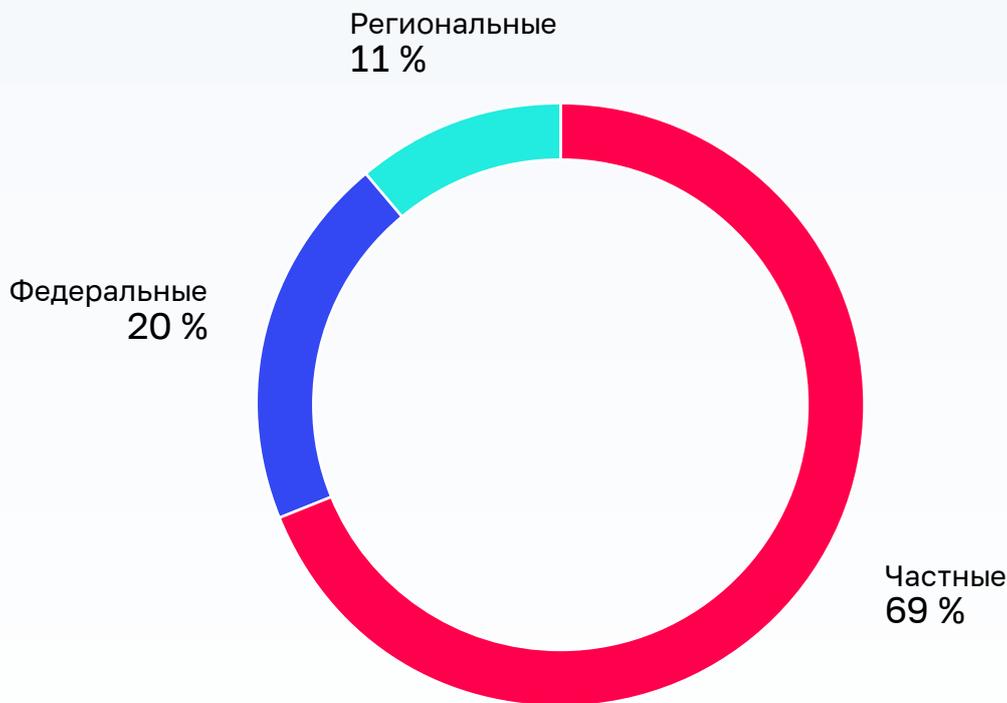
Темп роста стоимости ТПГГ и сверхобъемов в 2016–2019 годах



За период с 2016 по 2019 год объем взыскиваемых сумм по удержанным сверхплановым объемам вырос в 2,9 раза, при этом количество субъектов РФ, в которых медицинские организации обращаются в суд, выросло с 31 до 42.

По структуре обращений медицинских организаций в суды за взысканием сверхплановых объемов в период с 2016 по 2019 год наибольшая доля обращений приходится на частные медицинские организации (диаграмма 4).

Тип МО – судебных взыскателей сверхобъемов



Причинами роста сверхплановых объемов являются нехватка средств, выделяемых на обеспечение населения медицинской помощью в рамках ОМС, и увеличение количества частных медицинских организаций.

Согласно Обзору судебной практики Верховного Суда Российской Федерации в 2018 году²³ при отсутствии доказательств того, что оказанные медицинские услуги не входят в Программу ОМС, и при отсутствии фактов нарушения медицинской организацией требований, предъявляемых к предоставлению медицинской помощи, медицинские услуги, оказанные сверх объема, установленного решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, должны признаваться попадающими под страховое обеспечение по ОМС и подлежащими оплате в полном объеме в соответствии с установленными тарифами.

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

23. Обзор судебной практики Верховного Суда Российской Федерации № 4 (2018), утвержденный Президиумом Верховного Суда Российской Федерации 26 декабря 2018 г.

Анализ сведений о доле случаев оказания медицинской помощи по ОМС, не оплаченных по причине превышения утвержденных объемов медицинской помощи в территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в общем объеме оказанной медицинской помощи в 2019 году показал разнонаправленную динамику в разрезе субъектов РФ.

Так, указанный показатель варьируется от 0 до 13,9 % по амбулаторной помощи, от 0 до 8,5 % – по круглосуточному стационару и от 0 до 18,8 % – по дневному стационару. По итогам анализа было установлено, что в субъектах РФ низкие значения этого показателя характеризует в большей степени не отсутствие указанной проблематики, а особенности учета и организации оплаты оказанной медицинской помощи.

В целях определения дефицита средств на оплату потребности населения в оказании медицинской помощи, выражающегося в формировании сверхплановых объемов, было произведено моделирование текущей ситуации на основании данных ТФОМС с положительными значениями указанного показателя. Так, было установлено, что с учетом средней стоимости случая оказания медицинской помощи по ОМС в 2019 году примерный объем средств, необходимых для финансирования сверхплановых объемов, составил 91,8 млрд рублей.

Вместе с тем одной из основных проблем ОМС является отсутствие понятного и ресурсообоснованного содержания тарифов на медицинские услуги, что не позволяет с уверенностью говорить об их финансовой достаточности.

В соответствии с пунктами 188 и 195 Правил ОМС, при определении тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС (далее – тариф) используются утвержденные нормативы затрат²⁴, выраженные в натуральных показателях (в том числе нормативы оснащения мягким инвентарем²⁵, лекарственными препаратами, нормы потребления расходных материалов²⁶, нормативы затрат рабочего времени), или иные натуральные параметры оказания медицинской помощи (медицинской услуги), также в расчет тарифов включаются затраты на амортизацию основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря).

Нормативные акты, устанавливающие нормативы потребления мягкого инвентаря и перевязочного материала, применяемые в настоящее время для расчета тарифа, являются устаревшими (некоторые утверждены в 1985 и 1988 годах), а перечень медицинского оборудования, предусмотренный стандартами оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений по профилю медицинской помощи,

-
24. Например, Межотраслевые правила обеспечения работников специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 1 июня 2009 г. № 290н; нормы лечебного питания, утвержденные приказом Минздрава России от 21 июня 2013 г. № 395н; Инструкция по организации лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях, а также Инструкция по организации энтерального питания в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденные приказом Минздрава России от 5 августа 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации».
25. Табели оснащения мягким инвентарем больниц, диспансеров, родильных домов, медико-санитарных частей, поликлиник, амбулаторий, утвержденные приказом Минздрава СССР от 15 сентября 1988 г. № 710.
26. Временные нормативы потребления перевязочных средств для лечебно-профилактических и аптечных учреждений, утвержденные приказом Минздрава СССР от 28 августа 1985 г. № 145.

не всегда соответствует фактически используемому в практике медицинскому оборудованию.

При этом необходимость пересмотра указанных документов, основания такого пересмотра и его периодичность действующим законодательством не предусмотрены.

В соответствии с пунктами 187 и 189 Правил ОМС для установления тарифа может использоваться структурный метод, при котором затраты в отношении соответствующей группы затрат определяются пропорционально выбранному основанию с применением предусмотренных пунктом 208 Правил ОМС способов распределения затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, по отдельным видам медицинской помощи (пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, объему оказываемых медицинских услуг, площади, используемой для оказания медицинской помощи, путем отнесения всего объема затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, к одному виду медицинской помощи, выделенной в качестве основного вида медицинской помощи, а также пропорционально иному выбранному показателю).

При этом Правилами ОМС не конкретизировано применение структурного метода при расчете тарифа в части установления нормативных единиц, усредненных значений или показателей отдельной медицинской организации, что влечет риски различного подхода к определению тарифа в субъектах Российской Федерации.

Согласно части 14 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) стандарты медицинской помощи, разрабатываемые на основе клинических рекомендаций, одобренных и утвержденных в соответствии с указанной статьей, включают усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, включенных в номенклатуру медицинских услуг²⁷ (далее – номенклатура), и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека²⁸ (далее – перечень ИМИ).

Для многих заболеваний, входящих в базовую программу ОМС, стандарты медицинской помощи, на основе которых определяются объемы медицинской помощи, учитываемые при расчете тарифа, до настоящего времени не разработаны²⁹.

Исследование действующих в 2020 году тарифных соглашений (далее – ТС) показало, что в ряде субъектов РФ отсутствует соотношение наименований медицинских услуг с позициями номенклатуры (например, приложение № 23 к ТС Ивановской области на 2020 год), а ряд услуг являются комплексными и не соотнесены или отсутствуют в номенклатуре (например, приложения № 9–11 к ТС Владимирской области на 2020 год). Данные факты, с одной стороны, свидетельствуют о недостаточности

27. Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н.

28. Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2018 г. № 3053-р.

29. Например, на 86 % методов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «эндокринология», на 70 % методов по профилю «торакальная хирургия».

перечня медицинских услуг в Номенклатуре и, с другой стороны, о недостаточности контроля за тарифными соглашениями субъектов РФ со стороны ФОМС.

Анализ соотношения медицинских услуг, содержащихся в номенклатуре, и медицинских изделий, включенных в перечень ИМИ, показал, что в перечне ИМИ отсутствуют медицинские изделия, используемые при оказании некоторых медицинских услуг (коды медицинских услуг А16.28.016, А16.28.073.001, А16.20.049.001 и другие).

Необеспеченность соотношения медицинских услуг, содержащихся в номенклатуре, и медицинских изделий, используемых при оказании медицинской помощи, не позволяет обосновать тариф.

Также при расчете тарифа на посещение врача по специальностям, наряду с утвержденными на территории субъекта РФ или на уровне медицинской организации системами оплаты труда, используются нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом. При этом на момент проведения экспертно-аналитического мероприятия такие нормативы времени утверждены всего на 16 из 104 специальностей³⁰.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2015 г. № 1517 начальные (максимальные) цены контрактов на закупку медицинских изделий не могут превышать зарегистрированные предельные отпускные цены производителей на медицинские изделия с учетом установленных предельных размеров оптовых надбавок и НДС, а предельная отпускная цена производителя на медицинское изделие при регистрации не может превышать средневзвешенную отпускную цену соответствующего вида медицинского изделия. Между тем информация о предельных и средневзвешенных отпускных ценах на медицинские изделия из Перечня ИМИ, при оказании медицинской помощи в рамках ПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также Перечня ИМИ, опубликованная в открытом доступе на официальном сайте Росздравнадзора³¹, является неполной³².

Так, произведенный в рамках анализа расчет средневзвешенной стоимости электрокардиостимулятора показал значительную разницу (в 1,6 раза) со средневзвешенной стоимостью, утвержденной Росздравнадзором.

-
30. Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта, утвержденные приказом Минздрава России от 19 декабря 2016 г. № 973н;
Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга, утвержденные приказом Минздрава от 6 августа 2020 г. № 810н;
Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога, утвержденные приказом Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н.
31. https://roszdravnadzor.gov.ru/services/micode_price
32. Так, из 368 видов Перечня ИМИ всего по 152 видам установлена средневзвешенная отпускная цена, из них всего по 25 видам Перечнем ИМИ установлена предельная отпускная цена производителя. Такая ситуация приводит к нерациональному расходованию государственных средств. Цены в реестре Росздравнадзора по ряду видов Перечнем ИМИ обновлены не были.

Все это приводит к значительной разнице в подходах к тарифообразованию в субъектах РФ. Тарифы на идентичные медицинские услуги, оказываемые разными медицинскими организациями в регионах с идентичными территориальными условиями, сильно дифференцированы. Значения минимальных и максимальных тарифов в среднем различаются в 2,3 раза.

В ходе экспертно-аналитического мероприятия определен состав информации, используемой для обеспечения в нормативных правовых актах полноты регулирования способов оплаты и формирования тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС (приложение № 4.1).

7.4.2. Оценка влияния действующих способов оплаты на доступность и качество оказания медицинской помощи застрахованным лицам показала, что имеющиеся способы оплаты медицинской помощи позволяют оказывать влияние на качество и доступность медицинской помощи.

Ввиду исключения из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц затрат на профилактическую деятельность, включая диспансеризацию прикрепленного населения, профилактические приемы, в том числе деятельность Центров здоровья, применяемый способ оплаты амбулаторной помощи по подушевому принципу не стимулирует профилактическую деятельность. В установленной системе оплаты амбулаторной помощи стимулирующей профилактику функцией обладает способ оплаты за единицу объема медицинской помощи.

Способ оплаты по подушевому нормативу не стимулирует медицинские организации к результативности их деятельности.

Для повышения эффективности данного способа оплаты целесообразно предусмотреть использование показателей результативности деятельности для всех способов оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу, а также включение показателей эффективности способов оплаты медицинской помощи в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В целях оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи для обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам, оказанной в амбулаторных условиях, был проведен отбор показателей, характеризующих доступность и качество амбулаторной медицинской помощи, из числа показателей доступности и качества, перечисленных в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Исследование показало небольшое снижение уровня госпитализации и значительное снижение смертности населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения, что в совокупности с качественным анализом применяемых способов оплаты и их мотивационными инструментами говорит об эффективности данных способов оплаты.

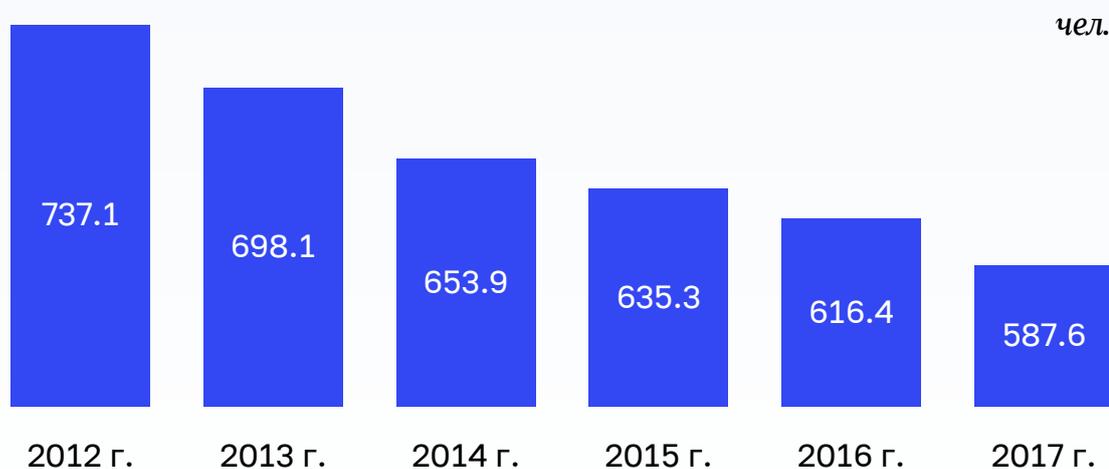
Рисунок 1

Динамика показателей качества подушевого способа оплаты амбулаторной медицинской помощи в целом по Российской Федерации



Рисунок 2

Динамика смертности населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения в целом по Российской Федерации



Динамика показателей эффективности способов оплаты амбулаторной помощи за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации



Высокая скорость наращивания выполнения плана по диспансеризации взрослого населения, а в 2019 году даже перевыполнение плана на 8 %, значительный прирост среднего количества профилактических посещений на одного жителя, а также постепенный, но неуклонный прирост ранней выявляемости злокачественных новообразований говорят о результативности экономического стимула для медицинских организаций в виде способа оплаты за единицу объема медицинской помощи.

Способ оплаты медицинской помощи в стационарных условиях за законченный случай лечения по клинико-статистическим группам заболеваний (далее – КСГ) значительно простимулировал медицинские организации: средняя длительность пребывания пациента на койке сократилась почти на 14 % за 8 лет.

За период 2015–2018 годов заметно увеличилось число рассмотренных страховых случаев по поводу повторных госпитализаций при проведении целевых медико-экономических экспертиз (темп прироста – 81,5 %) и целевых экспертиз качества медицинской помощи (темп прироста – 43,3 %).

Результаты анализа мнений ТФОМС и СМО о наиболее эффективном способе оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, продемонстрировали практически единогласное предпочтение в отношении оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

Однако недостаточный уровень финансового обеспечения отдельных тарифов не позволяет в полной мере проявить заложенные в действующих способах оплаты медицинской помощи мотивационные инструменты повышения эффективности работы медицинских организаций.

7.4.3. Анализ практики расчетов за медицинскую помощь по ОМС в проверяемом периоде приведен в приложении № 4.3.

В 2018 году соглашения о реализации ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи заключены в 84 субъектах РФ, в 2019 году – в 85 субъектах РФ³³. По итогам 2018 года из 41 субъекта РФ 3 субъекта РФ не провели мероприятия по устранению выявленных нарушений в соответствии с установленными планами (Приморский край, Белгородская, Магаданская области).

По итогам 2019 года в 74 субъектах РФ содержались замечания по исполнению требований базовой программы ОМС, в планах мероприятий 9 субъектов РФ указанные замечания отсутствовали. По итогам 2019 года из 74 субъектов РФ 2 субъекта не провели мероприятия по устранению выявленных нарушений в соответствии с установленными планами (Орловская и Еврейская автономная области).

В проверяемом периоде основные замечания в рамках реализации базовой программы ОМС возникали в связи с отклонениями по нормативам объемов медицинской помощи и по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, а также в связи с несбалансированностью территориальных программ ОМС.

С Пермским краем не было заключено соглашение. В соглашения всех субъектов РФ были включены планы мероприятий по устранению замечаний, изложенных в заключении Минздрава России о результатах мониторинга формирования и экономического обоснования ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом планы мероприятий 41 субъекта РФ содержали замечания по исполнению требований базовой программы ОМС, в планах мероприятий 43 субъектов РФ указанные замечания отсутствовали.

Основные замечания в рамках реализации базовой программы ОМС:

- отклонение по нормативам объемов медицинской помощи;
- отклонение по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;
- несбалансированность территориальной программы ОМС;
- отсутствие норматива объема медицинской реабилитации в стационарных условиях для детей в возрасте 0–17 лет.

Отмечается нерешенный вопрос совершенствования регулирования оплаты сверхплановой медицинской помощи. В соответствии с частью 6 статьи 39

33. В соответствии с Правилами, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 11 февраля 2015 г. № 113.

Федерального закона № 326-ФЗ оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Механизм распределения объемов предоставления медицинской помощи Комиссией в соответствии с критериями, установленными Федеральным законом № 326-ФЗ и подзаконными актами, отсутствует, что приводит к рискам неэффективного распределения объемов между участниками ОМС.

Установление объемов медицинской помощи для медицинских организаций осуществляется Комиссией с поквартальной разбивкой (пункт 4 Положения).

Пунктом 4 Положения также предусмотрена функция Комиссии по корректировке в течение года объемов предоставления медицинской помощи между СМО и между медицинскими организациями.

Нормативные правовые акты в сфере ОМС не устанавливают жестких требований и прозрачных процедур реализации функций комиссий ни по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, ни по последующей корректировке установленных значений.

Механизм распределения Комиссией объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с установленными критериями Правилами ОМС не определен, что приводит к рискам неэффективного распределения объемов медицинской помощи между участниками ОМС.

7.4.4. Динамика участия медицинских организаций по формам собственности представлена в таблице № 2.

Таблица № 2. Показатели участия в системе ОМС медицинских организаций разных форм собственности

(ед.)

Число медицинских организаций (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей)	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	I полу- годие 2020 г.
Государственной системы здравоохранения	6 035	6 053	5 978	6 072	5 805	5 728
Муниципальной системы здравоохранения	635	446	385	202	192	187
Частной системы здравоохранения	1 952	2 446	2 782	3 029	3 184	3 311
Всего	8 622	8 945	9 145	9 303	9 181	9 226
Доля медицинских организаций частной системы здравоохранения, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, %	22,6	27,3	30,4	32,6	34,7	35,9

В целом прослеживается снижение количества государственных и муниципальных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе ОМС, в то время как число частных медицинских организаций увеличивается (с 1952 в 2015 году до 3311 в первом полугодии 2020 года). Их доля в числе участников реализации территориальных программ ОМС возросла с 22,6 % в 2015 году до 35,9 % в первом полугодии 2020 года.

Доля финансовых средств, выделенных частным медицинским организациям в общем объеме средств на реализацию территориальных программ ОМС, также растет: в 2018 году данный показатель был на уровне 4,2 %, в 2019 – 4,7 %, а в первом полугодии 2020 года – уже 5,1 %. Но сравнение этих показателей с показателями доли частных медицинских организаций в числе участников ОМС свидетельствует о незначительном вкладе частной системы здравоохранения в процессы оказания медицинской помощи, оплачиваемой по ОМС. Практика показывает, что в подавляющем большинстве частные медицинские организации входят как участники ОМС по отдельным медицинским услугам в случае наличия тарифа, обеспечивающего соответствующую прибыль, или в маркетинговых целях для привлечения пациентов возможностью получения бесплатной медицинской помощи.

Анализ количества застрахованных лиц, прикрепленных к частным медицинским организациям, показал, что наибольшие значения по данному показателю отмечены в Амурской, Костромской и Липецкой областях. При этом доля прикрепленных к частным медицинским организациям не превышает 7 % от общего числа застрахованных лиц в указанных субъектах РФ.

Распределение количества частных медицинских организаций, участвующих в системе ОМС, в целом по России крайне неравномерное.

Активному участию частных медицинских организаций в системе ОМС в основном препятствуют избыточность и сложность отчетности медицинских организаций, участвующих в системе ОМС, приоритет государственных (муниципальных) медицинских организаций при распределении объемов оказания медицинской помощи по ОМС, риски внезапного прекращения участия частных медицинских организаций в системе ОМС, а также низкие тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС по отдельным медицинским услугам.

7.4.5. В настоящее время финансовое обеспечение за счет средств ОМС назначения и применения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях, заключающееся в потреблении лекарственных препаратов пациентом вне процесса предоставления медицинской помощи (медицинской услуги), не предусмотрено.

В соответствии с законодательством Российской Федерации финансирование лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях осуществляется за счет ассигнований федерального, регионального бюджетов и личных средств граждан.

Бесплатное обеспечение граждан Российской Федерации лекарственными препаратами осуществляется в рамках реализации социальных гарантий.

Правовым основанием льготного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан в зависимости от источника финансирования, обусловленного

разграничением полномочий между федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов РФ, являются соответственно Федеральный закон № 178-ФЗ³⁴ и Постановление № 890³⁵).

При этом сопоставление групп населения, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение, показало, что действующая нормативно-правовая база позволяет отдельным категориям граждан, даже в случае отказа от получения социальной услуги и ее замены на ежемесячные денежные выплаты за счет федерального бюджета, получать лекарственные препараты за счет средств субъектов РФ.

Несовершенство законодательства, а также различия в финансовой обеспеченности регионов приводят к ситуации, когда отдельные субъекты РФ сокращают перечни групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей бесплатно по сравнению с требованиями Постановления № 890 или принимают нормативные правовые акты, ставящие право на льготное лекарственное обеспечение в зависимость от факта получения государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг либо отказа от получения социальной услуги в части обеспечения лекарственными препаратами, что снижает уровень гарантий в области лекарственного обеспечения граждан, проживающих на территории данных субъектов РФ.

Таким образом, в субъектах РФ установлен различный уровень обеспеченности граждан социальными гарантиями и, как следствие, условия лекарственного обеспечения значительно отличаются у граждан с одинаковыми категориями льготности, но проживающими в разных субъектах РФ.

В целом структура государственных расходов на лекарства в разрезе амбулаторных и стационарных условий имеет перекоп в сторону стационаров – более половины всех государственных расходов на лекарственное обеспечение расходуется для лечения больных в стационарах.

При этом расширение охвата населения обеспечением лекарственными препаратами для лечения в амбулаторных условиях, может способствовать успеху лечения большинства заболеваний, являющихся в России основными причинами преждевременной смертности, временной и постоянной нетрудоспособности.

7.5. Оценка защиты прав застрахованных в системе ОМС

7.5.1. Анализ структуры и доступности медицинской помощи застрахованным лицам в регионе проживания приведен в приложении № 5.1.

Средние подушевые нормативы финансирования, установленные Программой в проверяемом периоде (без учета расходов федерального бюджета), составили: за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов

34. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (далее – Федеральный закон № 178-ФЗ).

35. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее – Постановление № 890).

(в случае передачи органами государственной власти субъектов РФ соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления) в 2018 и 2019 годах – 3 488,6 рубля в расчете на 1 жителя, а в 2020 году – 3 593,3 рубля; а за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций из бюджета Фонда – 10 812,7 рубля (2018 год), 11 800,2 рубля (2019 год) и 12 699,2 рубля (2020 год) в расчете на 1 застрахованное лицо.

Таким образом, в период 2018 года – первое полугодие 2020 года темпы роста средних подушевых нормативов финансирования Программы за счет средств ОМС (17,4 %) превосходили темпы роста средних подушевых нормативов финансирования Программы за счет средств регионов (3 %) в 5,8 раза. Дефицит финансового обеспечения ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ сохранялся в проверяемом периоде³⁶.

Часть застрахованных лиц получают медицинскую помощь за пределами региона, являющегося местом их постоянного проживания.

В ходе анализа структуры и доступности медицинской помощи, оказываемой гражданам за пределами места проживания, установлено, что преобладают профили, требующие высокой оснащенности и обеспеченности лечебных учреждений новейшими технологиями.

Наибольший объем оплаченной по межтерриториальным расчетам (далее – МТР) медицинской помощи был оказан в стационарных условиях (77 % всех средств), из которых наиболее востребованными профилями стали онкология (13,7 %), травматология и ортопедия (11,12 %), сердечно-сосудистая хирургия (7,4 %). Наименьший объем МТР ожидаемо пришелся на скорую медицинскую помощь (3 %). Амбулаторная помощь составила 9,2 %, по которой в структуре профилей медицинской помощи после неуточненной позиции «прочие» (46 %) на первое место вышла «педиатрия» (8,7 %) (данные представлены на рисунке 4).

Следует отметить, что максимальные объемы и финансирование оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным на других территориях, приходится на медицинские организации г. Москвы, Московской области и г. Санкт-Петербурга. Резко отрицательный баланс по МТР с этими территориями имеют многие ТФОМС. Это связано, в первую очередь, с тем, что в г. Москве, Московской области и г. Санкт-Петербурге расположено большинство медицинских организаций федерального уровня с более высоким тарифом и стоимостью случая лечения, чем в регионе страхования.

36. В 2019 году дефицит финансирования ТППГ за счет средств бюджетов субъектов РФ по 34 субъектам составил 43,2 млрд рублей.

Структура медицинской помощи, оплаченной по МТР, по данным за 2019 год



Масштабы и динамика превышения фактических расходов над плановыми на оказание медицинской помощи за пределами территории субъекта РФ лицам, застрахованным в данном субъекте РФ (более чем 20 % субъектов РФ в 2017–2019 годах), свидетельствуют о низком качестве планирования таких расходов в пятой части субъектов РФ.

При распределении объемов медицинской помощи в системе ОМС между медицинскими организациями межтерриториальные потоки пациентов из других субъектов РФ в большинстве субъектов не учитываются и не включаются в плановые объемы медицинской помощи, устанавливаемые медицинским организациям. На федеральном уровне нет методических рекомендаций о планировании объемов межтерриториальной помощи.

Необходимо установление реальной ответственности ТФОМС по месту страхования за неоплату выставленных ТФОМС по месту оказания медицинской помощи счетов в полном объеме (к примеру, введение штрафов и определение условий их применения), а также более жесткие регламентация и контроль со стороны ФОМС порядка оплаты межтерриториальной медицинской помощи, включая разработку на федеральном уровне рекомендаций о методах планирования объемов межтерриториальной помощи и перечня информации, необходимой и достаточной для полной достоверной оценки оказанной медицинской помощи вне территории страхования.

Отрицательное сальдо между суммой средств, поступивших от ТФОМС по месту выдачи полиса ОМС за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, и суммой средств, перечисленных в ТФОМС по месту оказания медицинской помощи, в 69 субъектах из 87 в 2015 и 2019 годах также наглядно свидетельствует об отсутствии, либо низком уровне планирования подобных расходов и, в свою очередь, приводит к дефициту средств в территориальных программах финансирования ОМС.

Кроме того, текущая методика³⁷ расчета коэффициента дифференциации не учитывает разницу в стоимости оказания медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов. Отток пациентов из регионов с низкой стоимостью медицинской помощи в регионы с высокой ее стоимостью приводит к существенной разбалансировке финансового обеспечения территориальных программ ОМС ряда субъектов РФ (Владимирской, Рязанской, Тульской, Ленинградской областей, Республик Дагестан, Чечня и др.).

Отсутствие правовой регламентации соблюдения транспарентного механизма направления застрахованных по ОМС граждан в другие субъекты РФ для получения специализированной медицинской помощи и возможности осуществления соответствующего контроля также приводят к проблемам в межтерриториальных расчетах по ОМС.

В 16 субъектах РФ выявлена тенденция превышения фактических расходов над плановыми расходами на оказание медицинской помощи за пределами территории субъекта РФ лицам, застрахованным в данном субъекте РФ, что свидетельствует о низком качестве планирования таких расходов.

37. Методика распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденная постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462.

При этом органами управления здравоохранением субъектов РФ и территориальными фондами ОМС применяются различные инструменты для управления потоками пациентов на оказание медицинской помощи за пределами региона проживания застрахованного лица³⁸.

Кроме того, выявлены проблемы в части своевременности оплаты медицинской помощи в рамках межтерриториальных расчетов.

Согласно части 8 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ и раздела X Правил ОМС расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, осуществляет территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты представления счета (реестра счетов) медицинской организацией с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

ТФОМС субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, осуществляет возмещение средств ТФОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее 25 дней с даты получения счета (реестра счетов), предъявленного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными для медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь, с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

В силу того, что территориальные фонды не заинтересованы в оплате медицинской помощи медицинским организациям, расположенным на территории другого субъекта РФ, реестр счетов (выборочно или целиком) указанных медицинских организаций может неоднократно направляться на экспертизу контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в целях подтверждения обоснованности оказанной медицинской помощи застрахованному лицу, что в ряде случаев увеличивает срок оплаты до 180 дней³⁹.

7.5.2. Анализ исполнения ТФОМС и СМО функций по защите прав застрахованных показал, что СМО, в отличие от ТФОМС, более эффективны в защите прав застрахованных как в досудебном, так и в судебном порядке.

Анализ данных вопросов представлен в приложении № 5.2.

-
38. Нормативно закреплённая на территории Российской Федерации маршрутизация пациентов с четким определением критериев, по которым принимается решение о направлении пациента в медицинскую организацию вне территории проживания; квотирование случаев лечения по МТР; решение врачебной комиссии, действующей при органе управления здравоохранением, с участием главных внештатных специалистов по профилю; решение комиссии медицинской организации по отбору пациентов, направляемых в медицинские организации, расположенные за пределами региона для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; заключение соглашения о взаимодействии с органами управления здравоохранением других субъектов; реализация ТФОМС положений приказа ФОМС от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Приказ ФОМС № 36), а также применение установленных в Правилах ОМС санкций позволяют управлять потоками пациентов, застрахованных по ОМС на территории других субъектов РФ.
39. По данным Национальной ассоциации негосударственных медицинских организаций.

В разрезе субъектов Российской Федерации зафиксировано изменение структуры обращений застрахованного населения: если в 2018 г. частыми вопросами были вопросы обеспечения полисами ОМС, то в 2019 г. намного чаще обращались с вопросами, касающимися организации и оказания медицинской помощи, с запросами на получение качественной медицинской помощи.

Наличие указанных обращений обусловлено возникающими проблемами при маршрутизации пациентов как при оказании медицинской помощи застрахованным лицам в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, так и при плановой госпитализации для оказания специализированной медицинской помощи: срывы сроков по госпитализации, в том числе по причине отсутствия свободного коечного фонда, отказ в оказании медицинской помощи по программам ОМС, нарушение прав на выбор медицинской организации, а также при выборе врача.

СМО в соответствии с главой XV Правил ОМС должны сопровождать застрахованное лицо на всех этапах оказания ему медицинской помощи. При этом данное сопровождение в основном представлено ретроспективным анализом нарушений маршрутизации пациента.

Вместе с тем имеется возможность для повышения эффективности маршрутизации пациента и защиты его прав путем наделения СМО полномочиями по регулированию логистических процессов оказания медицинской помощи застрахованным лицам.

В проверяемом периоде, начиная с 2018 года, число жалоб застрахованных лиц выросло на 18,4 %. При этом в три с лишним раза чаще застрахованные лица обращались с жалобами в СМО, чем в ТФОМС. В то же время в полтора раза чаще граждане стали обращаться за разъяснениями (консультациями). Но число спорных случаев, при которых в суде права застрахованных отстаивает СМО, крайне мало. Это свидетельствует о слабой информированности застрахованных лиц о такой возможности реализации своих прав. Вместе с тем наблюдается рост числа споров из-за правоотношений в сфере ОМС.

Одним из инструментов защиты прав застрахованных лиц является осуществление контроля за деятельностью страховых медицинских организаций путем проведения территориальными фондами экспертизы качества медицинской помощи, в том числе повторно.

При этом закупка услуг на проведение экспертом качества медицинской помощи экспертизы качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами в соответствии с Федеральным законом от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее – Федеральный закон № 44-ФЗ).

Согласно пункту 4 части 1 статьи 93 Федерального закона № 44-ФЗ годовой объем закупок, которые заказчик вправе осуществить на основании настоящего пункта, не должен превышать 2 млн рублей, или не должен превышать 10 % совокупного годового объема закупок заказчика, и не должен составлять более чем 50 млн рублей. При этом значительное количество проводимых экспертиз не позволяет осуществлять закупку только у единственного поставщика.

Механизмы осуществления конкурентных процедур в электронной форме, установленные законодательством о контрактной системе, являются трудоемкими и сложными, что в первую очередь создает проблемы для участия в них экспертов.

Учитывая, что экспертиза качества медицинской помощи осуществляется экспертами качества медицинской помощи, включенными в единый реестр экспертов качества медицинской помощи, которые должны соответствовать следующим требованиям, а именно: являться врачами-специалистами, имеющими высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности которых не менее 10 лет и прошедшие подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, участие недобросовестных исполнителей исключается.

Оптимизации контроля за деятельностью СМО может способствовать выведение из сферы действия Федерального закона № 44-ФЗ отношений, связанных с закупкой услуг на проведение экспертом качества медицинской помощи экспертизы качества медицинской помощи.

Наиболее эффективным способом защиты прав застрахованных лиц является ретроспективный контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проводимый СМО и ТФОМС посредством медико-экономического контроля (далее – МЭК), медико-экономической экспертизы (далее – МЭЭ) и экспертизы качества оказанной медицинской помощи (далее – ЭКМП).

Однако указанные способы контроля производятся специалистами СМО в крайне малой доле случаев (за исключением МЭК) от представленных к оплате реестров счетов, выставленных медицинскими организациями.

В то же время приказом Минздрава России⁴⁰ установлены критерии оценки качества медицинской помощи по различным группам заболеваний (состояний), сформированные на основании утвержденных стандартов оказания медицинской помощи.

С учетом структуры и набора данных, предоставляемых медицинскими организациями в СМО и ТФОМС в виде электронного реестра счетов по случаям оказания медицинской помощи в соответствии с Приказом ФОМС №79⁴¹, существует возможность автоматизированной оценки качества оказанной медицинской помощи на этапе МЭК и таргетного отбора случаев оказания медицинской помощи для проведения МЭЭ и ЭКМП.

Внедрение автоматизированного анализа качества оказываемой медицинской помощи наряду с контролем объемов, сроков и условий ее предоставления позволило бы повысить эффективность работы медицинских организаций по оказанию медицинской помощи и СМО по контролю за ее оказанием.

40. Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

41. Приказ ФФОМС от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

7.5.3. Система информирования застрахованных о своих правах и обязанностях в системе ОМС выстроена в соответствии с действующими нормативными правовыми актами. Объемы публичного информирования граждан со стороны СМО и ТФОМС выросли с 2015 по 2019 год в 4,5 раза, в первую очередь, за счет широкого использования интернет-ресурсов. Однако темпы роста информированности застрахованных лиц могут быть еще выше за счет более широкого применения интернет-ресурсов и мессенджеров, а также персонализации направляемых сообщений (приложение № 5.3).

Ввиду отсутствия мониторинга результативности информирования застрахованных лиц о своих правах и обязанностях, отсутствия статистических данных, объективно оценить эффективность существующих способов информирования не представляется возможным.

По результатам опросов, проводимых СМО и ТФОМС, в 2019 году удовлетворенность застрахованных лиц качеством оказания медицинской помощи увеличилась до 77,31%. Но, достоверность этих оценок вызывает большие сомнения.

Отсутствие мониторинга результативности различных способов информирования застрахованных лиц о своих правах и обязанностях в сфере ОМС и статистических данных не позволяет объективно оценить эффективность существующих способов информирования.

7.6. Анализ системы управления ОМС, в том числе расходы на выполнение функций органов управления

7.6.1. Расходы на выполнение функций органов управления в общем объеме расходов Фонда в 2018 году составили 688,3 млн рублей, в 2019 году расходы увеличились и составили 831,6 млн рублей.

При этом численность застрахованного населения в 2019 году по сравнению с 2018 годом уменьшилась и составила 145 483 637 человек, в 2018 году – 146 090 668 человек.

Объем средств, полученных СМО на ведение дела в 2018 году составил 18 082,6 млн рублей, в 2019 году – 19 566,1 млн рублей.

Анализ финансового обеспечения выполнения функций органов управления ТФОМС показал значительные различия между его размерами в разных субъектах Российской Федерации, а также рост указанных расходов в проверяемом периоде.

Так, размер финансового обеспечения выполнения функций органов управления ТФОМС в расчете на одно застрахованное лицо варьируется от 14 рублей в Удмуртской республике до 916 рублей в Ненецком автономном округе.

Данные значительные различия в первую очередь обусловлены отсутствием нормирования указанных расходов территориальных фондов.

Подробный анализ финансового обеспечения на выполнение функций органов управления ТФОМС представлен в приложении № 6.1.

7.6.2. Анализ распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС, а также организации и результатов деятельности комиссий, показал отсутствие на федеральном уровне унифицированного алгоритма определения и распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями⁴².

Одним из основных принципов осуществления ОМС согласно статье 4 Федерального закона № 326-ФЗ является паритетность представительства субъектов ОМС (застрахованные лица, страхователи и ФОМС) и участников ОМС (территориальные фонды, страховые медицинские организации и медицинские организации) в органах управления ОМС.

Согласно части 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ для разработки проекта территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее также – ТПОМС) создается Комиссия, в состав которой входят представители органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, ТФОМС, 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.

Вместе с тем при разработке проекта ТПОМС не обеспечивается соблюдение принципа паритетности, поскольку в составе Комиссии не обеспечено представительство застрахованных лиц, являющихся субъектами ОМС.

Данное представительство может быть осуществлено посредством включения в состав Комиссии представителей некоммерческих организаций или их ассоциаций, представляющих интересы пациентов и застрахованных лиц.

Кроме того, анализ правовых актов высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, утвердивших персональный состав Комиссии, показал, что представители частной системы здравоохранения представлены только в 10 регионах⁴³.

Указанные факты могут негативно сказаться на работе Комиссии по разработке ТПОМС и повлечь риски неэффективного распределения объемов медицинской помощи.

7.6.3. По данным формы № 10⁴⁴ ОМС возврат целевых средств в территориальный фонд ОМС страховыми медицинскими организациями в 2018 году составил 8 039,5 млн рублей, в 2019 году – 10 199,2 млн рублей, а в 2020 году только за первый период – 28 788,8 млн рублей. Увеличение объема возвращения целевых средств в 2020 году по отношению к 2019 году произошло на 64,6 %.

42. Подробный анализ представлен в приложении № 6.2.

43. Приложение к отчету № 6.2.

44. Форма федерального статистического наблюдения № 10 (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями».

Так, максимальный возврат отмечен в Московской области, г. Москве, Республике Башкортостан – более 2 млрд рублей; Пермском крае, Оренбургской и Челябинской областях – более 1 млрд рублей.

Сумма санкций, примененных СМО к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, составила: в 2017 году – 41 111,9 млн рублей (2,6 % от средств, направленных медицинским организациям за оказанную помощь), в 2018 году – 41 167,1 млн рублей (2,3 %), в 2019 году – 55 790,5 млн рублей (2,8 %).

Анализ структуры финансовых результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС показал увеличение доли сумм неоплаты медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля (МЭК) с 69,4 до 73,4 %. При незначительном увеличении суммы санкций по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) – на 5,2 % в 2019 году по отношению к 2017 году, сумма санкций СМО к медицинским организациям по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) за указанный период увеличилась на 33,6 %. Количество страховых случаев, подвергшихся ЭКМП, снизилось на 19,1 %, а количество выявленных нарушений по результатам ЭКМП уменьшилось на 23,8 %, при этом сумма санкций на 1 выявленное нарушение по результатам этого вида контроля увеличилась на 75 %. Другими словами, санкции за качество медицинской помощи стали применять реже, но их «денежный размер» существенно вырос.

Снижение объемов ЭКМП и снижение результативности МЭЭ, при увеличении объемов МЭК, говорит о смещении акцента контроля СМО в сторону автоматизированных проверок реестров счетов на предмет поиска «технических» ошибок. Данная динамика представляется негативной в связи со снижением масштаба и эффективности применения единственного действенного инструмента СМО по повышению качества и доступности медицинской помощи.

В настоящее время не регламентированы подходы к отбору случаев оказания медицинской помощи в целях проведения экспертизы, а также основания такого отбора. При этом возможное введение риск-ориентированного подхода может способствовать упорядочиванию процесса проведения экспертиз.

Следует отметить отсутствие единого подхода к установлению санкций в виде штрафа медицинской организации, определяемого СМО за нарушения, кодифицированные в соответствии с приказом ФОМС № 36⁴⁵.

Отсутствует механизм расчета расходов на ведение дела, устанавливаемых в диапазоне от 1 до 2 % в проверяемом периоде и в диапазоне от 0,8 до 1,1 % с 1 января 2021 года. При этом установление такого механизма представляется целесообразным для повышения эффективности бюджетных средств.

45. Приказ Фонда от 28 февраля 2019 г. № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

7.6.4. Проведенный анализ показал достаточно высокий уровень информатизации системы ОМС на федеральном уровне.

С 2013 года введена в эксплуатацию государственная информационная система обязательного медицинского страхования (ГИС ОМС)⁴⁶, процент использования ресурсов которой при автоматизации исполнения государственной услуги (функции), по данным федеральной государственной информационной системы координации информатизации, составляет 100 %.

В Фонде на должном уровне автоматизированы управленческие и рабочие процессы, такие как кадры, документооборот, ведение бухгалтерского (бюджетного) учета.

Несмотря на наличие ГИС ОМС, в целом региональный сегмент ОМС в большинстве ТФОМС слабо информатизирован.

Анализ показал недостаточную степень как внутренней интеграции информационных систем (значимая часть (более 40 %) информационных систем, внедренных в ТФОМС, не интегрирована друг с другом, что означает достаточно высокий уровень двойного ввода информации, ручной экспорт и импорт данных из одних систем в другие), так и внешней (большая часть ключевых систем, реализующих основные процессы финансирования оказания медицинской помощи и сопутствующих бизнес-процессов (более 50 %), не интегрирована напрямую с медицинскими информационными системами медицинских организаций (МИС МО), региональных медицинских информационных систем (РМИС), информационными системами страховых медицинских организаций (ИС СМО).

Отсутствие интеграции с ИС СМО вызывает особую обеспокоенность, так как, во-первых, именно в них накапливаются данные по обращению граждан, по проблемам с качеством оказания медицинской помощи, по обращениям за выдачей полисов ОМС. Во-вторых, один из регулярных процессов системы ОМС – ежемесячные платежи на оплату и авансирование оказанной медицинской помощи, требует дополнительных человеческих ресурсов на процессинг операций по финансированию медицинской помощи, либо, в случае отсутствия данных ресурсов, негативно влияет на параметры качества финансирования оказания МП.

Лишь 15 % опрошенных ТФОМС указали, что их информационные системы интегрированы на региональном уровне с системами ФСС, ЗАГС, СМЭВ и другими участниками системы информационного обмена, указанными в Общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования⁴⁷. Это не является нарушением, так как информационный обмен выстраивается согласно законодательству, и существует в «ручном» режиме,

-
46. Информационная система «Единый регистр застрахованных лиц» (ИС ЕРЗ); информационная система межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования (ИС МТР); унифицированная система обработки информации в Федеральном и территориальных фондах обязательного медицинского страхования (УСОИ); единая интегрированная система сбора и обработки информации в системе обязательного медицинского страхования (ЕИССОИ); информационная система ведения реестров в сфере обязательного медицинского страхования (ИС «Реестры ОМС»); инфраструктура информационной системы обязательного медицинского страхования; программный комплекс учета страховых взносов (ПК УСВ).
47. Утверждены приказом Фонда от 7 апреля 2011 г. № 79.

при котором сбор, переформатирование и пересылка данных из одних систем в другие происходит с помощью работы сотрудников различных департаментов, в большей части – ИТ отделов ТФОМС. Однако данная зона неэффективности является очевидной.

Пунктом 28 Приказа Минздрава России⁴⁸ предусмотрено требование по интеграции ИС ТФОМС и СМО с государственными информационными системами в сфере здравоохранения субъектов РФ и медицинскими информационными системами медицинских организаций. При этом конкретные правила интеграции отсутствуют. Это создает риски формального подхода по полноценному включению ТФОМС и СМО в единый цифровой контур в здравоохранении и реализации соответствующего федерального проекта⁴⁹.

Следует отметить недостаточный уровень внедрения аналитических систем, необходимых для оценки процессов ОМС, связанных с контролем качества оказания медицинской помощи населению, и низкую степень интеграции в работу региональных тарифных комиссий.

Большинство процессов, выполняемых ТФОМС, могут быть предметом автоматизации. При этом сегодня автоматизация процессов ТФОМС никак не регулируется. Нет документов, которые бы описывали целевую модель управления ТФОМС, или требований придерживаться какой-то определенной модели управления. Для ФОМС в текущей ситуации достаточно, чтобы региональный фонд реализовывал любым способом общие требования законодательства и специфические проектные требования в рамках федеральных проектов и инициатив.

7.7. Оценка формы и результаты участия системы ОМС в проведении мероприятий в условиях пандемии коронавирусной инфекции (COVID-19)

7.7.1. В условиях борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на федеральном и региональном уровнях был принят целый ряд нормативных правовых актов, регулирующих функционирование как системы здравоохранения в целом, так и ОМС в частности.

Так, были приняты:

- постановление Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432 (в редакции от 3 августа 2020 г.), которым утверждены особенности реализации базовой программы ОМС в условиях угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);
- распоряжение Правительства Российской Федерации от 21 марта 2020 г. № 710-р «О временном приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации

48. Приказ Минздрава России от 24 декабря 2018 г. № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций».

49. Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

взрослого населения РФ», в соответствии с которым была приостановлена Всероссийская диспансеризация взрослого населения Российской Федерации;

- приказ Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19», которым были приостановлены проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризаций;
- приказ Минздрава России от 9 апреля 2020 г. № 299н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. № 108н».

В рамках организации исполнения бюджета ФОМС на 2020 год в новых условиях повышенной эпидемиологической угрозы и в целях реализации поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 25 марта 2020 г. № ТГ-П12-2279кв и от 26 марта 2020 г. № ТГ-П12-2352кв Фондом в адрес руководителей органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и директоров ТФОМС направлены рекомендации⁵⁰ по внесению изменений в тарифные соглашения в части:

- увеличения подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом высвободившихся средств в связи с временным приостановлением проведения предусмотренных распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 г. №1391-р Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации и профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ;
- установления отдельного тарифа на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции в лабораториях субъектов РФ, допущенных Роспотребнадзором к проведению таких исследований, рассчитанный в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в составе Правил ОМС, и порядка оплаты тестирования в частных лабораториях при отсутствии в субъекте РФ соответствующих государственных лабораторий или их высокой загрузке, в том числе путем заключения договора между медицинской организацией и лабораторией частной формы собственности по основаниям, предусмотренным частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

Благодаря указанному нормативно-правовому регулированию ситуация была выравнена, что обеспечило нормальное функционирование системы ОМС в кризисный период.

50. Письма Фонда от 26 марта 2020 г. № 4124/30/и, от 31 марта 2020 г. № 4150/26-2/2274 и от 5 августа 2020 г. № 10565/26-1/и.

7.7.2. В целях минимизации рисков в августе текущего года постановление Правительства Российской Федерации № 432⁵¹ дополнено положениями, устанавливающими дополнительные особенности для правоотношений, возникших в период с 1 апреля по 31 июля 2020 года в частности, предусмотрено ежемесячное авансирование оплаты медицинской помощи в рамках системы ОМС в размере 1/12 объема годового финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по ОМС, распределенного решением Комиссии, без учета фактического выполнения объемов предоставления медицинской помощи. Также указанным постановлением Правительства Российской Федерации установлена норма, позволяющая медицинским организациям расходовать финансовые средства ОМС на обеспечение своей деятельности при фактическом снижении плановых объемов оказания медицинской помощи в связи с введенными ограничениями.

Таким образом, анализ функционирования системы ОМС в условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) показал необходимость разработки системы гибкого реагирования на новые условия и угрозы стабильности системы ОМС (в том числе меры по изменению структуры и объемов медицинской помощи, введение ограничений по видам и условиям оказания медицинской помощи и др.), правовое регулирование которой должно предусматривать возможность оперативного изменения режимов функционирования системы ОМС при актуализации соответствующих угроз ухудшения эпидемиологической ситуации, без ущерба для реализации страховых принципов и основ системы ОМС, обеспечивающих вовлеченность участников в процессы оказания медицинской помощи, повышения ее доступности и качества для населения.

8. Выводы

8.1. Российская система ОМС по итогам проведенной сводной оценки по критериям эффективности функционирует недостаточно эффективно.

8.1.1. Устойчивость финансовой системы ОМС, которая в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ должна обеспечиваться на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам ОМС, является недостаточной. Это выражается в неоплате сверхплановых объемов медицинской помощи, а также в задолженности по страховым взносам.

8.1.1.1. Выявлена необеспеченная потребность застрахованных лиц в медицинской помощи, которая выражается в формировании задолженности ТФОМС по оплате сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС, имеющих тенденцию к увеличению. Только отдельные субъекты Российской Федерации учитывают сверхплановые объемы медицинской помощи в статистике. На обеспечение

51. Постановление Правительства Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 432 «Об особенностях реализации базовой программы обязательного медицинского страхования в условиях возникновения угрозы распространения заболеваний, вызванных новой коронавирусной инфекцией»

потребности застрахованных лиц в указанных объемах медицинской помощи расчетно необходимо дополнительно не менее 91,8 млрд рублей.

Отсутствует нормативно-правовое регулирование источника финансирования сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС при нехватке средств НСЗ, что также приводит к дефициту средств ОМС.

8.1.1.2. Выявлены недостатки формирования доходной части бюджета ФОМС от уплаты страховых взносов на ОМС работающего населения.

Сохраняется динамика к увеличению задолженности по страховым взносам на ОМС работающего населения. На 1 января 2021 года она составила 76,9 млрд рублей. С начала 2020 года указанная задолженность увеличилась на 5 525,0 млн рублей, или на 7,7 %.

8.1.2. В условиях пандемии Правительством Российской Федерации, Минздравом России и ФОМС были приняты меры, для поддержания финансовой устойчивости системы ОМС. Так, была установлена норма, позволяющая медицинским организациям получать и расходовать финансовые средства на обеспечение своей деятельности при фактическом снижении плановых объемов медицинской помощи в связи с введенными ограничениями.

8.1.3. Организация финансирования системы ОМС является недостаточно эффективной, что выражается в недостатках методики распределения субвенций, финансовых инструментов по межтерриториальным расчетам, использования нормированного страхового запаса, а также правил работы комиссий по разработке территориальных программ ОМС по распределению объемов медицинской помощи и нормативно-правового регулирования формирования тарифов на оплату медицинской помощи в сфере ОМС.

8.1.3.1. Расходование средств нормированного страхового запаса Фонда и территориальных фондов ОМС осуществляется в том числе на нестраховые цели, что не соответствует целям формирования НСЗ как резерва для обеспечения финансовой устойчивости ОМС.

8.1.3.2. Не полностью учитываются факторы стоимости оказания медицинской помощи при формировании тарифов на оплату медицинской помощи:

- нормативными правовыми актами не установлены сроки пересмотра состава и размера натуральных норм и стандартов оснащения медицинских организаций, используемых для формирования тарифов, утверждаемых в тарифных соглашениях, основание их пересмотра, а также периодичность;
- нормативные документы, в которых содержатся натуральные нормы затрат, расходуемых в процессе оказания медицинской помощи, являются устаревшими, не соответствуют условиям и нормативам объемов оказания медицинской помощи и требуют пересмотра;

- не по всем заболеваниям (группам заболеваний), входящим в ОМС, разработаны стандарты оказания медицинской помощи, которые применяются для расчета тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС;
- номенклатурой медицинских услуг не предусмотрен весь необходимый перечень медицинских услуг, установленных в тарифных соглашениях субъектов РФ, и отсутствуют сведения об используемых медицинских изделиях, в том числе из перечня медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- недостатки нормативных правовых актов, регулирующих способы оплаты и формирование тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, приводят к разнице в подходах к тарифообразованию в субъектах РФ и к значительной дифференциации тарифов на идентичные медицинские услуги в субъектах РФ.

8.1.3.3. Правила распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями недостаточно транспарентны и конкретны. Деятельность комиссий по разработке территориальных программ ОМС по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется при отсутствии механизма распределения объемов предоставления медицинской помощи в соответствии с критериями, установленными Федеральным законом № 326-ФЗ и подзаконными актами. Это приводит к рискам неэффективного распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в сфере ОМС.

Тем же рискам может способствовать тот факт, что в составе участников комиссий по разработке территориальных программ ОМС слабо (незначительно) представлены негосударственные медицинские организации. Более того, в результате несоблюдения требований пункта 9 статьи 36 Федерального закона № 326-ФЗ в состав участников данных комиссий не включены представители застрахованных лиц как субъектов ОМС, что нарушает принцип паритетности представительства субъектов и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

8.1.3.4. Недостаточно урегулированы вопросы финансового обеспечения оказания медицинской помощи застрахованным лицам за пределами региона их проживания. Несмотря на наличие механизма направления застрахованных по ОМС граждан в другие субъекты РФ, а также межтерриториальных расчетов, отсутствует система контроля за реализацией указанного механизма.

Недостатки методики расчета коэффициента дифференциации по учету разницы в стоимости оказания медицинской помощи приводят к дефициту средств в территориальных программах финансирования ОМС большинства субъектов РФ и росту задолженности ТФОМС по межтерриториальным расчетам, что в итоге сказывается на финансовой устойчивости ОМС.

Неурегулированность на законодательном уровне взаимодействия между территориальными фондами в части оснований отбора случаев для проведения

контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в целях подтверждения обоснованности оказанной медицинской помощи застрахованному лицу приводит к значительному увеличению сроков оплаты медицинской помощи медицинскими организациями в рамках межтерриториальных расчетов.

8.1.4. Действующая система ОМС не предусматривает лекарственного обеспечения застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. В совокупности с проблемами льготного лекарственного обеспечения, характеризующимися отказами гражданам в выдаче льготных лекарственных препаратов, монетизацией льгот и проблемами в информационно-методическом сопровождении, это ограничивает возможности достижения целей снижения смертности и повышения ожидаемой продолжительности жизни населения.

8.1.5. Влияние способов оплаты медицинской помощи на повышение ее доступности и качества оценено как недостаточно эффективное. Недостаточный уровень финансового обеспечения отдельных тарифов не позволяет в полной мере проявить заложенные в способах оплаты медицинской помощи мотивационные инструменты повышения эффективности работы медицинских организаций.

Способ оплаты по подушевому нормативу без учета показателей результативности не стимулирует медицинские организации к повышению результативности их деятельности.

8.1.6. СМО не имеют механизмов формирования условий для повышения качества и доступности медицинской помощи, кроме ретроспективных инструментов (экспертиз качества оказанной медицинской помощи). СМО заинтересованы в проведении меньшего количества экспертиз по более дорогостоящим случаям медицинской помощи.

При этом существуют возможности повышения эффективности экспертизы качества медицинской помощи, проводимой СМО, за счет применения утвержденных Минздравом России критериев качества медицинской помощи, и с учетом структуры и набора данных, предоставляемых медицинскими организациями в СМО и ТФОМС по случаям оказания медицинской помощи.

При установлении штрафов в отношении медицинских организаций отсутствует соразмерность характера выявляемых СМО нарушений размеру налагаемых штрафов.

8.1.7. Отсутствие у СМО ряда инструментов реализации отдельных организационных мероприятий при оказании медицинской помощи пациентам не позволяет повысить эффективность системы ОМС, удовлетворенность населения медицинской помощью и защиту прав застрахованных лиц.

8.1.8. Закупка услуг на проведение экспертом качества медицинской помощи экспертизы качества медицинской помощи осуществляется территориальными фондами в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ, что, в свою очередь,

ограничивает участие экспертов качества медицинской помощи и отрицательно сказывается на оперативности проведения экспертиз качества медицинской помощи территориальными фондами.

8.1.9. Отсутствие мониторинга результативности различных способов информирования застрахованных лиц о своих правах и обязанностях не позволяет сделать вывод об эффективности системы информирования граждан.

Нуждается в совершенствовании система мониторинга удовлетворенности застрахованных лиц посредством устранения имеющихся различий в используемых критериях оценок и в методах сбора информации.

8.1.10. В системе ОМС имеет место низкая конкуренция между медицинскими организациями различных форм собственности. Так, при значительной доле частных медицинских организаций в общем объеме медицинских организаций, участвующих в системе ОМС (35,9%), доля объемов медицинской помощи по ОМС, выделенных частным медицинским организациям, составляет всего 5,1%. Их участие представлено в подавляющем большинстве случаев оказанием отдельных медицинских услуг по обеспеченным тарифам или символическими объемами медицинской помощи, используемыми в маркетинговых целях для привлечения пациентов.

Это свидетельствует, с одной стороны, о недостаточности финансового обеспечения большинства тарифов и, с другой стороны, о наличии административных барьеров для вхождения в систему ОМС и получения заявленных объемов медицинской помощи.

8.1.11. В части финансового обеспечения выполнения функций органов управления выявлена разнонаправленная динамика расходов ТФОМС в проверяемом периоде. Например, темпы роста в 2019 году в Республике Татарстан – 22%, в Новгородской области – 20%, в г. Санкт-Петербург – 3%, а в Республике Дагестан – сократились на 16%, что указывает на отсутствие единообразного подхода к нормированию таких расходов.

Объемы расходов на ведение дела СМО не связаны с оценками результативности их деятельности, что может создавать риски недостаточной мотивации к повышению эффективности их деятельности.

8.1.12. Отсутствие единых детализированных требований к большинству процессов, реализуемых ТФОМС, приводит к значительной дифференциации подходов к реализации этих процессов и применяемых информационных систем для их автоматизации. Недостаточный уровень интеграции информационных систем, сопоставимости их данных, в том числе в связи с отсутствием или недостаточной детализацией соответствующих требований, замедляют развитие отрасли и реализацию положений нормативных документов по цифровизации здравоохранения. Применение и широкое распространение «самописных» информационных систем может свидетельствовать об уязвимости массивов данных и создавать риски утраты информации и ее несанкционированного использования.

8.2. В соответствии с Программой часть медицинской помощи (социально-значимые заболевания) финансируется за счет средств соответствующих бюджетов.

На основании сведений о выполнении ТППГ за 2019 год (форма № 62)

63 субъекта Российской Федерации исполнили Программу с дефицитом за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, в ряде регионов дефицит составляет более 50 % (Республика Дагестан – 56 %, Республика Ингушетия – 70 %, Республика Марий Эл – 58 %).

При этом за период с 2015 года подушевой норматив финансирования указанной медицинской помощи увеличился только на 8 %, что ниже уровня инфляции, и в 6 раз ниже роста подушевого норматива финансирования по средствам ОМС.

Указанные обстоятельства препятствуют повышению доступности и качества медицинской помощи, а также защите прав граждан.

8.3. Выявлены недостатки нормативно-правового регулирования.

До настоящего времени не принят федеральный закон о государственных социальных фондах, предусмотренный положениями части 13 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ. В связи с этим статус и функции Фонда и территориальных фондов ОМС урегулированы подзаконными актами различных уровней.

Отсутствие утвержденного Минздравом России порядка контроля за эффективностью и качеством осуществления переданных полномочий в сфере ОМС создает риски недостаточно эффективного исполнения Минздравом России своих полномочий.

9. Предложения

Рекомендовать Правительству Российской Федерации поручить Минздраву России совместно с ФОМС, а также иными заинтересованными федеральными органами исполнительной власти:

- обеспечить полноту системы стандартов оказания медицинской помощи, используемых при формировании тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- пересмотреть порядок нормативно-правового регулирования и использования нормированного страхового запаса Фонда и территориальных фондов ОМС для обеспечения его использования исключительно на цели финансовой устойчивости ОМС;
- провести анализ формирования сверхплановых объемов медицинской помощи по ОМС в рамках реализации ТПОМС и по итогам разработать предложения по урегулированию данного вопроса, в том числе предусмотрев механизмы распределения финансовой ответственности за сверхплановые объемы медицинской помощи;

- рассмотреть возможность внесения изменений в часть 2 статьи 1 Федерального закона № 44-ФЗ в части исключения из сферы его действия осуществления ФОМС и ТФОМС закупок на оказание услуг по проведению экспертизы качества медицинской помощи;
- установить основания и периодичность пересмотра нормативных правовых актов, утверждающих нормативы затрат, используемые при определении тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС;
- внести изменения в Правила ОМС в части установления:
 - критериев применения структурного метода при расчете тарифов на оказание медицинской помощи;
 - механизма распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;
- внести изменения в Перечень имплантируемых медицинских изделий в части дополнения медицинскими изделиями, используемыми при оказании медицинских услуг, включенных в Номенклатуру медицинских услуг;
- содействовать принятию клинических рекомендаций по всем заболеваниям (группам заболеваний), входящим в базовую программу ОМС;
- рассмотреть возможность проведения мониторинга затрат в разрезе статей расходов по наиболее востребованным медицинским услугам, в целях повышения обоснованности формирования тарифов в ОМС;
- рассмотреть возможность включения представителей застрахованных лиц – пациентских объединений (ассоциаций) в органы управления обязательным медицинским страхованием, в целях соблюдения принципа паритетности представительства субъектов и участников ОМС в органах управления ОМС в соответствии со статьей 4 Федерального закона № 326-ФЗ;
- разработать методологию планирования объемов межтерриториальной помощи, предусматривающую в том числе перечень информации, необходимой для полной достоверной оценки медицинской помощи, оказанной вне территории страхования; усилить контроль ФОМС за планированием и осуществлением межтерриториальных расчетов в системе ОМС;
- разработать методику обоснования размера расходов на ведение дела СМО;
- установить целевые показатели оценки деятельности страховых медицинских организаций и обеспечить поэтапное внедрение механизмов, корректирующих объем собственных средств СМО с учетом достижения целевых показателей доступности и качества медицинской помощи;
- внедрить мониторинг результативности системы информирования застрахованных лиц;
- рассмотреть возможность разработки дополнительных инструментов СМО по реализации отдельных организационных мероприятий при оказании медицинской помощи застрахованным лицам (например, таких как возможность записи на прием к врачу, выбор медицинской организации для оказания медицинской помощи в плановой форме, проактивный контроль диспансерных групп с использованием

функционала медицинских информационных систем и т.д.), в целях повышения удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи;

- усовершенствовать методическое обеспечение экспертизы качества плановой медицинской помощи в системе ОМС, обеспечить возможности ее проведения на основе современных информационных технологий контроля своевременности, объемов и качества медицинской помощи;
- рассмотреть вопрос разработки и утверждения перечня оснований для отбора случаев оказания плановой медицинской помощи по ОМС для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества оказанной медицинской помощи, в том числе при межтерриториальных расчетах;
- рассмотреть возможность осуществления автоматизированного контроля качества оказания медицинской помощи в соответствии с учетом критериев качества, регламентированных приказом Минздрава России № 203н;
- рассмотреть возможность развития Государственной информационной системы ОМС, имея ввиду создание единой информационной экосистемы, с автоматизацией процессов территориальных фондов ОМС и СМО, а также с соблюдением требований по информационной безопасности.

